



Dipartimento Sanità
Brescia

Giornata della salute
13 giugno 2015

**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E UTILIZZO DELLE
TECNOLOGIE**



Contesto di riferimento: Sistema Sanitario Italiano, in particolare il capitolo di spesa del precedente anno, con riferimento al rapporto OASI 2014.

La spesa del Sistema Sanitario Italiano storicamente cresceva in media del 4% all'anno, con un deficit medio del 4%, seppur con rilevanti differenze interregionali. Dal 2009 la spesa pubblica è rimasta sostanzialmente stabile e nel 2013 i dati di preconsuntivo mostrano, per la prima volta dal 1995, una riduzione (-1,2% rispetto al 2012).



Un primo insieme di interventi (relativo alla strategia di riduzione della spesa) ha riguardato il blocco o la riduzione degli *input*, in termini sia di volumi, sia di costi unitari di acquisto. I trend di decrescita del costo dei singoli fattori produttivi confermano che questa leva è stata ampiamente utilizzata nel SSN: le retribuzioni dei dipendenti pubblici sono ferme da sei anni e la spesa per il personale si è ridotta di circa l'1,5% all'anno negli ultimi tre anni; è stata contenuta la spesa per la farmaceutica convenzionata (-7,6% in media all'anno negli ultimi tre anni) così come si sono tagliati i costi unitari di beni e servizi e in particolar modo dei dispositivi medici, soprattutto nell'ultimo anno. Anche la riduzione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori privati accreditati può essere classificata all'interno di questa fattispecie di interventi. **(TUTTI questi sono TAGLI LINEARI)**

La seconda tipologia di interventi ha accettato, anche se non sempre in modo esplicito, di agire direttamente sul contenimento degli *output*, cioè dei volumi di prestazioni da erogare, **attraverso** forme di governo degli accessi, quali, ad esempio, le liste d'attesa o i tetti sui volumi di prestazioni erogabili. Questi strumenti consentono di contenere la spesa nella misura in cui alla riduzione della produzione di prestazioni sanitarie corrisponde un decremento delle risorse necessarie per l'erogazione delle stesse. A questo proposito, l'introduzione di tetti sempre più stringenti per i privati accreditati ha portato questi ultimi ad utilizzare mediamente ormai poco più del 70% della propria capacità produttiva, perché altrimenti supererebbero i budget di produzione riconosciuti dal SSN. Si noti che anche l'aumento del ticket per i cittadini si è tradotto negli ultimi anni in un calo di richieste di prestazioni. Il terzo insieme di interventi ha cercato di migliorare l'efficienza del sistema mantenendo costanti le risorse, ma richiedendo più *output*. In molti *setting* assistenziali (riabilitazione, attività

Strategia di riduzione della spesa

Partito Democratico

Brescia



Il sistema dei tagli lineari sembra dare buoni risultati solo a breve termine: inevitabilmente il taglio delle risorse a pioggia porta in alcuni ambiti o realtà a cali di qualità delle prestazioni, la diminuzione degli organici non può essere una soluzione applicabile per lungo tempo se non accompagnata da corrispondenti diminuzioni di prestazioni.

Oltre a quanto già detto sull'impatto che il governo delle prestazioni ha in termini di sotto-utilizzo delle risorse sia pubbliche che private, vale la pena far notare che anche l'aumento del ticket per i cittadini si è tradotto negli ultimi anni in un calo di richieste di prestazioni, a causa della sempre più pressante crisi. A livello di budget quindi i dati possono essere rassicuranti: c'è una diminuzione di spesa però a fronte di un aumento di iniquità del sistema sanitario.

Il terzo approccio sembra essere utile, tuttavia il meccanismo della revisione della spesa deve a nostro avviso sempre essere accompagnato da un'analisi metodologica che consenta in parole povere di spendere esattamente il valore di quello che si 'compra'. L'HTA cerca di dare una risposta in questo senso

HTA (*Health Technology Assessment*):

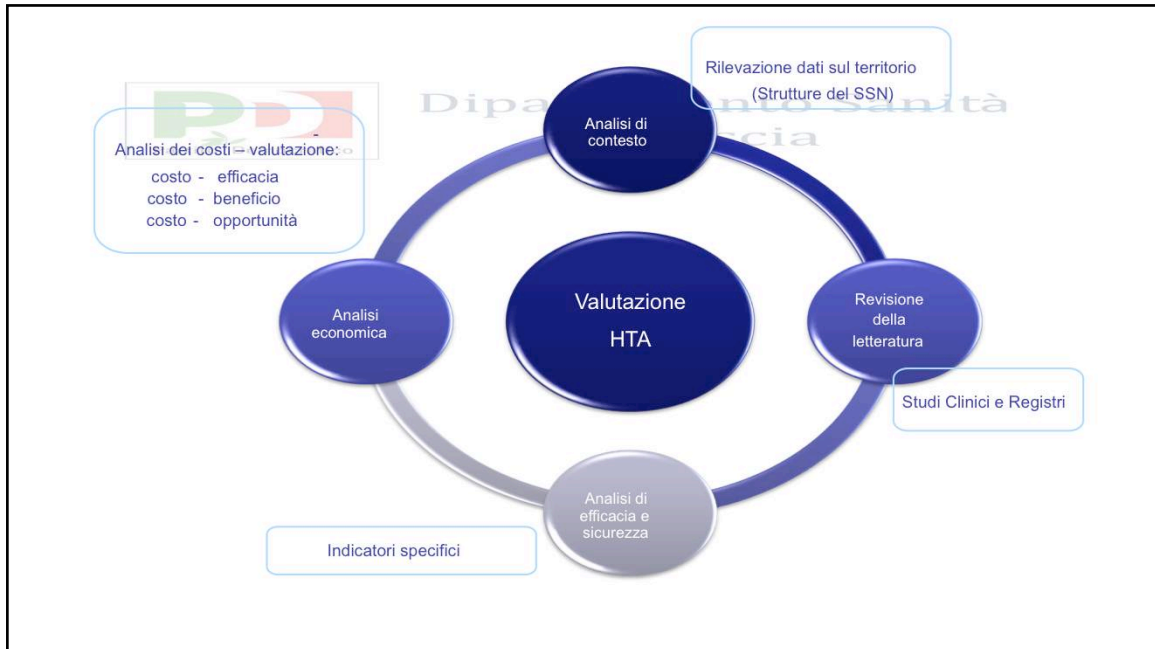
Favorisce supporto decisionale
In ambito sanitario
Per l' utilizzo di tecnologie e processi
Con approccio valutativo e consultivo

Fonte: Ministero della Salute, 2015

Cos'è l'HTA

L'Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società.

Risponde all'esigenza di decisori, fornitori e specialisti di avere informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti delle tecnologie già in uso.



Cosa fa l'HTA

L'Health Technology Assessment ha una funzione valutativa dell'utilizzo di tecnologie, farmaci e processi in ambito sanitario.

Tale funzione si esplicita, come potete vedere nella slide, attraverso attività di analisi e revisione, attraverso dati e studi.

TABELLA 1. STATO DELL'ARTE PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'HTA IN ITALIA SULLA BASE DELLE FONTI DISPONIBILI							
Regioni	Documenti	Gruppi di lavoro	Organizzazioni esterne	Fondi	Pubblicazione report	Appartenenza a network	
Regioni	Documenti ufficiali	Gruppi di lavoro	Organizzazioni esterne	Fondi	Pubblicazione report	Appartenenza a network	
						Nazionali	Internazionali
Piemonte	X	X	X	X	X	X	X
Valle d'Aosta							
Liguria	X	X			X		
Lombardia	X	X	X	X		X	X
Trentino		X	X			X	
Alto Adige						X	
Veneto	X	X	X	X	X	X	X
Friuli VG							
Emilia-Romagna	X	X	X	X	X	X	X
Nord Italia	5	6	5	4	4	6	4
Sicilia	X	X				X	
Sud Italia	6	7	1	1	-	5	-
Totale	14 (67%)	16 (76%)	9 (43%)	6 (29%)	5 (24%)	15 (71%)	5 (24%)

Garattini L, Van de Vooren K, Curto A, 'Regional HTA in Italy: promising or confusion?' Health Policy 2012; 108 (2-3): 203-6. doi: 10.1016/j.healthpol,2012

In Italia le valutazioni di HTA sono state formalmente introdotte nel Piano Sanitario Nazionale nel 2006-2008 con il coordinamento ed il supporto alle regioni assegnato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari. In seguito, anche l'Agenzia Italiana del Farmaco ha incluso le valutazioni delle tecnologie nel proprio regolamento. Si presenta il risultato di una ricerca web-based condotta nel 2012 che fotografa lo stato di attività in questo settore, regione per regione. Senza entrare troppo nel dettaglio, la Lombardia è una delle 16 regioni che ha istituito gruppi di lavoro, una delle 15 che è inserita nella rete italiana di HTA ed una delle 5 inserite in un network europeo.



Dipartimento Sanità

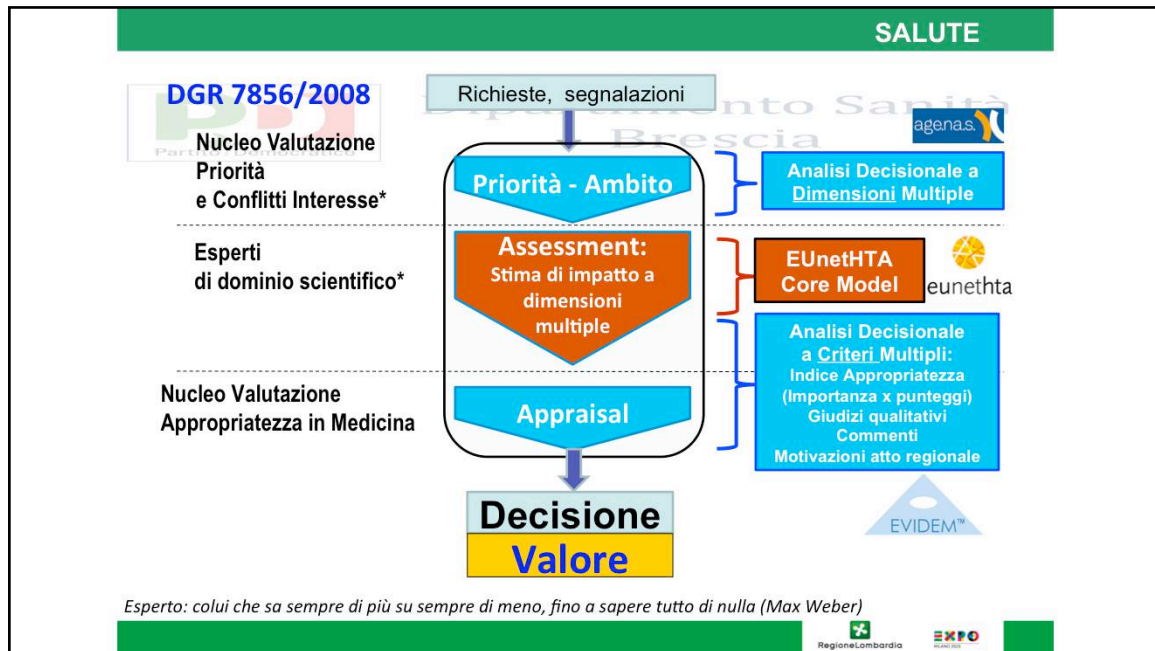
TABELLA 2. PERSONALE, FINANZIAMENTI E NUMERO DI REPORT SULLA BASE DELLE FONTI DISPONIBILI

Regioni	Personale	Fondi (€)	Report									
			Tecnologia			Lunghezza (n. pagine medio)	Disciplina					
			Farmaci	Dispositivi	Altro		Economia		Organizzazione		Etica	
N	%	N	%	N	%	N	%					
Piemonte	3	300.000		11		5	10	63	6	38	1	6
Lombardia	2	200.000				7						
Veneto	11	600.000	266	8		7	267	96	7	3		
Emilia-Romagna	6	18.000	121	9	4	21	75	56	11	8	7	5
Liguria					1	11	1	100				
Toscana		136.000										
Lazio	12			1		96	1	100	1	100	1	100
Basilicata		100.000										
Sicilia	10											

E' anche una delle 6 regioni che ha assegnazione di budget, anche se l'assegnazione di fondi e' pari ad un terzo di quelli della regione Veneto, che di contro, potendo contare su un gruppo consistente di personale dedicato e di risorse economiche adeguate, ha consistentemente prodotto la maggiore reportistica.

The slide features a green header bar at the top with the word "SALUTE" in white. On the left side, the text "Regione Lombardia" is written vertically. The main title is "Valutazione delle Tecnologie Sanitarie VTS-HTA", with "Valutazione delle Tecnologie Sanitarie" in blue and "VTS-HTA" in a larger blue font. Above the title is a green icon with a white cross and the text "Invecchiamento, Aspettative, Tecnologie". Below the title, a horizontal line separates it from the subtitle "Programma regionale di HTA - DGR 7856/2008". At the bottom right, there are logos for "Regione Lombardia" and "EXPO 2015".

L'esistente ora in Lombardia (riferimento: lavoro dott. Tringali , che il) è il programma Regionale di HTA, normato ai sensi della DGR 7856/2008.



Chi sono gli attori:

- Il nucleo di valutazione nominato dalla Direzione Generale Sanità che si occupa di valutare le priorità ed i conflitti di interesse
- Gli esperti del mondo scientifico che di volta in volta vengono identificati e che procedono alla valutazione tecnica della tecnologia proposta
- Componenti del **Tavolo Tecnico Regionale per l'Appropriatezza in Medicina** (TTRAM) che concludono il processo di valutazione



CRITICITA'

Dipartimento Sanità
Brescia

- SISTEMA A RICHIESTA
- MONODIREZIONALE
- NON VINCOLANTE
- LENTO
- SCARSE RISORSE

All' interno del gruppo abbiamo provato ad evidenziare le criticità di questo sistema come attualmente viene gestito.

Il sistema è prevalentemente basato sulla richiesta di valutazione da parte di enti o soggetti esterni.

Non sembra esserci un programma sistematico e autonomo horizon scanning

Il sistema è monodirezionale: non sembra al momento ci siano programmi di post-valutazione mediante, ad esempio, la **sorveglianza di eventi avversi, revisione ed estensione degli usi (si pensi ad esempio ai farmaci off-label).**

La commissione HTA fornisce pareri di livello macro e di tipo consultivo sull'introduzione di nuove tecnologie e farmaci, mai vincolanti e con tempi decisamente troppo lunghi rispetto al dinamismo presente in sanità.



POSSIBILI SVILUPPI

Dipartimento Sanità
Brescia

- REVISIONE TECNOLOGIE ATTUALI
- POTENZIARE E MODULARE LA COMMISSIONE HTA
- RIMODULARE CRITERI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI ESAMI STRUMENTALI
- MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI FARMACI APPLICANDO LA RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA
- SISTEMA DI GOVERNO DI ASSEGNAZIONE DELLE TECNOLOGIE

MEDIANTE UN SISTEMA DINAMICO E INTEGRATO CON LE SCELTE POLITICHE

Quali sono i punti da sviluppare? A nostro avviso il sistema sanitario deve prevedere un momento di revisione del sistema attuale con l'utilizzo della tecnica dell'HTA ad esempio: rivedere i LEA, anche promuovendo azioni a livello centrale per la organizzazione di un sistema più omogeneo anche a livello nazionale.

Sostenere il **Progetto MIDDIR** che comporta lo sviluppo di un approccio sistematico ed integrato per identificare tecnologie obsolete ed opportunità di disinvestimento con riallocazione programmata

Il gruppo HTA dovrebbe avere dimensioni sufficienti per consentire processi di valutazioni più veloci.

Riteniamo, come gruppo, l'opportunità che la commissione abbia due nuclei di valutazione (TTRAM??) uno per le tecnologie strumentali ed uno per i farmaci

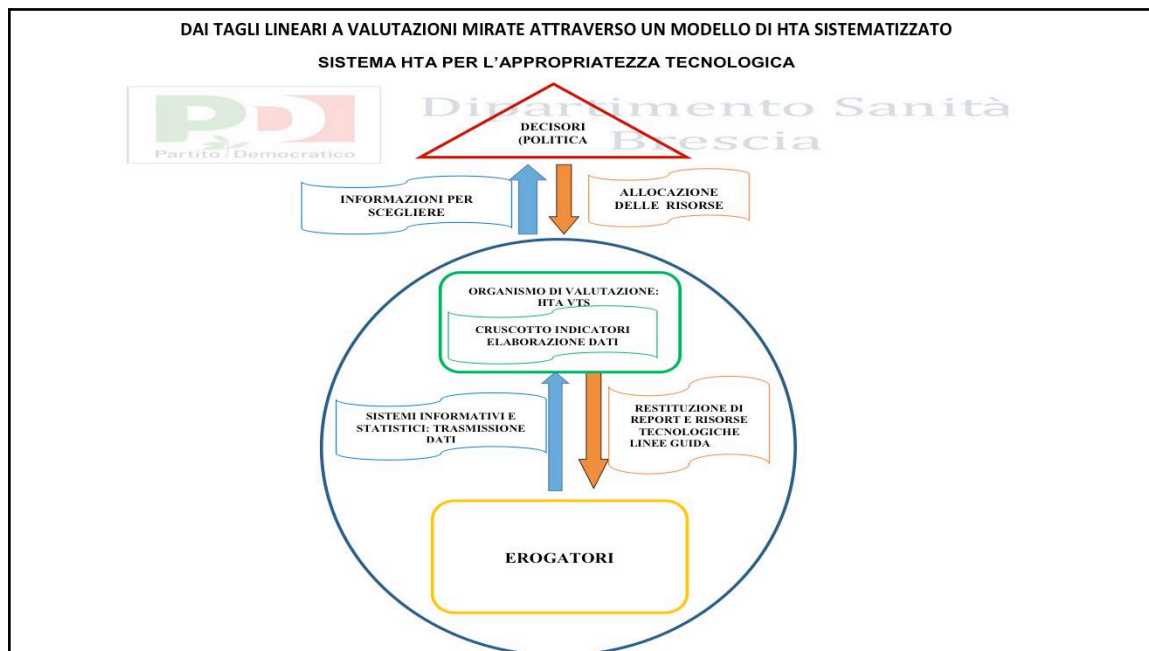
E' necessario cercare di approfondire il tema dell'appropriatezza prescrittiva: in alcuni ambiti l'appropriatezza prescrittiva è assodata, ben definita e l'inappropriatezza identificabile con i dati a disposizione, nel campo della diagnostica per immagini ad esempio è stato documentato un risparmio di spesa fino al 15% per esami inappropriati. Creare un sistema di valutazione dell'appropriatezza completo consente di modificare la strategia, perdente, dei tagli lineari di spesa e riorganizzare un sistema efficiente di risparmio.

Non è facile ottenere dati statistici sull'appropriatezza prescrittiva in senso generico, ma solo effettuare studi mirati su particolari prescrizioni ad alto costo (Es radiologiche). Indagini di inappropriatezza prescrittiva potrebbero essere assegnati quali indicatori alle unità operative eroganti dando visibilità al quesito diagnostico e dare un feedback oggettivo. La ottimizzazione del trattamento farmacologico invece deve sfruttare i momenti di transizione di cura (dimissioni, ricoveri, OBI) per effettuare un'analisi sistematica delle possibili interazioni sfruttando i software dedicati. Evitare utilizzo di terapie non appropriate contribuirebbe alla riassegnazione di risorse ad altri indirizzi.

E' necessario ridefinire un sistema che governi efficientemente l'assegnazione di tecnologie. Come abbiamo già riportato nel nostro precedente documento gli ultimi venti anni ne hanno visto la diffusione insensata, spesso dettata da scelte di campanile: si pensi ad esempio alla chirurgia robotica (10 robot nella sola Lombardia), alla radioterapia (7 acceleratori lineari in provincia di BS) o alle emodinamiche e cardiocirurgie. Sensate in questa direzione, paiono essere le proposte che stanno trovando spazio in regione, delle commissioni Tecnologie e Service, queste dovrebbero trovare maggior spazio nel nuovo assetto sanitario regionale, per poter garantire criteri di appropriatezza tecnologica nella distribuzione di tecnologie e nella valutazione costo efficacia dei servizi. Tali commissioni dovrebbero essere di tipo multidisciplinare e formate da sanitari, tecnici ed economisti e valutare di volta in volta la sostenibilità per il sistema nell'introduzione di nuove tecnologie e servizi. Stante la parità d'offerta tra pubblico/privato, (libera scelta/pluralismo dell'offerta) andrebbero però poste sotto l'egida della commissione anche l'attivazione di tecnologie presso le strutture private accreditate. Riteniamo che la diffusione, senza nessun controllo, delle tecnologie sia uno dei principali stimoli all'inappropriatezza prescrittiva.



Parlando di appropriatezza, sottolineiamo che mentre con i sistemi attuali di flussi informativi, se bene impiegati è possibile tracciare prestazioni erogate appropriate, non esiste al momento alcuno strumento che consenta di tracciare completamente le prestazioni non erogate considerate inappropriate.



La nostra proposta è creare un SISTEMA HTA che sia bidirezionale ottenuto con la messa in rete delle informazioni e dati in modalità IN/OUT.

IN : dagli Erogatori verso HTA VTS fino ai Decisori.

OUT: dai decisori Tramite HTA VTS fino agli Erogatori



unità

«Mondo» dell'
EVIDENZA



«Mondo» delle
DECISIONI

Ponte" tra ambito tecnico-scientifico e ambito politico-
decisionale