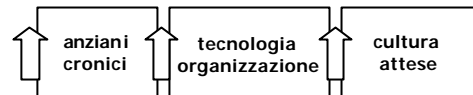


Farmacoeconomia e gestione efficace delle risorse

Determinanti dei costi in Sanità

I costi globali della salute stanno aumentando, più rapidamente del Prodotto Interno Lordo - P.I.L., nella maggior parte dei Paesi



Problemi prioritari in Sanità

- Cattiva allocazione delle risorse, iniquità e inefficienze
- Risorse spesso utilizzate per la produzione di prestazioni poco efficaci e ad alto costo
 - Prestazioni spesso impiegate in modo improprio
 - Contributo marginale della spesa sanitaria al miglioramento delle condizioni di salute della collettività e NON sufficientemente finanziamento degli interventi a più alti livelli di efficacia
 - Insoddisfacente garanzia di accesso per i meno abbienti
 - Messa a disposizione, a basso costo, di servizi troppo sofisticati
 - Sotto utilizzo delle strutture e dotazione tecnologica eccessiva
 - Eccessivi costi di controllo (HMO)

Aumento dei costi

Riforme dei Sistemi Sanitari

Misure di contenimento dei costi

Restrizioni sul prezzo

- Potere contrattuale del payer
- Riduzione/congelamento prezzi
- Reference pricing

Restrizioni sull'uso

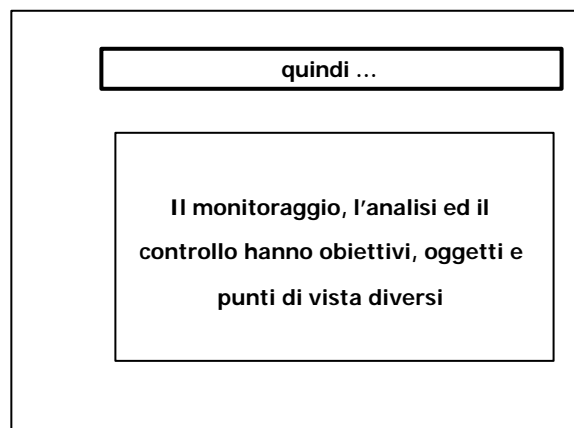
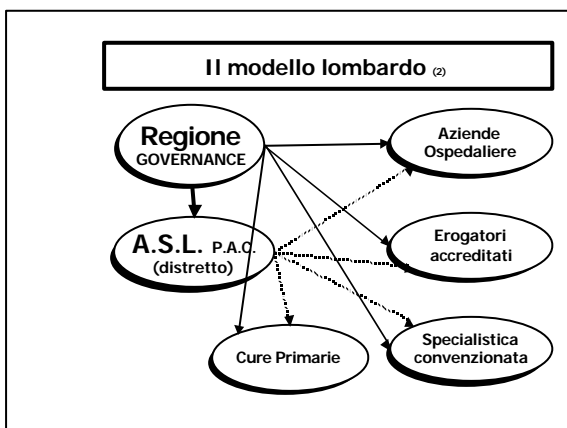
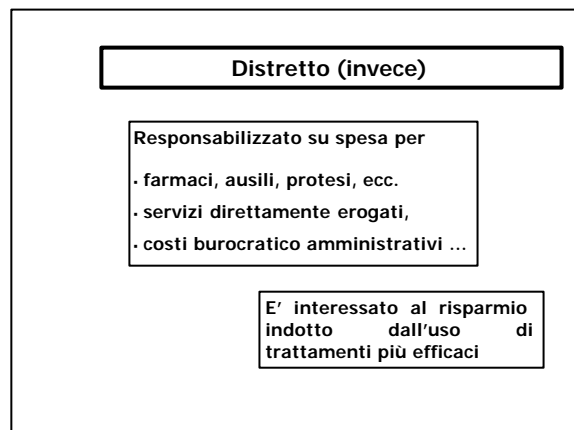
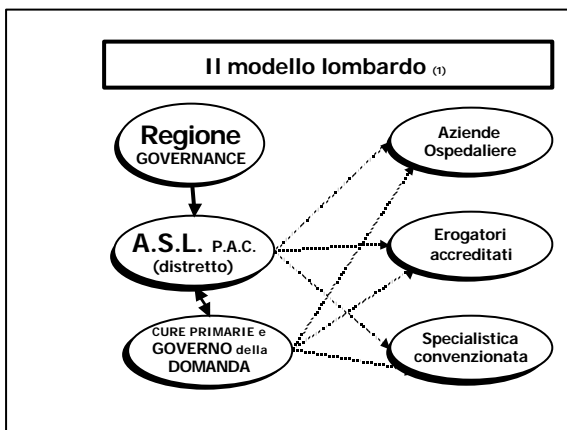
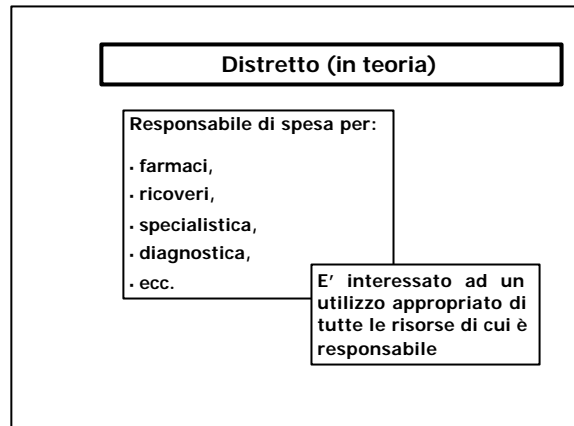
- Prontuari
- Linee Guida di prescrizione
- Generici
- Restrizioni al rimborso

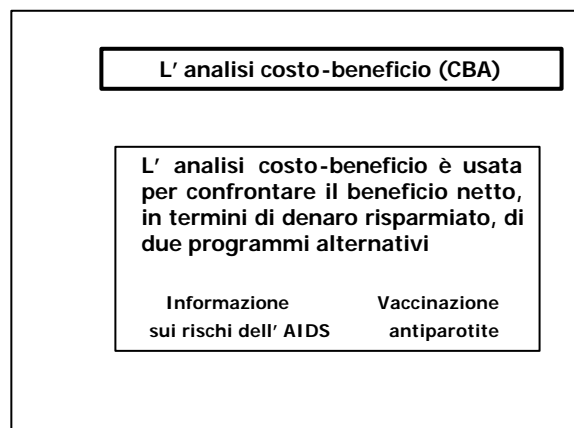
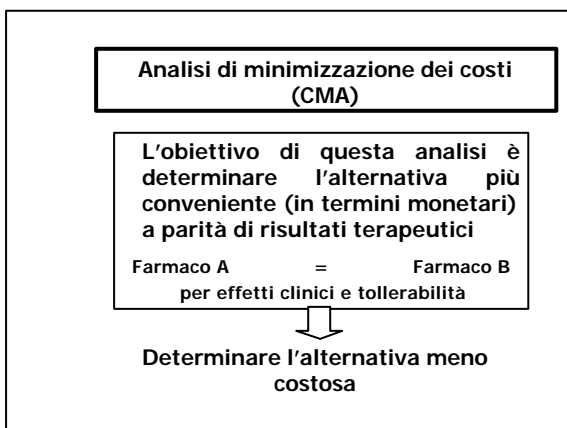
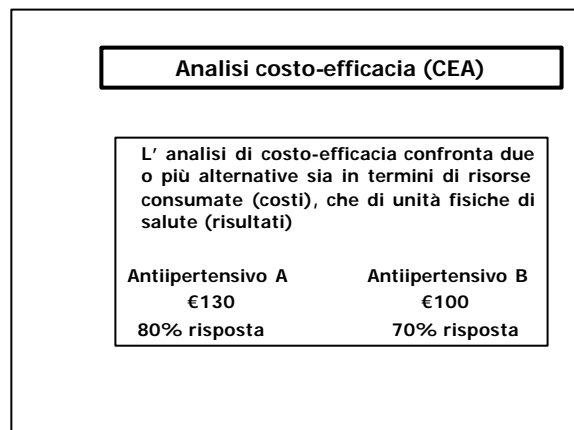
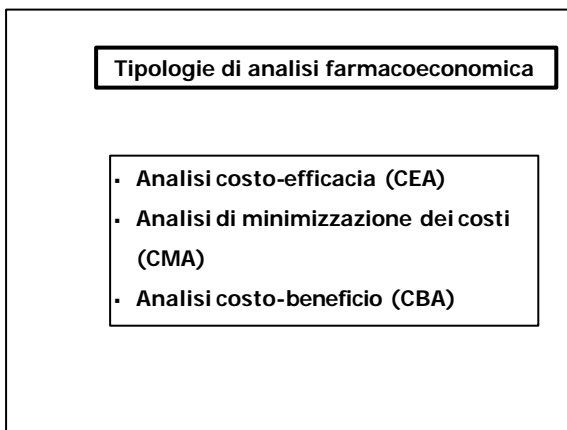
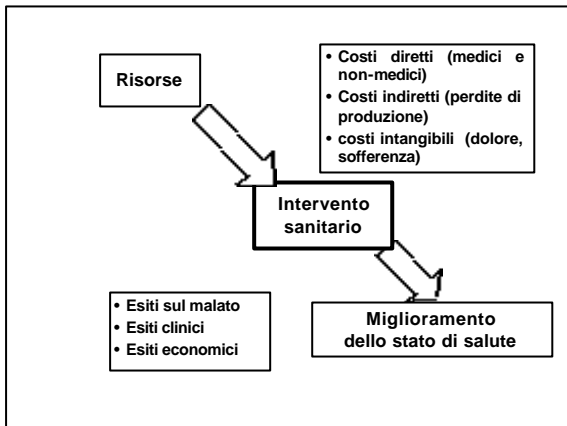
Valutazione economica in sanità

- incoraggia una decisione basata su costi/esiti piuttosto che sul taglio indiscriminato dei costi
- aiuta i decisori della Sanità a definire priorità di intervento
- aiuta i decisori della Sanità a scegliere le opportunità terapeutiche più cost-effective
- aiuta a definire le politiche di gestione del paziente più cost-effective

Tecniche di analisi farmacoeconomica

- permettono il confronto tra interventi sanitari alternativi, formulando una decisione considerando
 - efficacia
 - tollerabilità
 - ricadute economiche
- l'analisi farmacoeconomica non è "la soluzione a tutti i problemi"
- la farmacoeconomia è un insieme di tecniche che permettono di prendere una decisione terapeutica avendo a disposizione anche dati economici





Scopo

Studiare e disegnare interventi per migliorare la pratica professionale includendo:

- interventi professionali (es. educazione continua del medico, audit e feed back, promemoria)
- interventi finanziari (es. incentivi professionali)
- interventi organizzativi (es. espansione del ruolo del farmacista)
- interventi di regolazione

Memo malattie croniche

- le strategie prescrittive dei MMG sono spesso più economiche di quelle rigorosamente EBM
- nella MG i comportamenti teoricamente più criticabili in termini di "appropriatezza" sono, con poche eccezioni, di tipo omissivo
- es. Farmaci e Diabete
 - 23% costo farmaci nel trattamento
 - 15/20% malati trattati correttamente

Gli errori nella gestione del Farmaco

Rappresentano, in sanità, il secondo errore in ordine di frequenza e di costo

I problemi nella gestione del farmaco sono rappresentati da:

- errori di dosaggio
- inadeguatezza allo stato del malato
- omissione nel controllo degli effetti secondari
- difetti di comunicazione medico malato
- mancanza di un riferimento per approfondire la conoscenza del farmaco

il farmacista...

- queste osservazioni danno risalto al valore della consultazione sul farmaco, perlomeno nei casi complessi
- potrebbero dimostrare l'importanza del ruolo del farmacista e di una informazione "indipendente", così come di un gioco di squadra con lo specialista

Ipotesi di Azioni, punti d'attacco

L'obiettivo è influenzare e guidare i M.M.G. :

Monitoraggio della prescrizione al fine di:

- promuovere la qualità delle prescrizioni
- migliorare la conoscenza (es. sugli effetti indesiderati da farmaci)
- contenere la spesa

Revisione tra pari (peer review) al fine di definire i punti di consenso e stilare protocolli utilizzabili e valutabili dai Medici stessi

Ruolo del fattore organizzativo

- La centralità si sposta dalla professionalità individuale alle opportunità organizzative
- L'opportunità professionale massima del MMG sembrerebbe riguardare proprio il corretto uso dei farmaci: se non esiste un sistema organizzativo in grado di fornire loro le informazioni, può migliorare di poco la loro capacità prescrittiva (importanza dell'informazione indipendente e dei dati di ritorno)
- Un sistema non è fatto da singole eccellenze, ma da conoscenze a disposizione di tutti, un insieme dove il livello generale tende ad innalzarsi ed ognuno è in grado di esprimere al meglio la propria professionalità

Accordo regionale

Per gli aspetti professionali è anzi utile che ciascuna forma associativa articoli la propria rappresentanza, per partecipare ad iniziative di miglioramento della qualità a livello distrettuale, su più persone, affinché i portavoce di ciascuna équipe possano formare gruppi di lavoro a livello distrettuale per tema (rapporti con l'ospedale, diagnostica e specialistica, assistenza primaria e servizi ASL, assistenza intensiva sul territorio, assistenza farmaceutica, informazione ed informatizzazione, aggiornamento e comunicazione, ecc.)

Confronto tra ricerca sugli outcomes, ricerca clinica e ricerca farmaco economica

	efficacia	effectiveness	efficienza
	randomized clinical trials (rct)	studi osservazionali e rtc	analisi economiche su dati di esito e clinical trials
	efficacia e sicurezza	esiti sui pazienti	costi ed esiti
	brevi	lunghi	lunghi
	malati ideali	malati normali	condizioni normali

Accordo regionale

- Trattamento medico dell'Asma
- Controllo e gestione del Colesterolo
- Controllo complessivo del Diabete
- Controllo dell'Ipertensione
- Gestione della donna in Menopausa
- Iniziative per la disassuefazione dal fumo
- Gestione dei medicinali antidepressivi
- Trattamento dopo attacco cardiaco con beta bloccanti

il budget

... e' sia dal punto di vista linguistico che sindacale una concetto che non ha molto a che fare con un semplice accordo sui farmaci.

Il budget (e vi sono molti modi di interpretare questa parola) e' comunque qualcosa di molto complesso e molto difficilmente praticabile perché presuppone uno sforzo organizzativo che il medico (se vuole continuare a fare il medico) non può gestire in prima persona ...

	PER SINGOLE COMPONENTI		TOTALI / PER CORRELAZIONI	
	DATO AGGREGATO	PER PATOLOGIA (Ipertensione)	DATO AGGREGATO	PER PATOLOGIA (Ipertensione)
INDICATORI FINANZIARI	Spesa Farmaci Ricoveri Specialistica	Spesa Anti ipertensivi DRG specifici V. Cardiologiche	Consumi Totali (farmaci + DRG + specialistica tot)	Consumi Totali Malati Ipertesi
INDICATORI MISTI	Tasso ricovero Top Ten DRG Medici	DDD% DDD/ 1.000 / die Anti ipertensivi	⊘	⊘
INDICATORI SANITARI	Pacchetti Visite Specialistiche	Tasso ricovero per singolo DRG Visite x singola Patologia	⊘	Aumento DDD /1000 ab / die anti ipertensivi vs. riduzione DRG x ipertensione

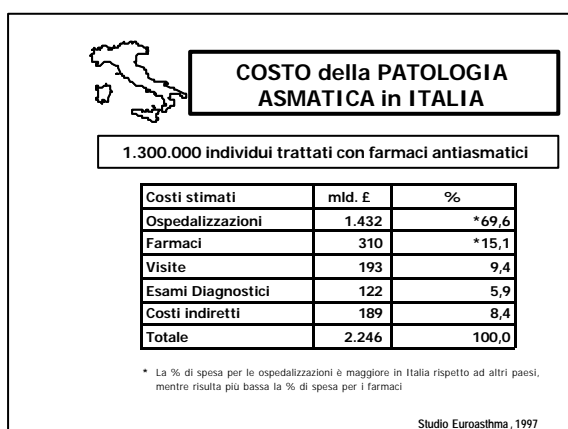
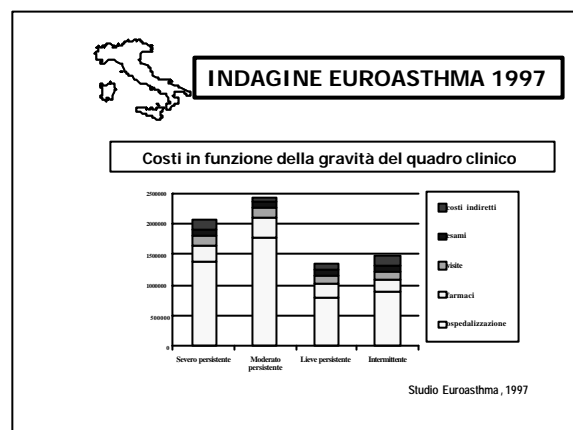
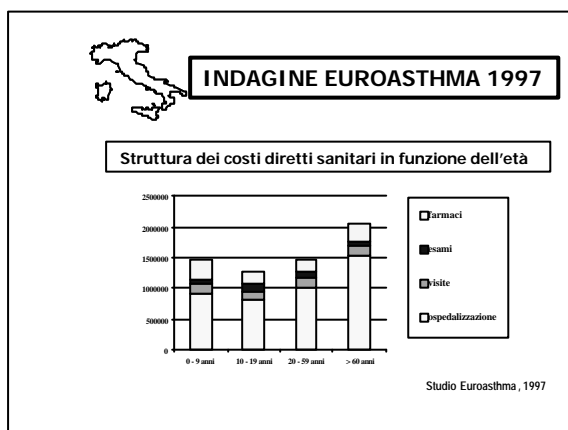
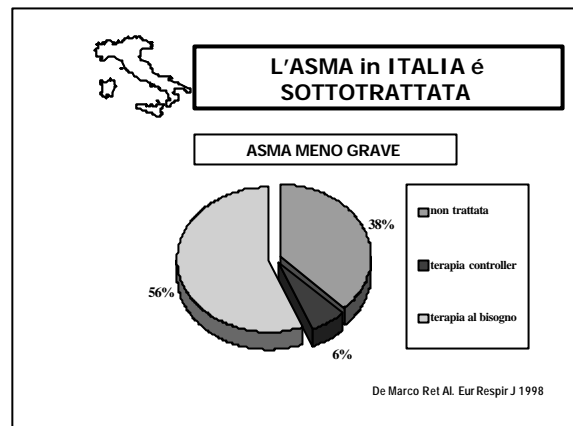
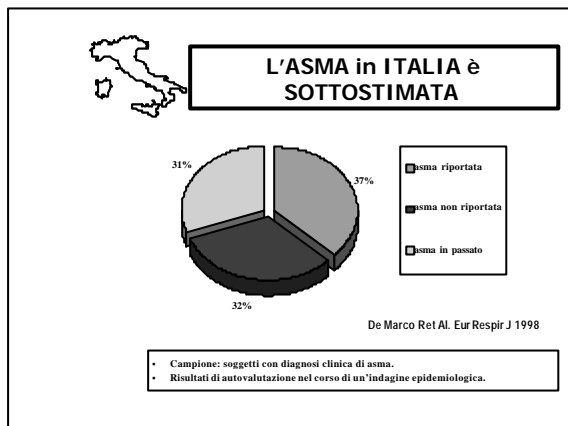
Fonte C. Brunello 2000



ASMA IN ITALIA: DATI EPIDEMIOLOGICI

- 5 milioni di soggetti asmatici (1 italiano su 10)
- Insieme alla bronchite costituisce la terza affezione cronica più comune
- La più frequente malattia professionale respiratoria

De Marco Ret Al. Eur Respir J 1998



Asma e Farmacoeconomia

Lo scarso controllo della sintomatologia, per la difficoltà di instaurare un adeguato regime terapeutico di mantenimento, determina un notevole aggravio della spesa sanitaria con elevato ricorso ai servizi ospedalieri.

Consumi della malattia coronarica

Regione Lombardia - Dati di Ricovero anno 2001

Gruppo Maggiore di Diagnosi 05 - valori assoluti

Ricoveri di cittadini Lombardi in Lombardia		
Tipo di Ricovero	mid di £	mil Euro
Ricoveri Ordinari	1.284	663
Riabilitazione	120	62
Day Hospital e brevi	111	57
Lungodegenza	1	0
Cure Palliative	0	0
Totale	1.516	783

Consumi della malattia coronarica

Regione Lombardia - Dati di Ricovero anno 2001

Gruppo Maggiore di Diagnosi 05 - valori percentuali

Ricoveri di cittadini Lombardi in Lombardia	
Tipo di Ricovero	% di spesa
Ricoveri Ordinari	20,3%
Riabilitazione	16,3%
Day Hospital e brevi	9,3%
Lungodegenza	7,1%
Cure Palliative	0,8%
Totale	18,3%

Consumi della malattia coronarica

Confronto tra diverse opzioni di terapia farmacologica dell'ipertensione

Città di Milano

ipertesi	200.000	
in trattamento	125.000	62,5%

Costo di alcuni scenari "estremi" in monoterapia

	mg	mld £	mil Euro
Clortalidone	12,5	3,3	1,7
Atenolofo	50,0	15,6	8,1
Ramipril oppure	2,5		
Captopril	25,0	55,8	28,8
Losartan	50,0	150,0	77,3
Plus associazioni		32,0	16,5

Legge n. 405 del 16 Novembre 2001
"Conversione in legge del D.L. 18 Settembre 2001 n. 347 recante interventi Urgenti in materia di spesa sanitaria"

Art. 5 "Tetti di spesa"

A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale e regionale, il 13 % della spesa sanitaria complessiva.

REGIONE LOMBARDIA

D.G.R. n. VII/8630 del 27/03/2002
"Primo provvedimento attuativo della l. 405/01 in materia di assistenza farmaceutica"

D.G.R. n. VII/9336 del 7/06/2002
Recepimento dell'Accordo Regionale
"Accordo con Associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, su art. 8 lettera a) l. 405/01"

Legge n. 405 del 16 Novembre 2001
"Conversione in legge del D.L. 18 Settembre 2001 n. 347 recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"

Art. 6 "Livelli di assistenza"

Nell'ambito della ridefinizione dei LEA... La CUF, con proprio provvedimento, individua i farmaci che, in relazione al loro ruolo non essenziale, ... possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità ...

La totale o parziale esclusione dalla rimborsabilità è disposta con provvedimento amministrativo della regione, tenuto conto dell'andamento della spesa farmaceutica

REGIONE LOMBARDIA

D.G.R. n. VII/8630 del 27/03/2002 "Primo provvedimento attuativo della l. 405/01 in materia di assistenza farmaceutica"

Esenti per patologia

Numero massimo di confezioni prescrivibili 3 confezioni per ricetta/massimo 60 giorni di terapia

Legge n. 405 del 16 Novembre 2001 "Conversione in legge del D.L. 18 Settembre 2001 n. 347 recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"

Art. 2
"Disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario"

Comma 5

... Le regioni adottano le necessarie iniziative per attivare, nel proprio territorio, il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere ...

REGIONE LOMBARDIA

D.G.R. n. VII/8630 del 27/03/2002 "Primo provvedimento attuativo della l. 405/01 in materia di assistenza farmaceutica"

Costituzione di un tavolo di monitoraggio della spesa farmaceutica

linee guida per le ASL per i controlli sulle prescrizioni mediche

relazione sull'andamento della spesa farmaceutica

Legge n. 388 del 23 Dicembre 2000 "Legge finanziaria 2001"

Art. 85
"Riduzione dei ticket e disposizioni in materia di spesa farmaceutica"

Comma 16

... procedure standard per il controllo delle prescrizioni farmaceutiche, anche ai fini degli adempimenti di cui all'art. 1 comma 4 del D.L. n. 323/96 convertito in legge n. 425/96 ...

Legge n. 425 dell'8 Agosto 1996 "Conversione in legge del D.L. n. 323 del 20/06/1996 recante disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica"

Art. 1
"Spesa per l'assistenza farmaceutica"

Comma 4

Le ASL ... curano l'informazione e l'aggiornamento del medico presrittore nonché i controlli obbligatori necessari ad assicurare che la prescrizione dei medicinali sia conforme alle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della CUF

Note CUF
Legge 24/12/1993 n. 537 - art. 8 comma 10

Classificazione dei farmaci in:

- a) farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche,
- b) farmaci, diversi da quelli di cui alla lettera a), di rilevante interesse terapeutico,
- c) altri farmaci privi delle caratteristiche indicate alle lettere a) e b).

Note CUF

Le note sono state introdotte dalla Commissione Unica del Farmaco nel 1994 con il processo di riclassificazione dei farmaci in 3 fasce.

La gratuità di alcuni farmaci è stata vincolata all'adozione di una Nota.

Perché le Note CUF ?

contenimento/razionalizzazione della spesa farmaceutica

razionalizzazione della prescrizione farmaceutica, come promozione dell'appropriatezza dell'atto medico

REGIONE LOMBARDIA

Tavolo di monitoraggio:

Indicatori di monitoraggio relativi all'assistenza farmaceutica

Indicazioni alle ASL sulla verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni

Condivisione con le Organizzazioni Sindacali Mediche, presenti al Tavolo

Appropriatezza prescrittiva: le strategie

- Organizzazione della Medicina Generale
- Definizione e contrattualizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici
- Sviluppo Sistema Informativo e Sistema di Programmazione e Controllo

In specifico...

- Monitoraggio (costante)
- Analisi (condivisa)
- Controllo (sociale)

Indicatori: dati assoluti

- **Unità:** n. pezzi dispensati dalle farmacie, in un dato tempo, ai residenti in un dato luogo
- **Valore:** valorizzazione in € dei prezzi di rimborso, ove previsti,
 - considerando eventuali ticket
 - NON considerando lo sconto farmacia
- **Prescrizione:** n. degli atti prescrittivi, in un dato tempo, ai residenti in un dato luogo

Indicatori: dati di confronto

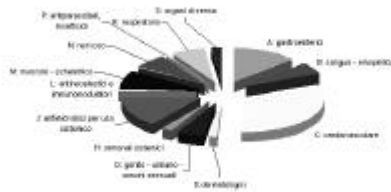
- **DDD/1.000 ab.** - defined daily dose - dose definita giornaliera: è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza; NON rappresenta la dose raccomandata
- **Valore /1.000 ab.**
- **Prescrizione/1.000 ab.**

Indicatori essenziali di monitoraggio (legge 448/98)

- Gruppo Terapeutico
- Principio Attivo
- DDD - dose definita die
- Note CUF

Gruppo Terapeutico ATC

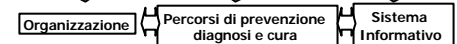
- Classe Anatomico – Terapeutico – Chimica
- A - APPARATO GASTROINTESTINALE
 - B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI
 - C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE
 - D - DERMATOLOGICI
 - G - SISTEMA GENITO-URINARIO
 - H - PREPARATI ORMONALI SISTEMI
 - J - ANTIMICROBICI GENERALI
 - L - FARMACI ANTINEOPLASTICI
 - M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO
 - N - SISTEMA NERVOSO
 - P - FARMACI ANTIPARASSITARI
 - R - SISTEMA RESPIRATORIO
 - S - ORGANI DI SENSO
 - V - VARI



Indirizzi strategici

Valorizzare il ruolo di MMG e PIs fornendo loro strumenti per "governare" i percorsi diagnostico terapeutici dei propri assistiti

Cure Primarie: Processi in atto

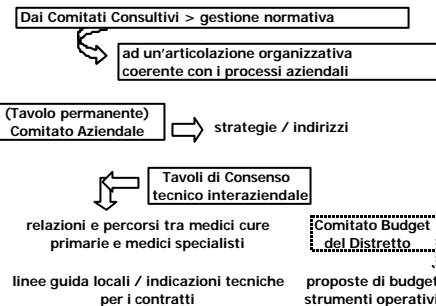


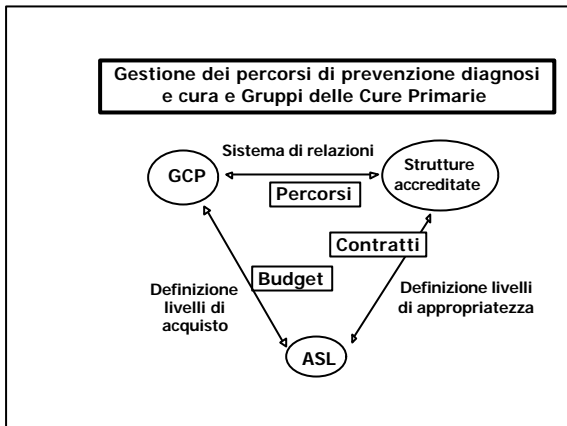
Governo dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura

Le condizioni fondamentali per lo sviluppo del PSSR



Evoluzione degli strumenti organizzativi per il governo della medicina generale e della pediatria di libera scelta





Focus on: reclutamento del MMG/PIs

- nel rendere informate le scelte del cittadino
- nella progettazione e nella gestione dei percorsi assistenziali più corretti
- nel controllo tra pari della appropriatezza prescrittiva

Monitoraggio, analisi e controllo

Focus on

- Distretto
- Gruppo
- Medico

C'è la libertà di fare Azienda

Ma non ancora la forza di diventarlo