









MODULO DI CONSEGNA DEI GALENICI INIETTABILI AL SETTORE DISTRIBUZIONE

Richiesta n° _____ del ____/____/____

Data di consegna ____/____/____

COD.	PRODOTTO	QUANT.	PREZ.	LOTTO	SCADENZA
0BG0	Acido Folico Fiale 15 mg 1 ml >10<		0,3936		
Q5HE	Adenosina base fiale 25 mg 10 ml		14,75		
0CFF	Alcol etilico 70° 10 ml >10<		1,498		
0CFI	Alcol etilico 95° 10 ml >10<		2,066		
PUM3	Arginina cloridrato 30% fiale 10 ml >10<		1,00		
PIV8	Arsenico triossido 1 mg/ml 10 ml >10<		157,01		
0BNV	Bupivacaina cloridrato 0,25 % 10 ml >10<		3,696		
1LJ2	Bupivacaina cloridrato 0,50 % 10 ml >10<		4,629		
1R10	Caffeina citrato fiale 2% 1 ml >10<		1,8634		
1VTF	Carbone attivo 4% 2 ml >10<		6,8173		
0C8W	Chinina cloridrato 500 mg 10 ml >10<		0,625		
0BHR	Cimetidina 200 mg 2 ml >10<		0,53		
0CCA	Dimetilsolfossido 50% flacone 50 ml		0,510		
0C3E	Efedrina cloridrato 10 mg/1 ml >10<		0,4431		
0CGK	Eserina Solfato Fiale 1 mg/1 ml >10<		1,3055		
0CGM	Fenilefrina clor. fiale 0,2 mg 1 ml		0,4600		
0CGB	Glucosio 50% fiale 10 ml >10<		0,7748		
1HB7	Idroxicobalamina clor. 2 % fiale 5 ml >10<		5,9015		
Q4SD	Labetalolo clor. 100 mg/10 ml Fiale 10 ml		2,0800		
1E7P	Lidocaina 4% Fiale 5 ml >10<		0,2388		
PXPP	Lidocaina cloridrato 4% Fiale 2 ml >10<		0,4000		
24FZ	Mepivacaina clor. 1% Fiale 10 ml >10<		0,9880		
Q9Q5	Mepivacaina clor. 2% Fiale 10 ml >10<		3,0987		
0C2W	PAI sodico 20% Fiale 10 ml >10<		5,9387		
00TX	Povidone-iodio 10% Fiale 5 ml >10<		4,6574		
PIIV	Rame iod. nato 3,5 mg/ml fiale 1 ml >10<		95,15		
0C16	Sodio Citrato 3,8% Fiale 10 ml >10<		0,047		
0CE2	Sodio Nitrito 3% Fiale 10 ml >10<		0,500		
0CJJ	Sodio Tiosolfato 10% Fiale 10 ml >10<		5,681		
1ACV	Tampone Fosfato pH 7 100 ml		0,2155		
0G1V	Tampone Sorensen pH 8 sterile 500 ml		1,5494		
21MT	Vitamina B12 Fiale 1000 mcg >10<		1,0112		
0CPD	Vitamina E 30 mg fiale 1 ml >10<		2,500		

Firma del Farmacista

Firma dell'addetto all'accettazione

- *Il PTO-CA è un prontuario tematico E' pensato sulla base di bisogni clinici, e realizzato con i criteri della EBM Rappresenta un esempio di collaborazione interdisciplinare importante si inserisce nel contesto delle attività cliniche portate avanti dalla farmacia permette l' utilizzo al meglio degli strumenti informatici facilita l'adeguarsi alle direttive AIFA nel campo della prescrizione dei nuovi farmaci oncologici*



PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO
DEI PROTOCOLLI DI CHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA
(PTO-CA)

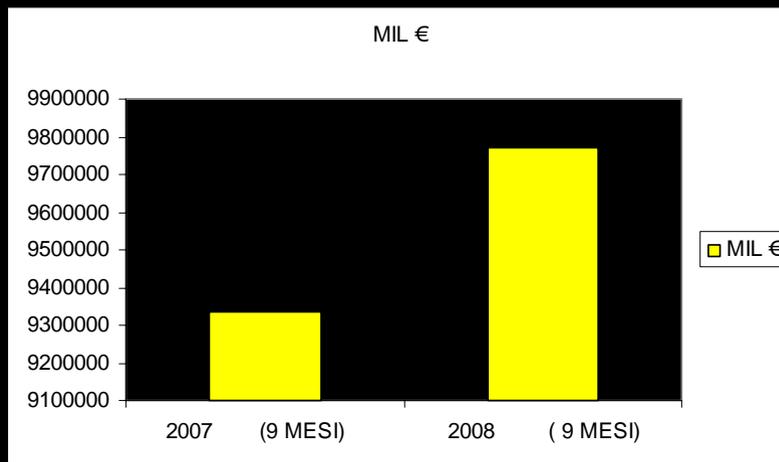
Aggiornato al 20 Aprile 2006

VALORE ANTIBLASTICI INIETTABILI

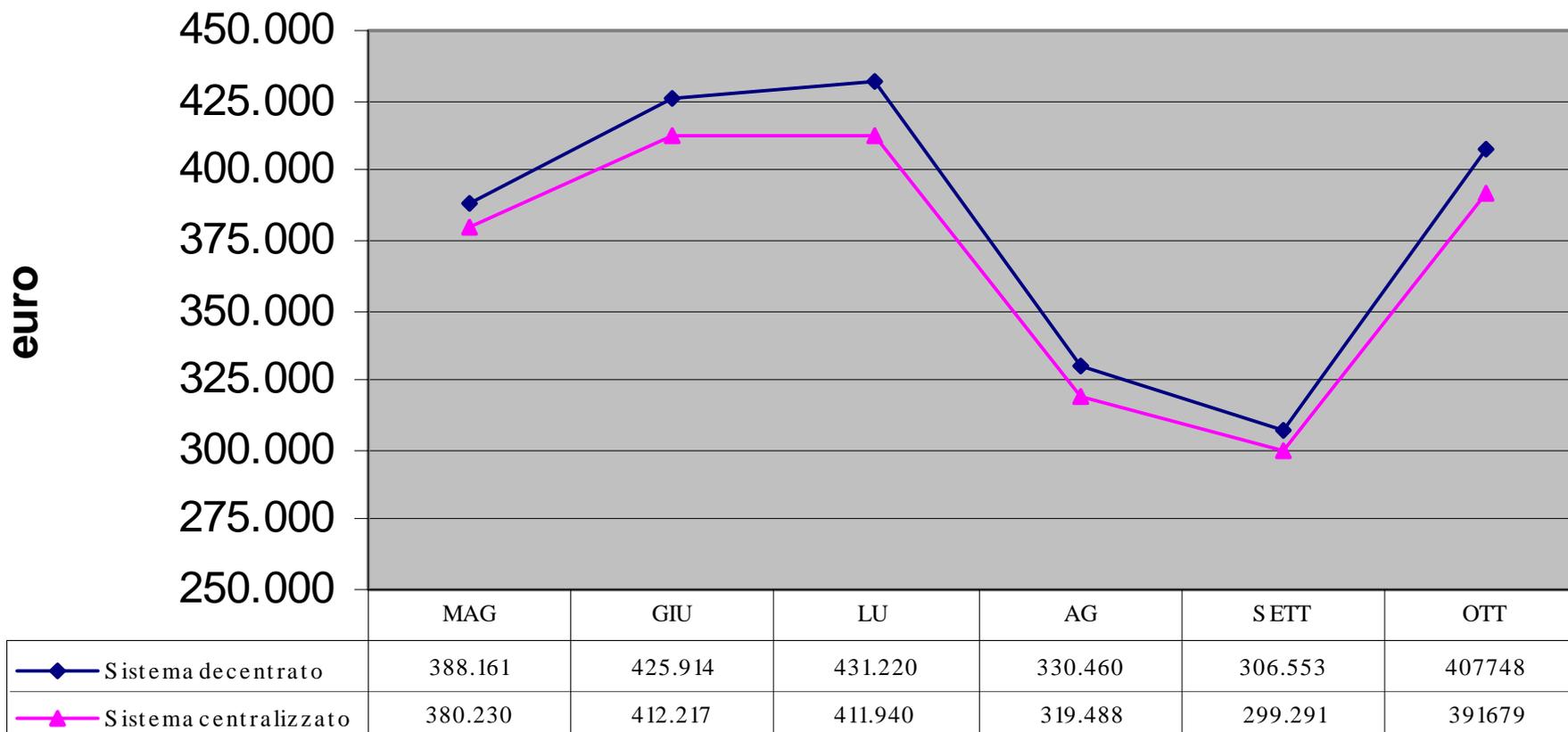
2007 (9 MESI) 2008 (9 MESI)

9,33 ML. €

9,77 ML. €



Consumo rituximab e trastuzumab dal 14 maggio al 28 ottobre 2007





EXIT
Uscita di Emergenza

Informational poster

Informational poster

Informational poster

Informational poster

Informational poster

Informational poster

Small sign on the right wall

Small sign on the right wall

IL SISTEMA DI ANALISI E VALUTAZIONE DELL'USO APPROPRIATO DELLE RISORSE

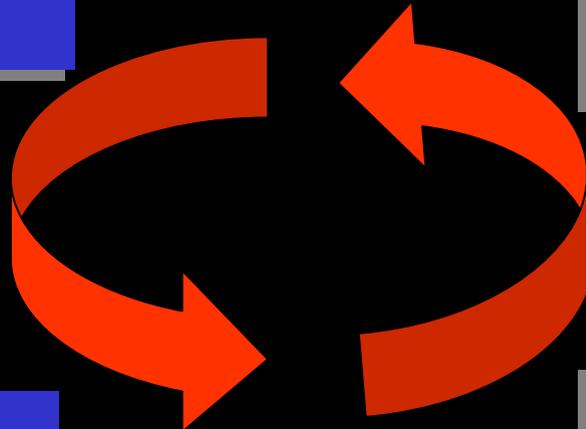
COMMISSIONI AZIENDALI

FARMACIA

CONTROLLO
DI GESTIONE

CLINICI

DIREZIONE
SANITARIA



**Oggetto: Regolamento Aziendale per la
composizione della “Commissione Terapeutica
Aziendale”, modifiche alla delibera 1796/93
<Costituzione del Dipartimento del Farmaco>**

Il Direttore generale

Delibera,

per i motivi esposti in narrativa

- 1. Di rinnovare la costituzione della Commissione Terapeutica Aziendale
- 2. Di approvare il regolamento, quale allegato di lettera A, unito al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale
- 3. Di nominare per un triennio il presidente della Commissione Terapeutica Aziendale nella persona del Direttore Sanitario, dr. Enrico Desideri
- 4. Di dare atto che la Commissione Terapeutica Aziendale si appoggia organizzativamente al Servizio Farmaceutico e che la relativa segreteria organizzativa e scientifica viene assicurata dal personale assegnato alla stessa.

Istituzione della

“Commissione Aziendale per la Valutazione Dispositivi Medici [C.A.D.]”

Il Direttore generale

Considerata l' utilità dimostrata nel corso degli anni nella gestione della scelta, prescrizione ed uso dei farmaci, dalla Commissione Terapeutica Aziendale

Considerata l' importanza clinica ed economica che sta sempre più assumendo il settore dei Dispositivi Medici e delle protesi,

Verificato che i criteri di selezione dei prodotti nel settore sono soggetti a considerazioni non omogenee

Verificata la mancanza di fatto di un repertorio dei Dispositivi Medici comprensibile per gli utilizzatori

Ritenuto proprio inderogabile compito assumere la responsabilità delle scelte anche di questo settore.

Sentito il parere della Competente SODC Farmacia

Delibera,

per i motivi esposti

Di Istituire la Commissione Aziendale per la valutazione dei Dispositivi Medici (CAD)

Di approvare il regolamento, quale allegato di lettera A, unito al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale

Di dare atto che la Commissione si appoggia organizzativamente alla Farmacia e che la

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

SODC Farmacia

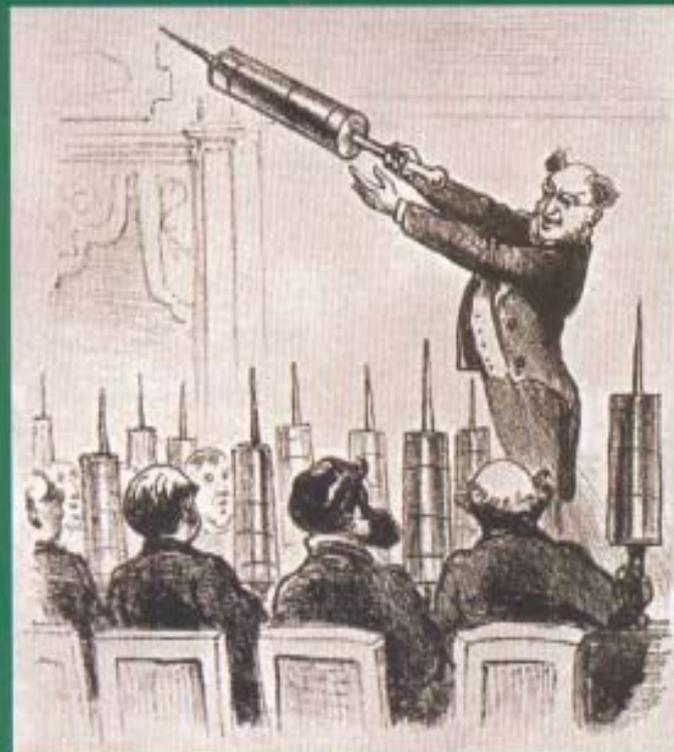


PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO

Aggiornato al 30 Giugno 2007

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

SODC FARMACIA



REPERTORIO DISPOSITIVI MEDICI OSPEDALIERI

Aggiornato ad ottobre 2006

Una copia sempre aggiornata è disponibile su
www.farmacia.grivettuari/REPERTORIO_DM

**Dispositivi medici discussi dalla CAD (commissione aziendale dispositivi)
dell'AOUC dall'Aprile 2005 al Marzo 2006.**

Nome DM	Indicazione clinica	Comparator	Studi clinici controllati	Beneficio clinico (incrementale)
Brachiterapia episcerale con Rutenio 106	Tumori intraoculari	Brachiterapia con Iodio 125 e radioterapia.	Nessuno	Non quantificabile
Stent medicato con ABT-578 (Endeavor)	Occlusione coronarica	Altri stent medicati (con sirolimus o paclitaxel)	Nessuno	Non quantificabile
Materiale per procedura endovenosa laser (EVLT)	Trattamento endovascolare delle varici degli arti inferiori	Chirurgia tradizionale	Nessuno	Non quantificabile
Cartuccia con polimixina B	Emoperfusione extracorporea per il trattamento di pazienti settici	Terapia standard	2	Non quantificabile a causa della piccola casistica
Secca System (Dispositivo a radiofrequenza)	Incontinenza fecale	Terapia chirurgica	Nessuno	Non quantificabile
Valvola programmabile	Derivazione ventricolo-peritoneale del liquido cerebro-spinale in pazienti con	Valvola non programmabile	1 retrospettivo	Equi-efficacia tra i due tipi di valvola

CTA CON LIMITAZIONI

OMAVERT 10 MG FIALE (PEGVISOMANT) –

PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON ACROMEGALIA INOPERABILI CHE NON RISPONDONO A RADIOTERAPIA ED ALTE DOSI DI ANALOGHI DELLA SOMATOSTATINA. LA PRESCRIZIONE E' LIMITATA A :ENDOCRINOLOGIA,

EPO-CYTE 50 MG/5 ML (CITARABINA IN LIPOSOMI IETTABILE)

PER IL TRATTAMENTO DELLA MENINGITE LINFOMATOSA, PRESCRIZIONE SU CONSULENZA EMATOLOGICA.

•LA PRESCRIZIONE E' LIMITATA A EMATOLOGIA,

LIMTA 500 MG POLVERE (PEMETREXED DISODICO IETTABILE)

PER IL TRATTAMENTO DEL MESOTELIOMA PLEURICO; DA SCORAGGIARE L'USO PER IL CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE. LA DISTRIBUZIONE E' LIMITATA A ONCOLOGIA MEDICA, RADIOTERAPIA,

IVALIN FIALA (IBRITUMOMAB TIUXETANO RADIOMARCATO (90Y)

(IBRITUMOMAB TIUXETANO RADIOMARCATO (90Y) PER IL TRATTAMENTO DEL LINFOMA FOLLICOLARE A CELLULE B NON HODGKIN'S (NHL). LA PRESCRIZIONE E' LIMITATA AI REPARTI: EMATOLOGIA, MEDICINA NUCLEARE,

YFORTIC COMPRESSE 180 MG, 360 MG (ACIDO MICOFENOLICO, COME MICOFENOLATO SODICO ORALE)

) COME IMMUNOSOPPRESSORE AUTORIZZATO PER TRAPIANTO RENALE
LA PRESCRIZIONE E' LIMITATA ALLA NEFROLOGIA

A AZIONI VOLTE ALLA APPROPRIATEZZA

- **Attività "normativa" tramite la C.T.A. per definire indicazioni e protocolli d'uso a livello aziendale**
- **Organizzazione di incontri di valutazione Farmacia – Dipartimento- SOD)**
- **Stimolo e supporto alla attività di valutazione interna ai Dipartimenti SOD per definire specifiche indicazioni/protocolli- d'uso**
- **Invio informativa su usi off label**
- **Rafforzamento della reportistica con incrocio più sistematico di dati di consumo e di attività**
- **Attivazione di Gruppi per i Dispositivi Medici**

AZIONI VOLTE AL CONTENIMENTO DELLA SPESA **B**

- **Rinegoziazione dei prezzi di acquisto**
- **Avvio di gare per il superamento delle private**
- **Verifica di tutti gli ordini**
- **Incontri con capo-sala**
- **Riorganizzazione del sistema dei Conti Deposito**
- **Invio "ricevuta di spesa" alle SOD alla consegna dei farmaci**

INCONTRI CON i DIPARTIMENTI

OBIETTIVI

A

B

- 1.- Individuare e condividere misure concrete ed immediate di miglioramento dell'appropriatezza di farmaci e dispositivi nel corso dell'ultimo trimestre dell'anno: allo scopo anche di ridurre la spesa: definendo sia misure comuni a tutta l'Area che specifiche per alcune SOD**
- 2.- Rafforzare il livello di responsabilizzazione e di condivisione con tutti i professionisti,**
- 2.- Presentare e condividere le diverse disposizioni aziendali in tema di contenimento dei costi,**
- 4.- Individuare le singole SOD su cui approfondire l'analisi direttamente con il relativo Direttore ed alla presenza del Responsabile di Dipartimento**
- 5.- Stesura da parte del Responsabile Dipartimento di una lettera/nota indirizzata a tutte le proprie SOD e contenente indicazioni esplicite e concrete**

A

COMMISSIONE TERAPEUTICA

AZIENDALE : gruppi di lavoro

G. di L.: FARMACI ANTIBLASTICI

- La CTA prende atto della mappa usi off-label in oncologia e, su indicazione del direttore sanitario, propone di costruire un registro dei pazienti che ricevono tali trattamenti. Invita inoltre ad applicare la Legge 648 come peraltro già proposto dal gruppo.
- Si propone inoltre di stimare, per ogni paziente trattato, un delta economico tra farmaco in uso off-label vs. farmaco di riferimento dotato di approvazione ministeriale. A tal fine saranno attivate alcune esperienze pilota definite nelle prossime riunioni del gruppo. Il documento prodotto dal gruppo è parte integrante del presente verbale.

A

COMMISSIONE TERAPEUTICA

AZIENDALE : gruppi di lavoro

G. di L.: PROFILASSI ANTIBIOTICA IN ORTOPEDIA

- Viene disciplinato l'uso degli antibiotici in profilassi: le molecole scelte sono le più affidabile da un punto di vista clinico e le più economiche . **Si avanza una proposta operativa di gestione delle profilassi che coinvolge la farmacia e che dovrà essere più dettagliatamente formalizzata**
- La metodologia del Gruppo di lavoro sulla Profilassi Antibiotica in Ortopedia viene replicata negli altri settori chirurgici:
 1. Chirurgia generale; Ginecologia e Urologia; Neurochirurgia; Cardiochirurgia, Chirurgia toracica.
 2. Viene istituito un nuovo gruppo di lavoro su utilizzo delle eparine
 3. Viene istituito un gruppo di lavoro per la razionalizzazione dell' utilizzo e della scelta delle sostanze viscoelastiche in Oculistica

INCONTRI CON I DIPARTIMENTI

ESITI

A

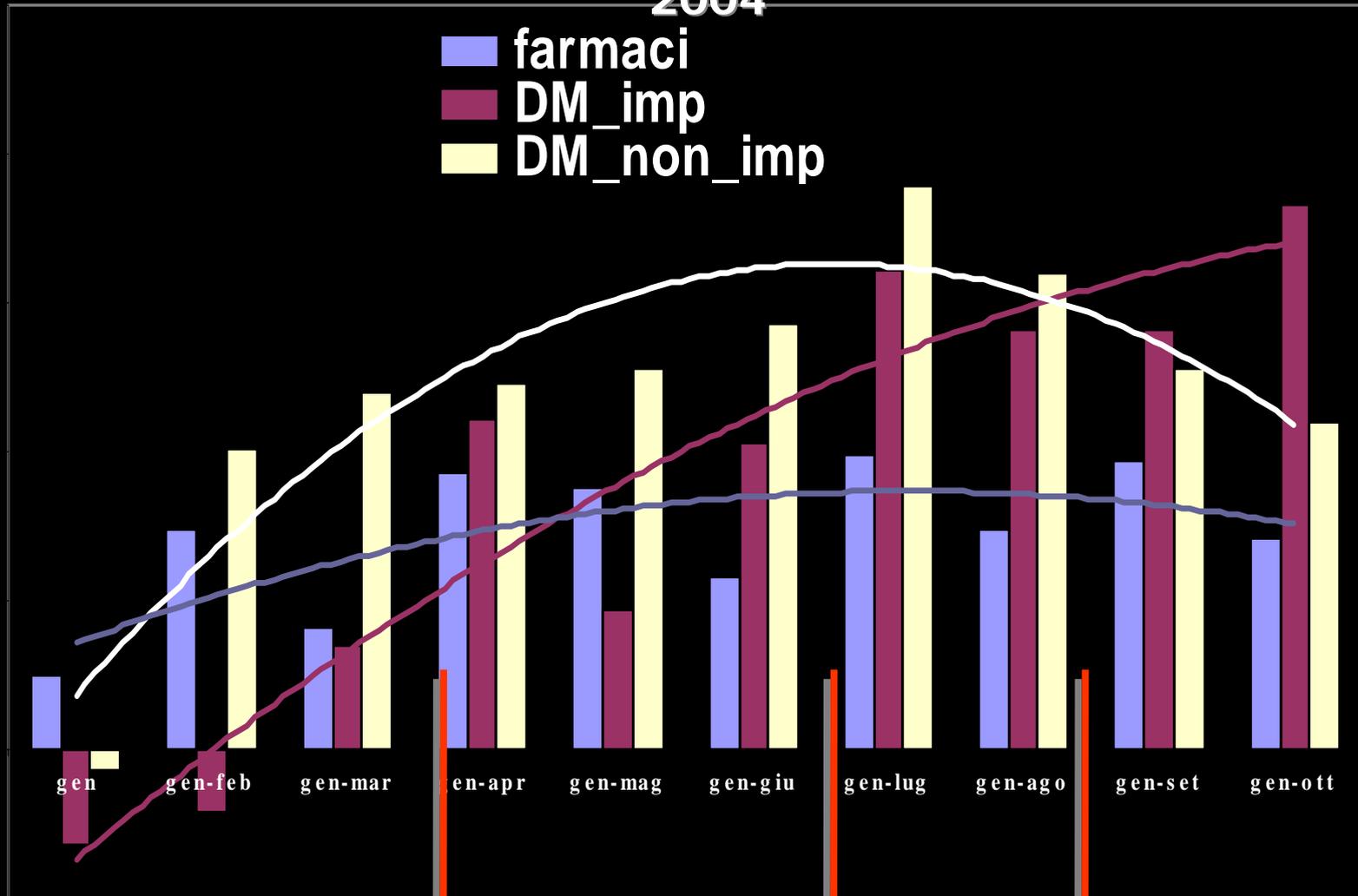
B

- Individuazione di specifiche alternative più economiche di utilizzo di farmaci (in aggiunta alle indicazioni già fornite dalla CTA) e specifiche per singoli Dip. e SOD
- Definizione in tempi rapidi di protocolli di uso condivisi da tutti i Clinici dell'Area,
- *Memento* sull'uso dei farmaci off label e richiesta di utilizzo dei medesimi previa acquisizione del consenso informato del paziente,
- Ogni Responsabile di Area ha scritto ai colleghi Direttori di SOD una lettera con indicazioni, raccomandazioni o suggerimenti di uso,
- Incontri specifici con singole SOD o gruppi delle stesse,
- Presentazione del sistema di disponibilità di beni pari a 1/12 dell'anno passato e presentazione del relativo nuovo sistema di monitoraggio e di allerta alle UO (3 avvisi al mese),
- Modifica di alcuni dei report standard bimensili di monitoraggio dei consumi ed aggiunta di nuovi report,
- Opportunità di revisioni di alcuni Centri di costo,
- Presenza anche dei Caposala ad alcuni incontri.

CONSUMI DI FARMACI E DISPOSITIVI IMPIANTABILI E NON IMPIANTABILI

SCOSTAMENTI CUMULATI

2004



INIZIO REPORT
DI ROUTINE

- INIZIO INCONTRI U.O.
- DECISIONI C.T.A.

- INIZIO INCONTRI U.O.



May

OSP-X

2006

HP

GRUPPO
Via F.lli G. Matteotti
10128 Torino - Tel. 011/2641111
Informazioni sui Servizi
Farmaceutici
Orario: Lunedì - Venerdì 9.30 - 17.30
Tel. 011/2641111

GRUPPO
Via F.lli G. Matteotti
10128 Torino - Tel. 011/2641111

Drug Information
Farmaceutici
Via F.lli G. Matteotti
10128 Torino - Tel. 011/2641111

What skills do doctors and nurses need?



Head to head, p 658
Features, p 669

What's the difference between a doctor and a nurse? Our cover picture this week suggests that the differences are becoming harder to spot, and on p 660 Rebecca Coombes explores the shifting and increasingly overlapping territories of the two professions. It's easy to understand why the nurse's role is expanding into traditionally medical areas of diagnosis and treatment: nurses cost less to employ and have more time to spend with patients.

But it's not all plain sailing. There's confusion over titles, a lack of nationally agreed standards on what training and experience are needed, and no proper regulation for advanced nurse practitioners in the UK. But other countries are further ahead, helped by graduate only entry to nurse training. So could nurses expand their roles even further? In our head to head debate, Bonnie Sibbald argues that primary care should now be led by nurses (p 658); Rhona Knight disagrees (p 659).

While roles are rapidly evolving, it seems clear to me that doctors and nurses are selected, trained, and paid differently for good reason. Doctors need to take risks and deal with uncertainty, while nurses are more attuned to following protocols and providing hands-on care. But if, as some argue, diagnosis is almost the only skill that defines doctors, it's reassuring that machines can't yet do the job better.

As Christopher Martyn explains (p 663), computerised Bayesian algorithms and artificial neural networks have failed to live up to their early promise. On the down side, this has left us largely in the dark about how doctors reach their diagnostic decisions or what makes some people

better at it than others. But the good news, he says, is that doctors are pretty good at diagnosis. "On the whole, doctors care a lot about getting diagnosis correct and they castigate themselves when they fail," Martyn also thinks it's admirable (as do I) that when doctors do make diagnostic mistakes they talk about them and write them up in journals.

What about telephone triage as a form of diagnostic decision making? Hay Derck and colleagues don't offer much comfort from their national cross sectional study of Dutch out of hours call centres (p 676). Using standardised patient scenarios they found that, in a high proportion of interactions, advice was given after asking too few questions and without properly interpreting the answers. In their accompanying editorial (p 644), Joseph Lip and colleagues raise serious concerns about the lack of consistency and transparency in the training of "triagists" and the protocols they use. They call for proper evaluation of the safety and quality of these services.

As health care becomes more complex and fragmented, patient safety relies more than ever on teams of people with a range of skills working effectively together. What these skills are—and how strictly they need to be defined, assessed, and regulated—are questions we must continue to ask.

Fiona Godlee, editor, *BMJ*, f.godlee@bmj.com

Check this out: 000 2000 33741772

To receive Editor's Choice by email each week, visit bmj.com/cgi/customalert

Articles appearing in this print journal have already been published on bmj.com, and the version in print may have been shortened.

bmj.com also contains material that is supplementary to articles: this will be indicated in the text (references are given as w1, w2, etc) and be labelled as extra on bmj.com.

Please cite all articles by year, volume, and eLocator (rather than page number), eg BMJ 2008;337:e145. A note on how to cite each article appears at the end of each article, and this is the form the reference will take in PubMed and other indexes.

WHAT'S NEW AT THE BMJ GROUP

Register with BMJ Group

Receive the latest information and updates group.bmj.com/registration

BMJ Masterclass for GPs: Cardiology, Diabetes and CKD, Birmingham

Monday 3 November, 2008. Early bird offer ends 29 September—save up to £35!

Register now at masterclasses.bmj.com/GPs

Stomach cancer and metastatic melanoma

These systematic reviews and others from *BMJ Clinical Evidence* now updated, including GRADE evaluation of the evidence, clinical.evidence.bmj.com

Emergency Medicine Journal

Register for new content alerts in this leading journal of developments and advances in emergency care, emj.bmj.com/cgi/alerts/etoc

Register for free entry to the BMJ Careers Fairs

Meet up to 70 exhibitors in London, and 40 in Birmingham. Exhibition entry is free. Attend as many seminars as you want over the two days for £85. 3-4 October London, 10-11 October Birmingham bmjcareersfair.com



PLUS
Career focus, jobs, and courses
appear after p 698.

What skills do **Pharmacists** need?

Read to read, p 658
Feature, p 660

What's the difference between a doctor and a nurse? Our cover picture this week suggests that the differences are becoming harder to spot, and on p 660 Rebecca Coombes explores the striking and increasingly overlapping territories of the two professions. It's easy to understand why the nurse's role is expanding into traditionally medical areas of diagnosis and treatment: nurses cost less to employ and have more time to spend with patients.

But it's not all plain sailing. There's confusion over titles, a lack of nationally agreed standards on what training and experience are needed, and no proper regulation for advanced nurse practitioners in the UK. But other countries are further ahead, helped by graduate-only entry to nurse training. So could nurses expand their roles even further? In our head-to-head debate, Bonnie Sibbald argues that primary care should now be led by nurses (p 658); Thora Knight disagrees (p 659).

While roles are rapidly evolving, it seems clear to me that doctors and nurses are selected, trained, and paid differently for good reason. Doctors need to take risks and deal with uncertainty, while nurses are more attuned to following protocols and providing hands-on care. But if, as some argue, diagnosis is also at the only skill that defines doctors, it's reassuring that machines can't yet do the job better.

As Christopher Warty explains (p 663), computerised Bayesian algorithms and artificial neural networks have failed to live up to their early promise. On the fovea side, this has left us largely in the dark about how doctors reach their diagnostic decisions or what makes some people

seem a cut above others. But the good news, he says, is that doctors are pretty good at diagnosis. "On the whole, doctors care a lot about getting diagnosis correct and they castigate themselves when they fail." Marty also thinks it's admirable to do it that when doctors do make diagnostic mistakes they talk about them and write them up in journals.

What about telephone triage as a form of diagnostic decision making? Hay Derks and colleagues don't offer much comfort in their rational cross-sectional study of Dutch out-of-hour call centres (p 676). Using standardised patient scenarios, they found that, in a high proportion of interactions, advice was given after asking too few questions, and without properly interpreting the answers. In their accompanying editorial (p 644), Joseph Lip and colleagues raise serious concerns about the lack of consistency and transparency in the training of "triageists" and the protocols they use. They call for proper evaluation of the safety and quality of these services.

As health care becomes more complex and fragmented, patient safety relies more than ever on teams of people with a range of skills working effectively together. What these skills are—and how strictly they need to be defined, assessed, and regulated—are questions we must continue to ask.

Ross Godlee, editor, BMJ, rgodlee@bmj.com

Twitter: @rossgodlee

To read our Editor's Choice by email each week, visit bmj.com/cgi/choicefeed

Articles appearing in this print journal have already been published on bmj.com, and the version in print may have been updated.

bmj.com also contains material that is supplementary to articles in this journal. Indicated in the text, references are given as www.bmj.com.

Please do not sell or distribute your volume, or if you do, please note that payment is, eg, BMJ 3000,3376141. A note on how to cite each article, and this is the journal's ISSN, will be published as part of the index.

WHAT'S NEW AT THE BMJ GROUP

Register with the BMJ Group

Receive the latest information and updates group.bmj.com/register

BMJ Medicines for GPs: Cardiology, Diabetes and CML, Birmingham

Monday 1 November, 2008. Early bird offers ends 29 September—save up to £30! Register now at medicines.bmj.com/gps

Stomach cancer and osteoporosis reviews

These systematic reviews and others from BMJ's Clinical Evidence now updated, including GRADE evaluation of the evidence. Visit www.clinicalevidence.bmj.com

Emergency Medicine Journal

Register for new content starts this leading journal of developments and advances in emergency care. Visit www.emj.bmj.com/cgi/alerts/edc

Register for free entry to the BMJ Careers Fairs

Meet up to 20 exhibitors, London, and 40 in Birmingham. Entry for entry is free. Attend at many venues as you want over the two days. For £85, 3-4 October London, 10-11 October Birmingham bmjcareers.fair.com



BMJ
Careers

P...US

Career fairs, jobs, and courses appear after p 608.