



SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA
OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI
DELLE AZIENDE SANITARIE

XXXV CONGRESSO NAZIONALE SIFO



IL FARMACISTA:
UNA RISORSA
PER LA SALUTE.
RESPONSABILITÀ,
APPROPRIATEZZA,
SOSTENIBILITÀ

Analisi decisionali a criteri multipli per la programmazione in sanità: esperienza della Regione Lombardia

Rendere selettivo il SSN

Michele Tringali

Direzione Generale Salute, Regione Lombardia

michele_tringali@regione.lombardia.it



DICHIARAZIONE DI INTERESSI

Interessi secondari potenzialmente conflittuali: nessuno
(rimando al profilo su gestionale operativo HTA in Lombardia)

Interessi veri:

**Le persone non sono cose, i figli non si pagano,
gli uteri non si affittano, i malati non si uccidono,
il diritto non è mai individuale,
la salute non è ad ogni costo.**

Michele Tringali



RegioneLombardia



- 1. Chi e come decide in sanità?**
- 2. Esempi di non-decisione in sanità**
- 3. Ricominciamo a decidere in sanità in modo responsabile**
- 4. Tentativi di decisione responsabile in Lombardia**
- 5. Ruolo transdisciplinare dei farmacisti nelle decisioni responsabili**
- 6. Questioni aperte**

1. Chi e come decide in sanità?

Mondo delle
DECISIONI

Identificare il Valore

Mondo delle
EVIDENZE

Coltivare informazione sulla salute



Tensioni

Decidono i comitati: come?

Development

Growth Phase

Mature Phase

EMA, NB

Agenzie nazionali

Regioni, Ospedali

Amount of information processes

AIC, CE

Prezzi, rimborso

Acquisto, distribuzione, prescrizione

Autorizzazioni mai comparative!
Relative Effectiveness?

Rimborsi condizionali, liste equivalenza, competizione

- 1) Controllo sprechi ...
- 2) Riallocazione delle risorse?
 - Nel medesimo programma
 - Tra programmi differenti

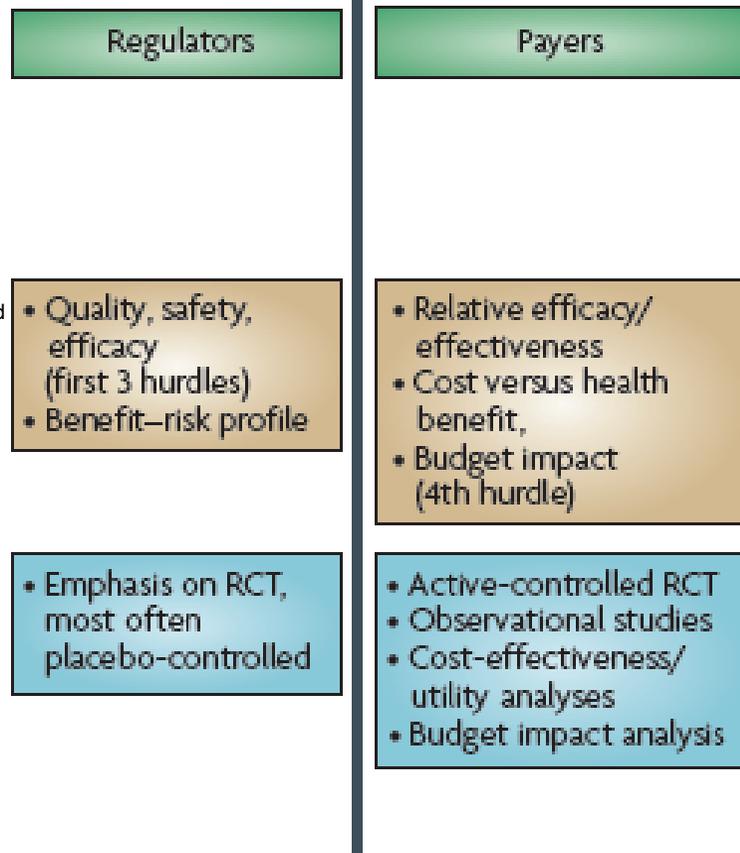
Quali valori e criteri vengono considerati quando i comitati operano le rispettive decisioni? I processi decisionali sono legittimi?

Identificare il Valore

Relative efficacy of drugs: an emerging issue between regulatory agencies and third-party payers

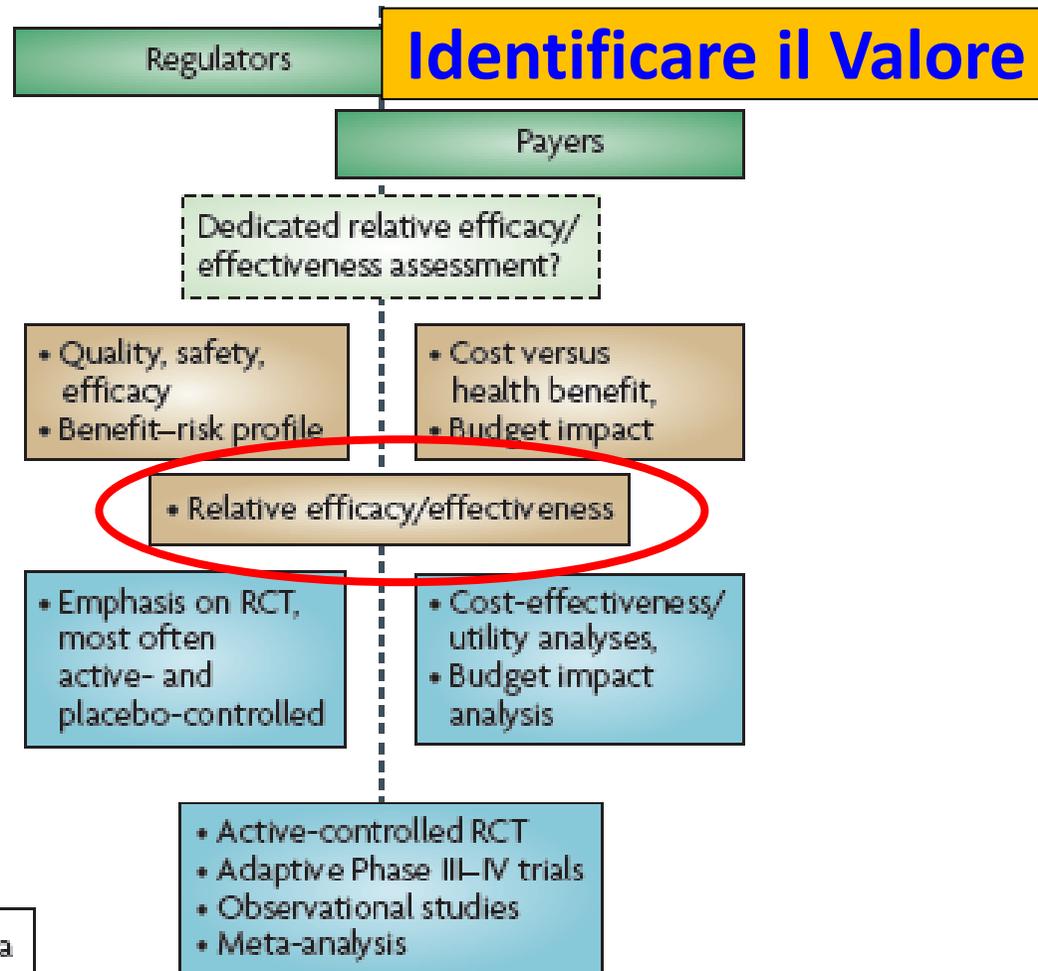
Current paradigm

MA



Future paradigm?

MA



[European Medicines Agency and EUnetHTA Joint Action start collaboration on European Public Assessment Report \(EPAR\) contribution to relative effectiveness assessments](#)

1. Chi e come decide in sanità?
- 2. Esempi di non-decisione in sanità**
3. Come riprendere a decidere in sanità in modo responsabile
4. Tentativi di decisione responsabile in Lombardia
5. Ruolo transdisciplinare dei farmacisti nelle decisioni responsabili
6. Questioni aperte

Non-decisione in sanità

Valore per il cittadino:

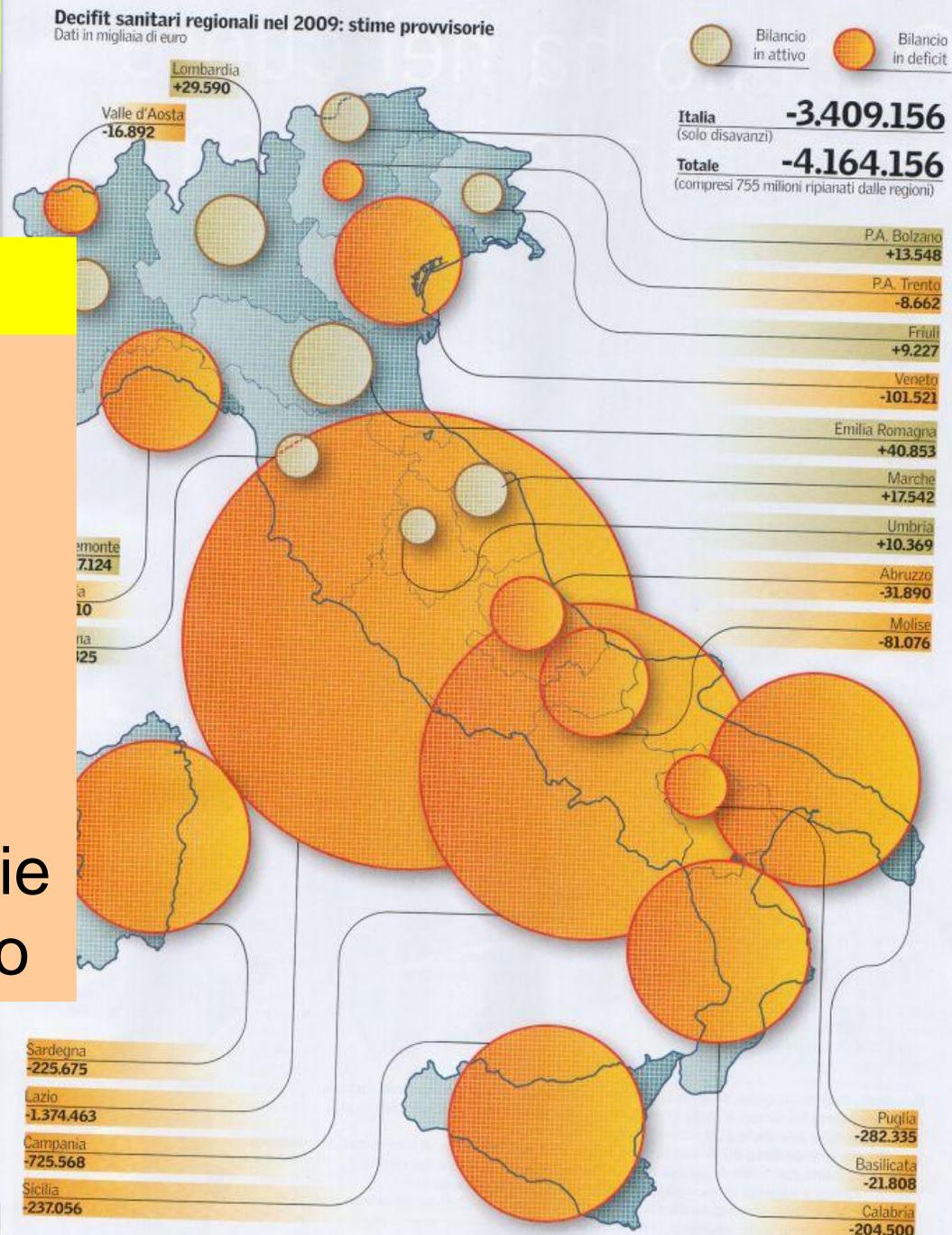
Ritorno in termini di salute atteso dai cittadini (azionisti del SSN)

quando il SSN investe nel rimborso di una tecnologia

piuttosto che

in un paniere di altre tecnologie paragonabili per valore clinico

Dove e come disinvestire le pretese di valore?



A lezione dai maestri di costo-opportunità'

Costo di R&D di un farmaco: **802 milioni USD**

Joseph Di Masi et al, Tufts Center for the Study of Drug Development, 2001

Spese sostenute per ricerca e sviluppo di un nuovo farmaco: **403 milioni USD**

Tassazione media industria del farmaco USA anni '90 = 16.2% (altri: 27.3%)

Spese per R&D al netto delle tasse = **266 milioni USD**

Costo-opportunità = ritorno atteso dagli azionisti quando investono nella R&D di un farmaco piuttosto che in un paniere di prodotti finanziari di medesimo livello di rischio = **399 milioni USD**

Quale è la natura di una azienda farmaceutica?

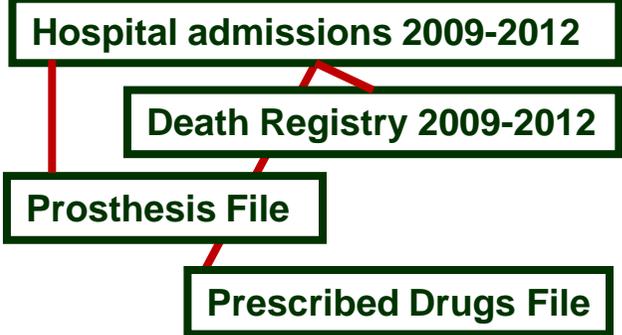
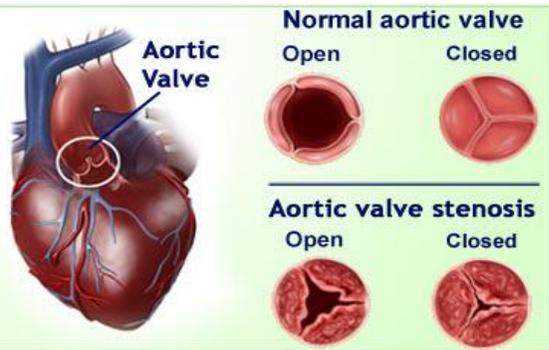
Produzione di farmaci? Opportunità di investimento?

**Sfida della salute:
disinvestire le pretese di valore**

Esempi di non-decisione in sanità

TAVI (Transvascular Aortic Valve Implant) for severe, symptomatic, inoperable / high-risk aortic stenosis

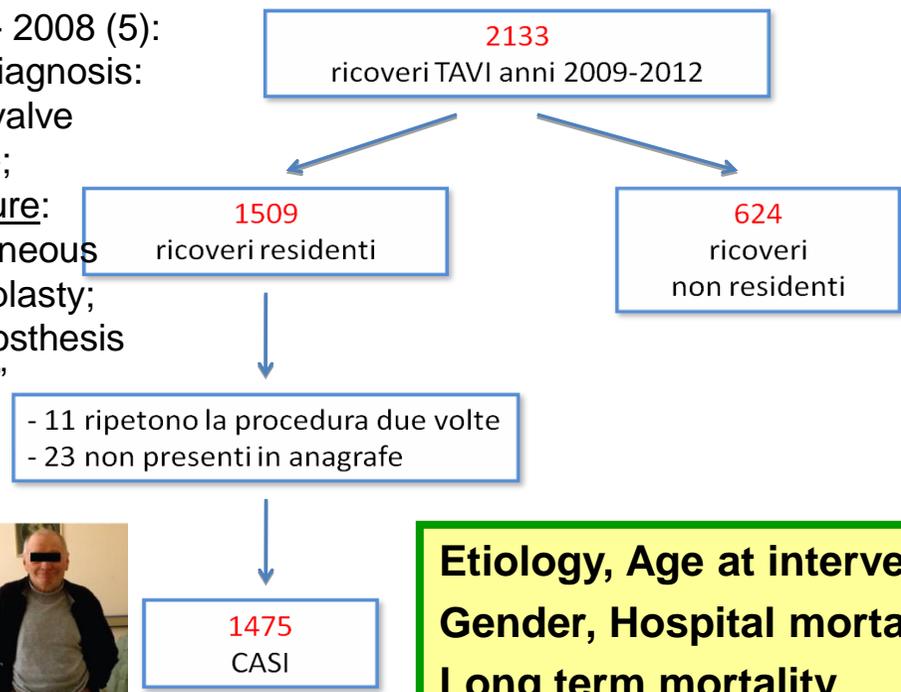
Revision of Reimbursement and Hospital authorization Decisions



Comorbidity Score with data from 10 previous years hospital admissions:
 > 1 **"Fragile patient"**
 <= 1 **"Robust patient"**



Law VIII/7612- July, 11- 2008 (5):
 "main diagnosis: heart valve disease;
 procedure: percutaneous valvuloplasty; endoprosthesis registry"



Etiology, Age at intervention
Gender, Hospital mortality
Long term mortality
Comparison with UK registry
Cost-effectiveness draft analysis

Esempi di non-decisione in sanità

Total	2237	7125	1475	10837
	20.64	65.75	13.61	

Multidimensional impact estimate - Retrospective analysis of real world data

Open-heart cardiac surgery

TAVI (interventional cardiology)

Only drugs for heart failure

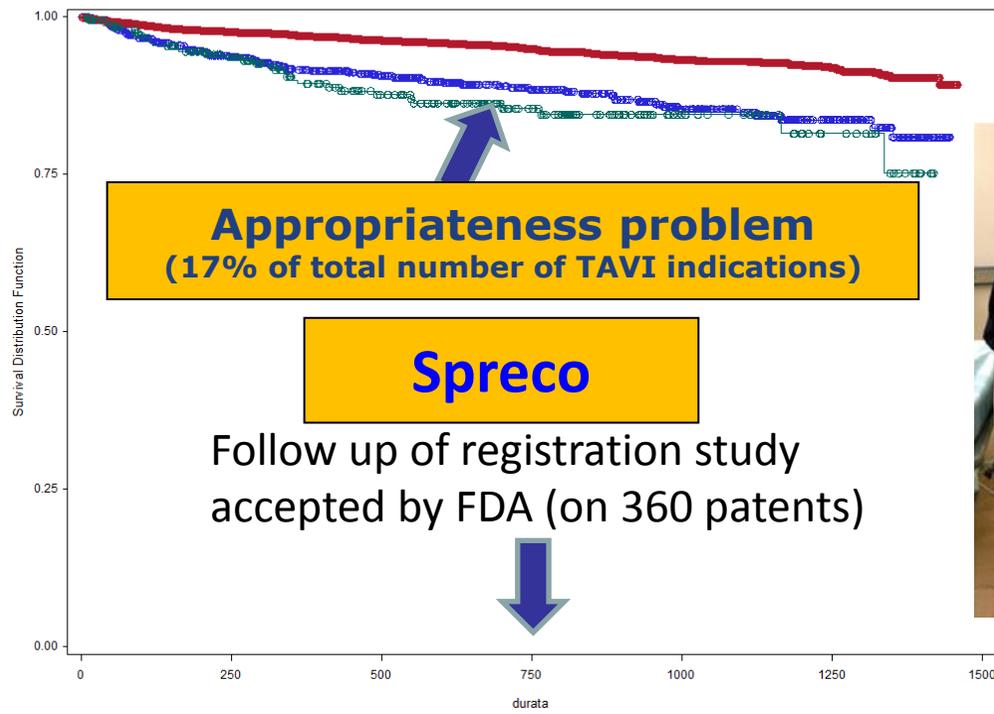
5.807 patients
(all interventions)

Comorbidity Score ≤ 1
"Robust patient"

1.536 patients
(all interventions)

eta ≤ 80 e combinedscore ≤ 1

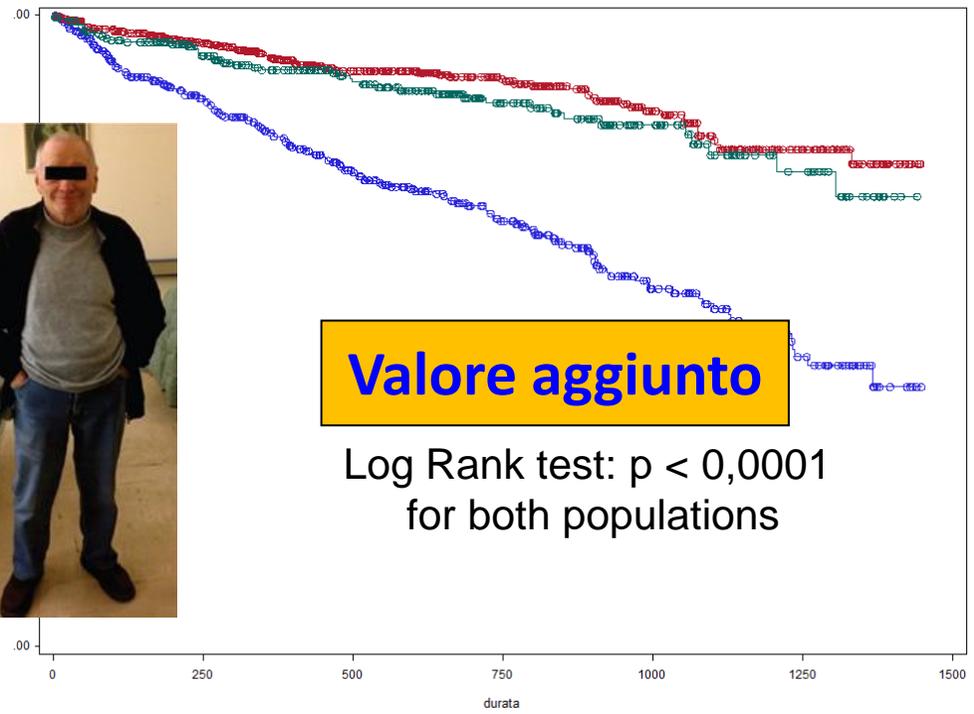
eta > 80 e combinedscore ≤ 1



Appropriateness problem
(17% of total number of TAVI indications)

Spreco

Follow up of registration study accepted by FDA (on 360 patents)



Valore aggiunto

Log Rank test: $p < 0,0001$
for both populations

Esempi di non-decisione in sanità

Total	2237	7125	1475	10837
	20.64	65.75	13.61	

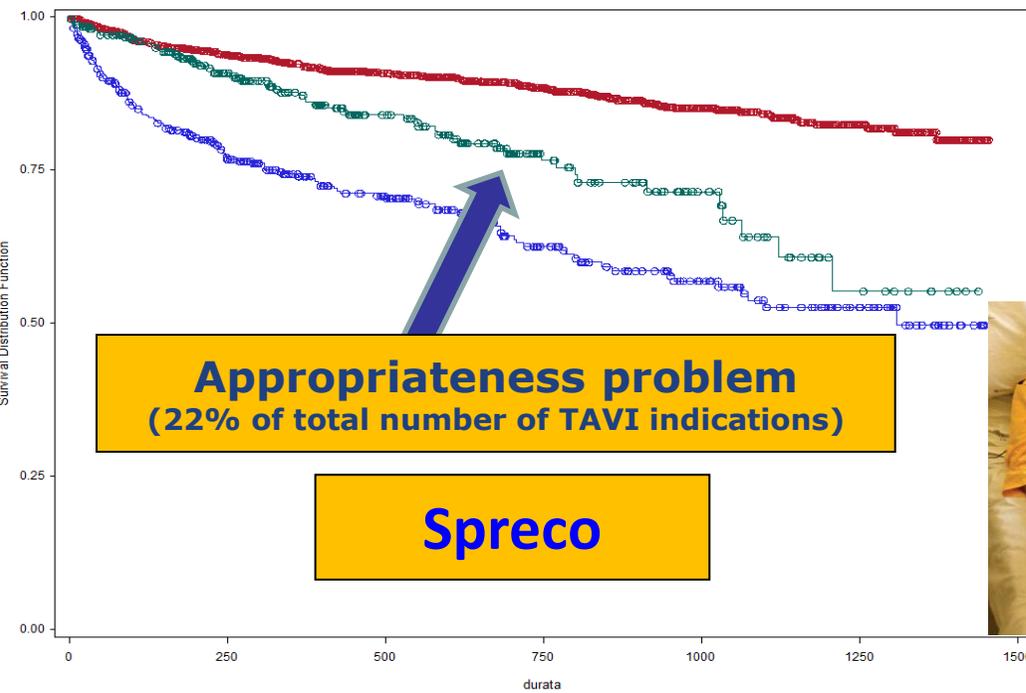
Multidimensional impact estimate - Retrospective analysis of real world data

- Open-heart cardiac surgery
- TAVI (interventional cardiology)
- Only drugs for heart failure

Comorbidity Score > 1
"Fragile patient"

2.129 patients
(all interventions)
eta <=80 e combinedscore >1

1.365 patients
(all interventions)
eta >80 e combinedscore >1



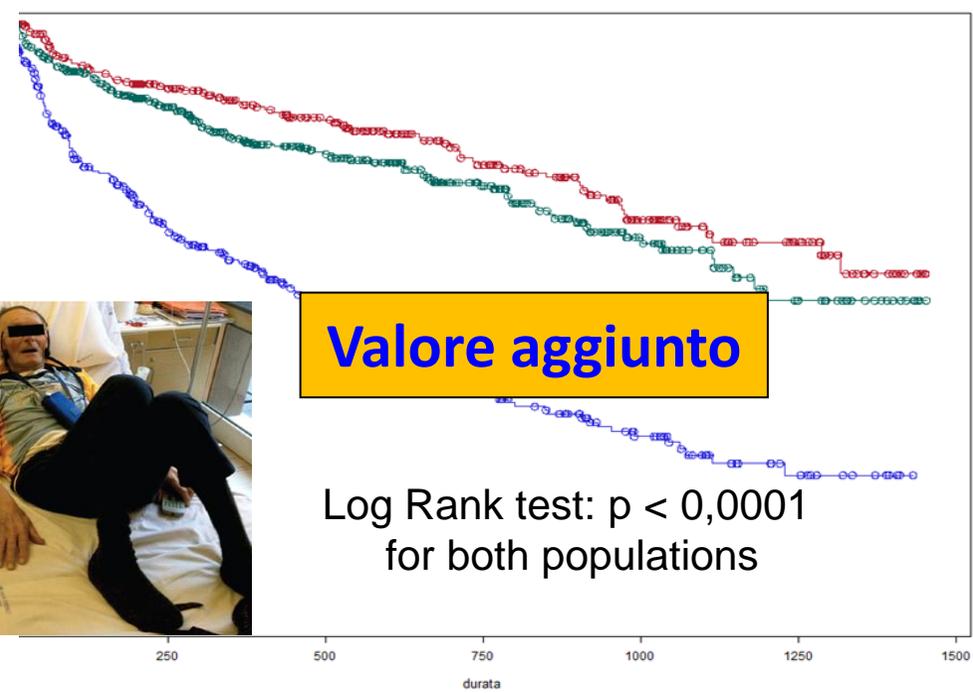
Appropriateness problem
(22% of total number of TAVI indications)

Spreco



Valore aggiunto

Log Rank test: $p < 0,0001$
for both populations



COSTO-OPPORTUNITÀ e PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE **Quali sono le più efficaci strategie di prevenzione?** **Quali miglioramenti sarebbero possibili, e a quale costo?**

The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease

American Diabetes Association, American Heart Association (Diabetes Care, Circulation)

Analisi su 48 studi clinici controllati

Kahn R, Robertson, RM, Smith R, Eddy D: The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease. Circulation. 2008; 118: 576-585

Un anno di vita in buona salute può essere ottenuto con una delle seguenti 3 strategie, applicate per 30 anni:

n°1 (aspirina), al costo di **3.000 dollari** USA (USD)

n°9 (trattamento farmacologico del prediabete),

al costo di **18.000 dollari**

n°2 (trattamento farmacologico del basso rischio CV),

al costo di **272.000 dollari**

AIFA
Nota 13

Sfida della salute: disinvestire le pretese di valore



ONLINE FIRST | LESS IS MORE

“Top 5” Lists Top \$5 Billion

4. Use only generic statins when initiating lipid-lowering drug therapy

- All statins are effective in decreasing mortality, heart attacks, and strokes when does is titrated to effect appropriate LDL cholesterol reduction
- Switch to more expensive brand-name statins (atorvastatin [Lipitor] or rosuvastatin [Crestor]) only if generic statins cause clinical reactions or do not achieve LDL cholesterol goals

Sources: CURVES¹² and MERCURY¹³ trials and metaanalyses

ONLINE FIRST | LESS IS MORE

The “Top 5” Lists in Primary Care

Meeting the Responsibility of Professionalism

Arch Intern Med. 2011;171(15):1385-1390.

Table. Prevalence of Good Stewardship Working Group “Top 5” Activities in US Ambulatory Care, 2009

Primary Care Activity	Inappropriate Activity Definition	Eligible Visit Definition	Exclusions	Eligible Visits, No. Weighted	Eligible Visits With Inappropriate Activity, % (95% CI) ^a	Direct Costs, \$ (95% CI)
Routine laboratory studies	CBC ordered or performed	Visits by adults older than 18 y who present for GME	None	4 186 261	56.0 (40.8-70.2)	32 679 628 (23 926 156-40 849 535)
Antibiotics for children with pharyngitis	Antibiotics prescribed	Visits by children younger than 18 y who present with pharyngitis	Strep pharyngitis, fever	10 907 680	40.9 (33.4-48.9)	116 365 312 (93 659 885-139 070 739)
Expensive brand-name statins on initiating lipid-lowering therapy	Atorvastatin or rosuvastatin prescribed	Visits by adults who are prescribed a statin as a new medication	None	13 462 214	34.6 (26.2-44.1)	5 817 251 527 (4 321 386 849-7 313 116 205)
Total cost	Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. “Top 5” Lists Top \$5 Billion. Arch Intern Med. 2011;171(20):1858-1859					6 757 327 419 (5 041 280 970-9 143 793 597)



NOTA 13 versione 2014: DI MALE IN PEGGIO

Ipolipemizzanti per anziani «alto rischio», ancora soglie di LDL-C

- 1) Il termine usato (“farmaci ipolipemizzanti”) non impedisce l’uso della ezetimibe
- 2) I farmaci per la prevenzione cardiovascolare nell’anziano non hanno prove
- 3) La soglia di rischio è aleatoria (mancano strumenti di calcolo oltre i 65 anni)

Le linee guida ESC-EAS, la teoria delle soglie e il conflitto d’interessi

18 autori, 35 revisori, e 20 componenti del comitato Linee Guida ESC (73 persone: solo 7 senza relazioni con l’industria. *Il 90% delle persone coinvolte nella stesura di queste linee guida europee ha ricevuto fondi personali o istituzionali o di ricerca da numerose industrie del settore.*

NICE 2014: no target, solo -40% non-HDL-Col, QRISK2 (tranne diabetici I e IRC), priorità a statine attive nell’abbassare morbilità e mortalità cardiovascolare

Uso inappropriato delle statine

PREVENZIONE PRIMARIA vs PREVENZIONE SECONDARIA

- ✓ 43% dei pazienti ad alto rischio CV (pregresso evento) NON trattati
- ✓ 78% dei pazienti senza fattori di rischio CV trattati
(in giovane età, iniziano la terapia e mostrano un uso occasionale)

STATINE AD ALTA POTENZA vs STATINE A BASSA POTENZA

- ✓ 33% dei pazienti ad alto rischio CV trattati con statine a bassa potenza
- ✓ 63% dei pazienti a basso rischio CV trattati con statine ad alta potenza

ADERENZA AL TRATTAMENTO

- ✓ 52% dei pazienti poco aderente alla terapia, soprattutto tra i giovani, nuovi al trattamento, in prevenzione primaria

1. Chi e come decide in sanità?
2. Esempi di non-decisione in sanità
- 3. Come riprendere a decidere in sanità in modo responsabile**
4. Tentativi di decisione responsabile in Lombardia
5. Ruolo transdisciplinare dei farmacisti nelle decisioni responsabili
6. Questioni aperte

Clinica di alto valore: pochi danni, buoni benefici, bassi costi

Simvastatina alla maggior dose tollerata in pazienti a medio rischio
Atorvastatina dopo un IMA, per anni (molti)

Curare la gente e non il colesterolo

Obiettivo di HbA1c tra 7 e 8,5%

Clinica di basso valore: qualche danno (evitabile) in più, benefici nulli o dubbi, alti costi

Ezetimibe-Simvastatina illudendo il paziente che assieme al colesterolo scenda il rischio

Obiettivo di HbA1c < 7% senza alcuna speranza di ridurre mortalità, eventi cardiaci o renali o microvascolari ma aumentando un po' il rischio di ipoglicemia severa, aumento di peso, dispnea.

Wilt T, Qaseem: Implementing High-Value, Cost-Conscious Diabetes mellitus Care Through the Use of Low-Cost Medications and Less-Intensive Glycemic Control Target. Arch Intern Med 2012; 172(20):1610-11.

Pensare e strutturare il processo decisionale (Yoe 2002)

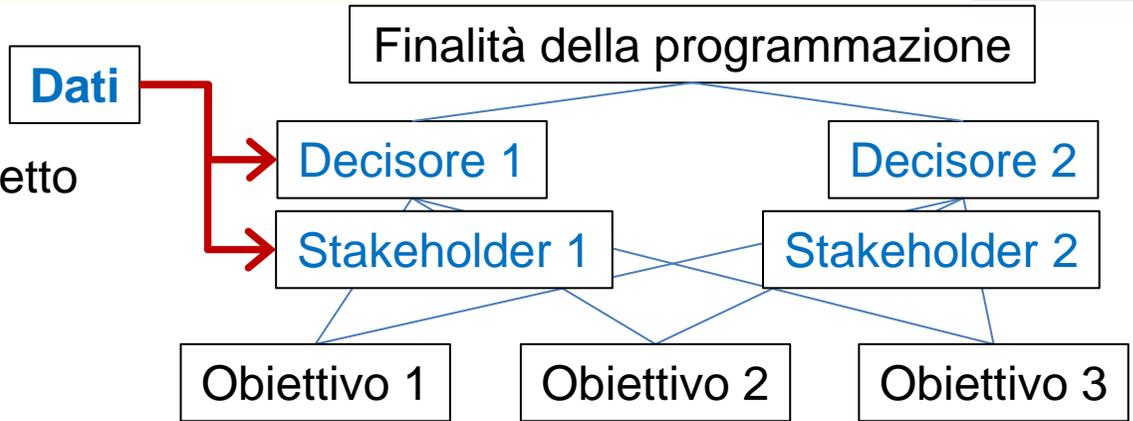
1. Definire in modo chiaro il **problema** e gli **obiettivi**
2. Elencare e descrivere (schede HTA) le **alternative**
3. Definire **criteri** adeguati per misurare l'effetto delle alternative
4. Progettare ed eseguire raccolte di **dati** (analisi HTA) per valutare l'impatto delle alternative riguardo a ciascun criterio
5. Preparare una **matrice decisionale** delle alternative per i criteri
6. Determinare **pesi** appropriati per ciascun criterio
7. Attribuire **punteggi** per classificare le alternative (condividere con i portatori di interesse)



Così i decisori possono prendere decisioni tenendo conto del contributo (divergente) dei portatori di interesse e secondo un metodo fondato su dati e su giudizi motivati

Ricominciare a decidere in sanità in modo responsabile

La Matrice Decisionale consente di classificare il **valore relativo** di un insieme di tecnologie alternative rispetto ad un insieme di criteri valutativi



Criterio:
standard di giudizio o regola per verificare la credibilità di una decisione; include obiettivi e attributi

Analisi di sensibilità:
variando
a) **Pesi, Dati;**
b) **Decisori;**
o **Stakeholder**

14 CRITERI UNIVERSALI	ATTRIBUTO 1	ATTRIBUTO 2	ATTRIBUTO 3	ATTRIBUTO 4		PUNTI
<i>Peso relativo</i>	0,3	0,4	0,1	0,2		$\Sigma = 1)$
Tecnologia 1	4	1	2	0		2,9
Tecnologia 2	3	3	3	1		3,6
Tecnologia 3	1	3	2	4		3,4

Uno strumento analitico a bassa intensità computazionale

Modified, from: Peacock S: HTA, MCDA and resource allocation. Presentation to ARRC 2013

Modello di ADCM classificatorio (*outranking*)

$$WBS_j = \sum_{i=1}^n w_i s_{ij}$$

$i = 1, \dots, n$ **criteri**

$w_i =$ **pesi** dei criteri

$j =$ le tecnologie **alternative**

$s_{ij} =$ **punteggi** delle alternative per ciascun criterio

WBS_j = Somma Pesata del Punteggio complessivo per ciascuna alternative (misura riassuntiva)

Gerarchia assoluta dei pesi:
i criteri sono elencati in ordine di importanza percepita dai decisori:

$$c_1 > c_2 > c_3 > \dots > c_i$$

Si assume che i pesi non siano negativi e assommino a 1

1. Chi e come decide in sanità?
2. Esempi di non-decisione in sanità
3. Come riprendere a decidere in sanità in modo responsabile
- 4. Tentativi di decisione responsabile in Lombardia**
5. Ruolo transdisciplinare dei farmacisti nelle decisioni responsabili
6. Questioni aperte

Prodotti

Esperti

Risposte Rapide

Rapporti Sintetici

Rapporti Completi

Contestualizzazione di rapporti HTA di terzi (main business)
Rapporti HTA originali HTA reports (pochi)

Nuclei regionali

Analisi Decisionale a 9 Dimensioni, a 20 Criteri

Tecnologie emergenti: **Analisi Decisionale a Dimensioni Multiple** (ADDM)
Tecnologie diffuse: **Analisi Decisionali a Criteri Multipli** (ADCM)

Ricadute **HTA aziendale** (DGR 1185/2013), **Formazione, Informazione**

Relazioni con:

- 1) Rete europea di HTA **EUnetHTA**
- 2) Collaborazione internazionale **EVIDEM**
- 3) Rete italiana di HTA **AGENAS** Ministero Salute
- 4) **Policy Forum SIHTA** (Società Italiana di HTA)
- 5) Alcuni dipartimenti universitari



Estensione del metodo deliberativo

Tecnologie
Emergenti

9 dimensioni



eunethta

20 criteri

Tecnologie
Diffuse

5 UNIVERSALI

Rilevanza del problema: gravità della malattia, dimensioni della popolazione, obiettivi sanitari di ordine generale

Rilevanza della tecnologia: completezza e validità delle documentazioni, tipo di servizio sanitario fornito

Sicurezza miglioramento di sicurezza e tollerabilità

Efficacia: miglioramento di efficacia in ricerca (*efficacy*) e clinica (*effectiveness*), miglioramento di esiti riferiti dai pazienti, grado di consenso nelle linee guida e stato regolatorio, problematiche delle alternative

Impatto finanziario: impatto finanziario diretto sul SSN, impatto su altre spese, costo-efficacia,

14 UNIVERSALI

Outranking

4 CONTESTUALI

impatto sulla efficienza dell'offerta (costo-opportunità)

Equità d'accesso alle prestazioni equa opportunità di accesso

Impatto sociale ed etico: impatto sul bisogno, pressione dei portatori di interesse

Impatto organizzativo: capacità del sistema ed uso appropriato della tecnologia

Impatto legale: adesione a requisiti legali

6 CONTESTUALI

Analisi qualitativa

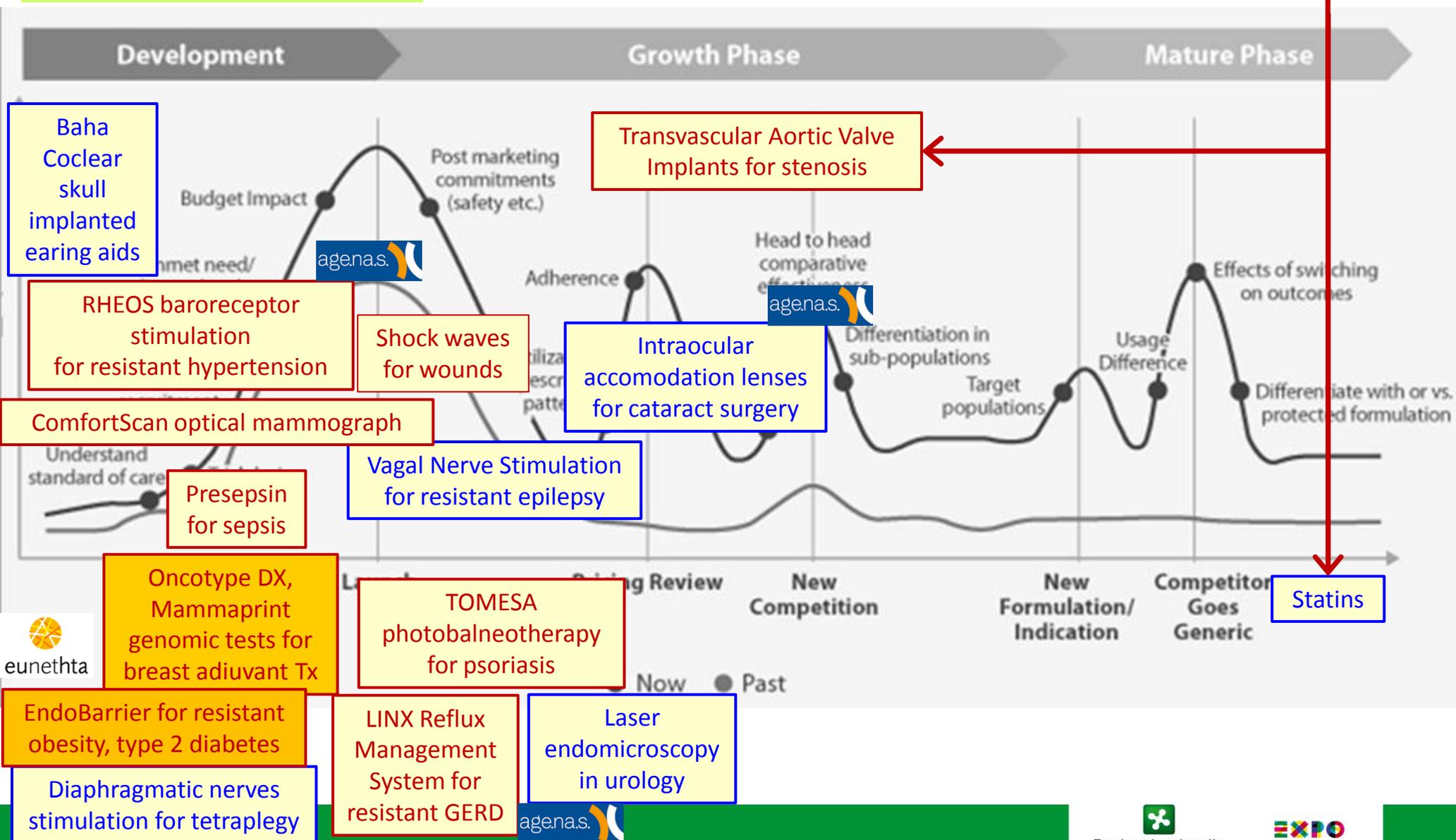


Tentativi di decisione responsabile in Lombardia

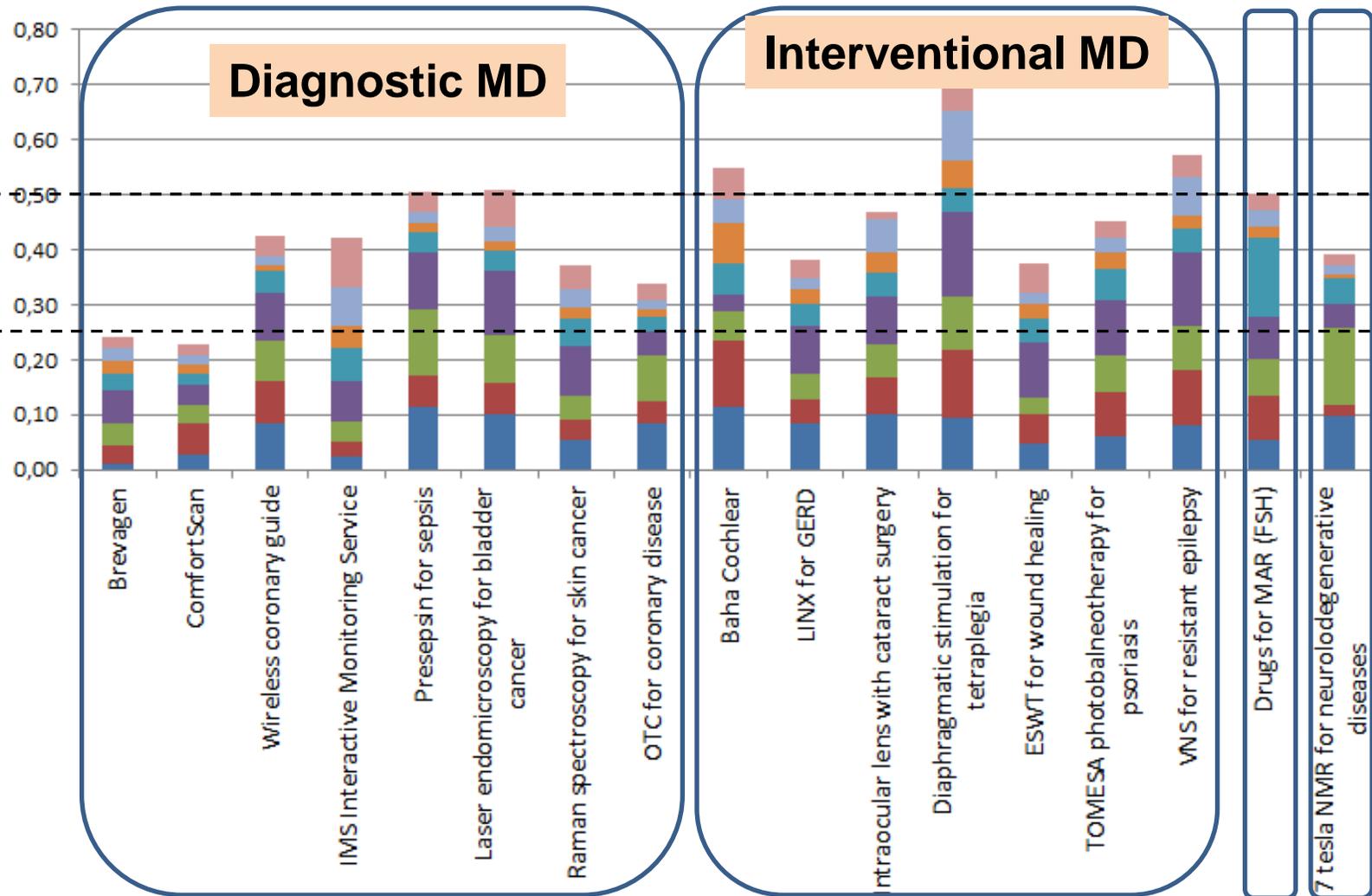
ADDM: tutte le altre

Alcune decisioni 2011-2014: **POSITIVE**, **NEGATIVE**

2 ADCM



Contributi relativi al Valore di 9 Dimensioni valutative per 17 tecnologie sanitarie



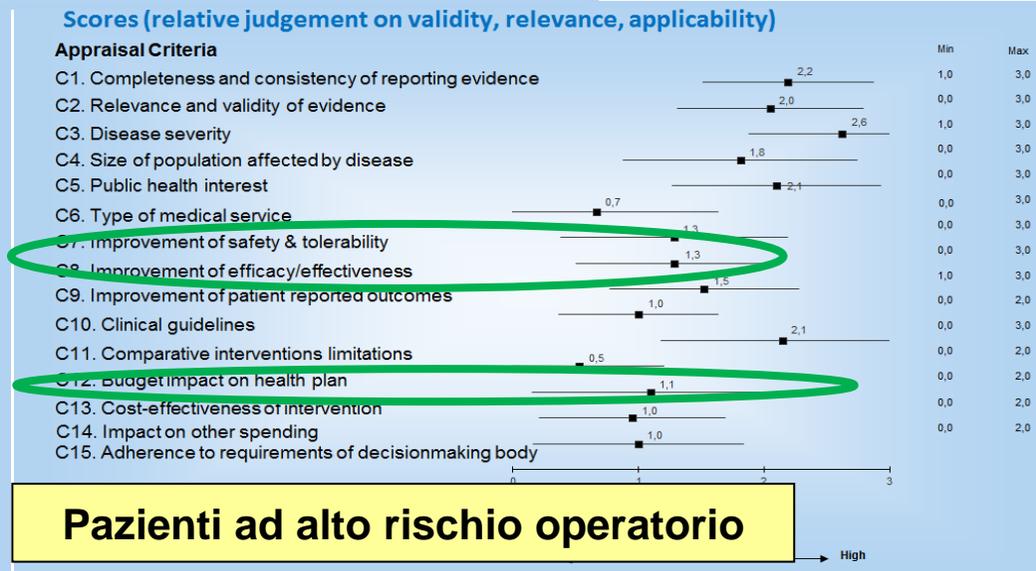
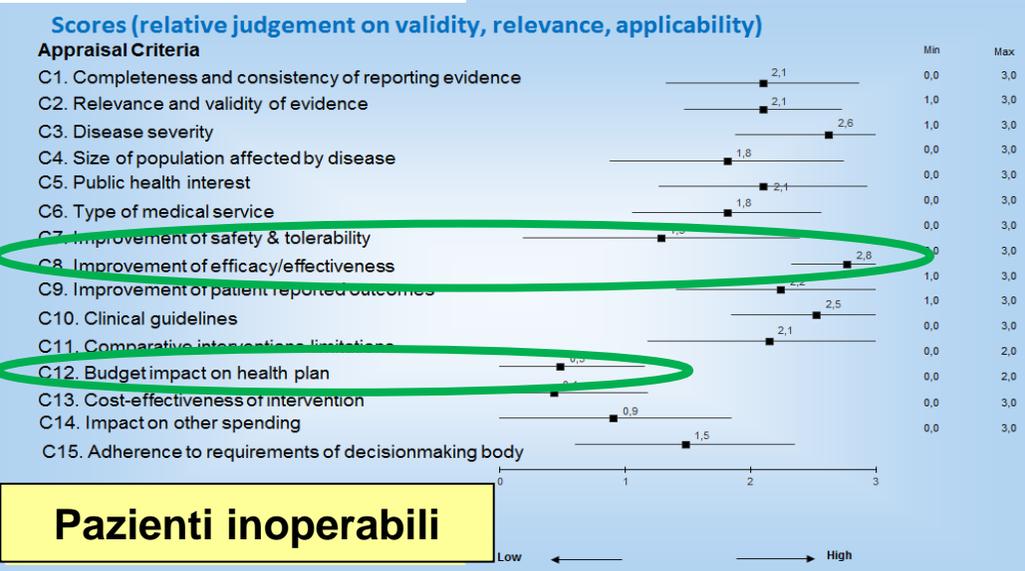
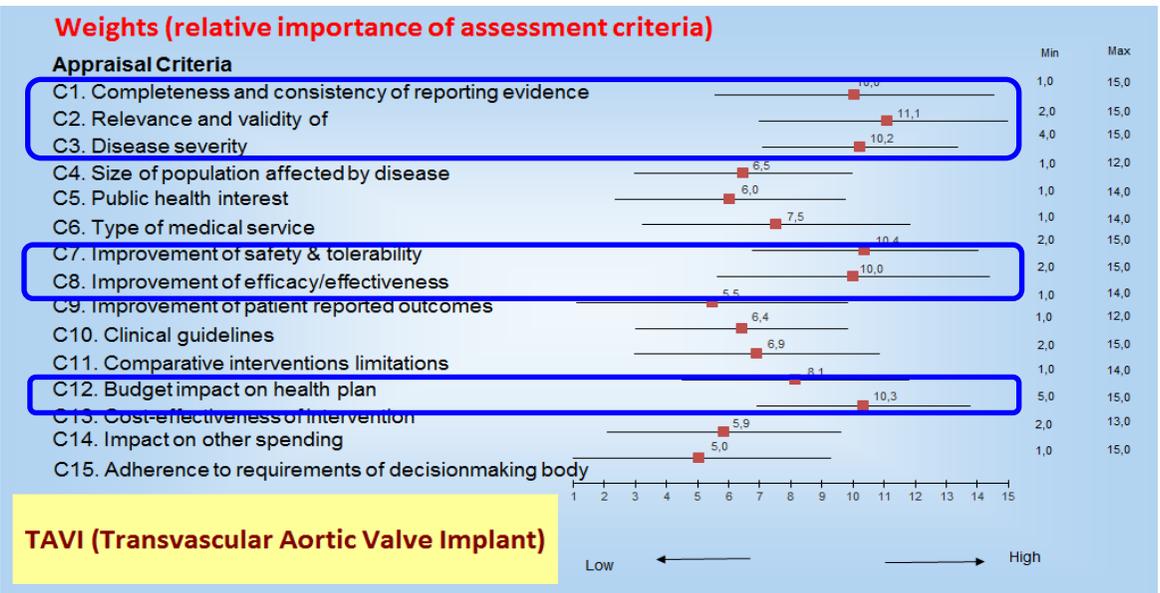
- D1 - Rilevanza tecnica
- D2 - Sicurezza
- D3 - Efficacia nella ricerca (efficacy)
- D4 - Efficacia nella pratica (effectiveness)
- D5 - Impatto economico e finanziario
- D6 - Equità
- D7 - Impatto sociale ed etico
- D8 - Impatto organizzativo

Drug **Radiology**

TAVI (Transvascular Aortic Valve Implant) for severe, symptomatic, inoperable / high-risk aortic stenosis

Appropriateness Index - Qualitative judgment - Comments - Reasons for regional act

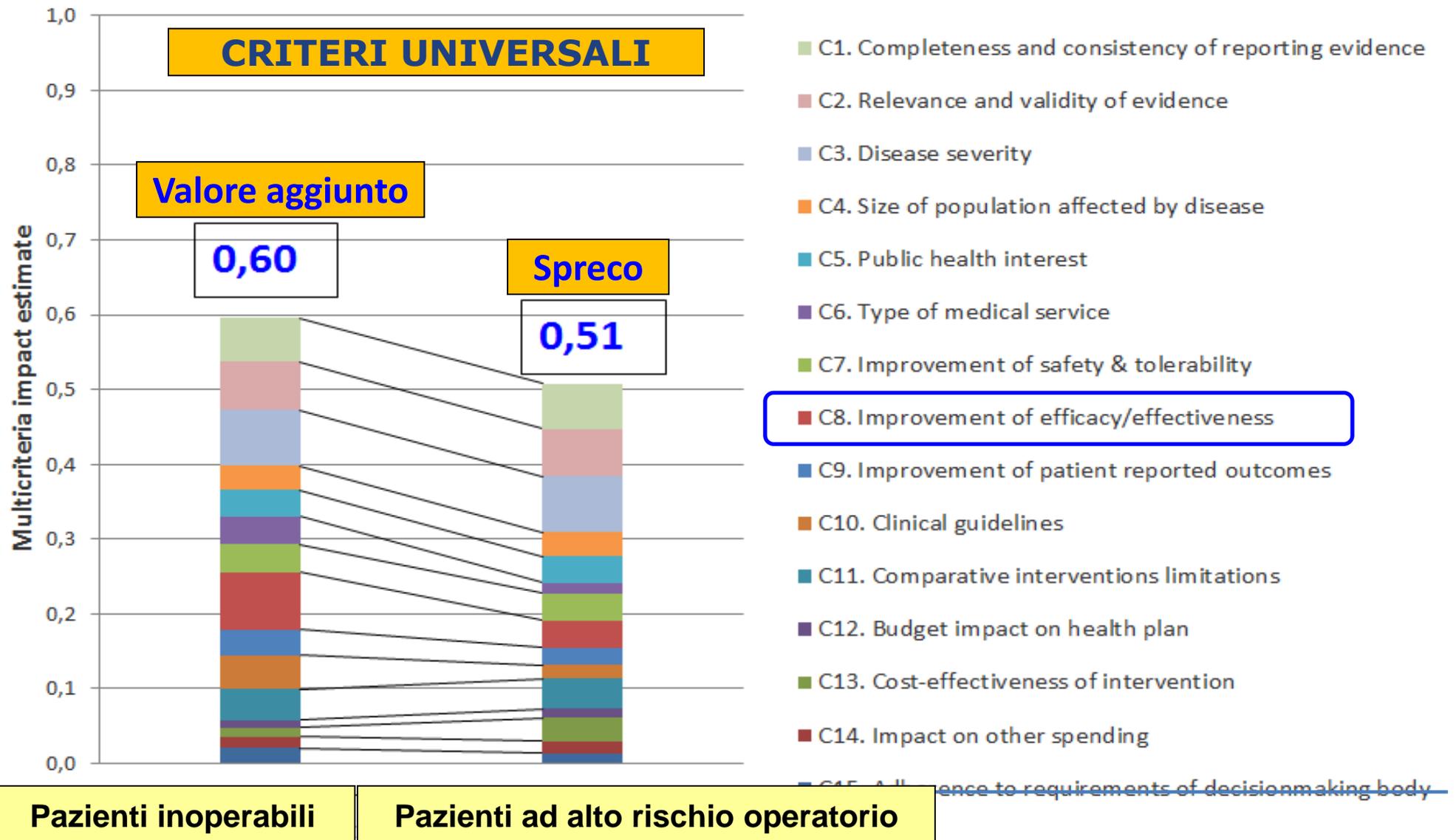
CRITERI UNIVERSALI



TAVI (Transvascular Aortic Valve Implant) for severe, symptomatic, inoperable / high-risk aortic stenosis

Appropriateness Index - Qualitative judgment - Comments - Reasons for regional act

TAVI - Value Estimate for Appropriate Use within the NHS



TAVI (Transvascular Aortic Valve Implant) for severe, symptomatic, inoperable / high-risk aortic stenosis

Appropriateness Index - Qualitative judgment - Comments - Reasons for regional act

Pazienti inoperabili

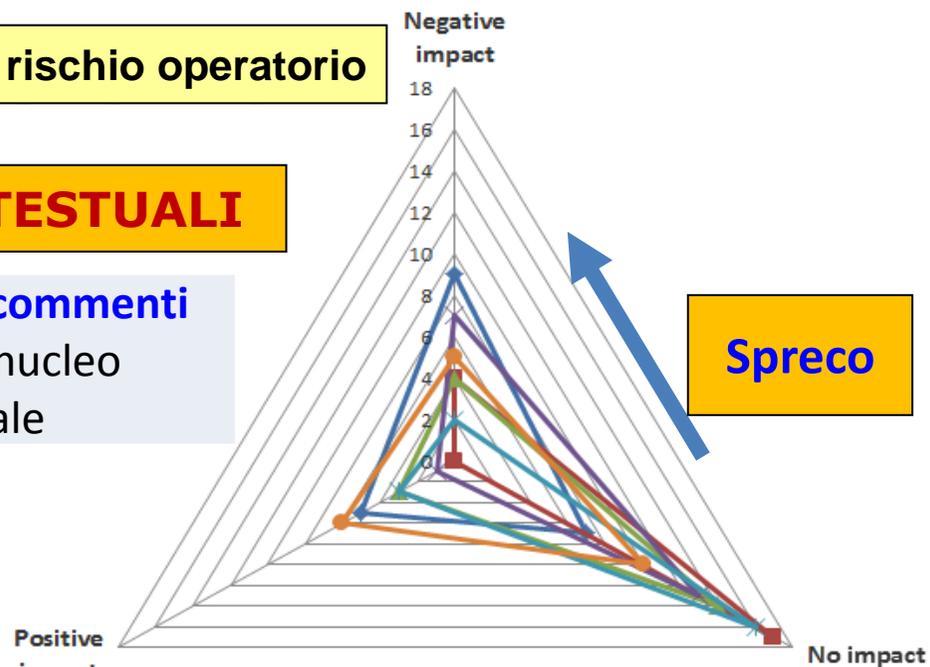
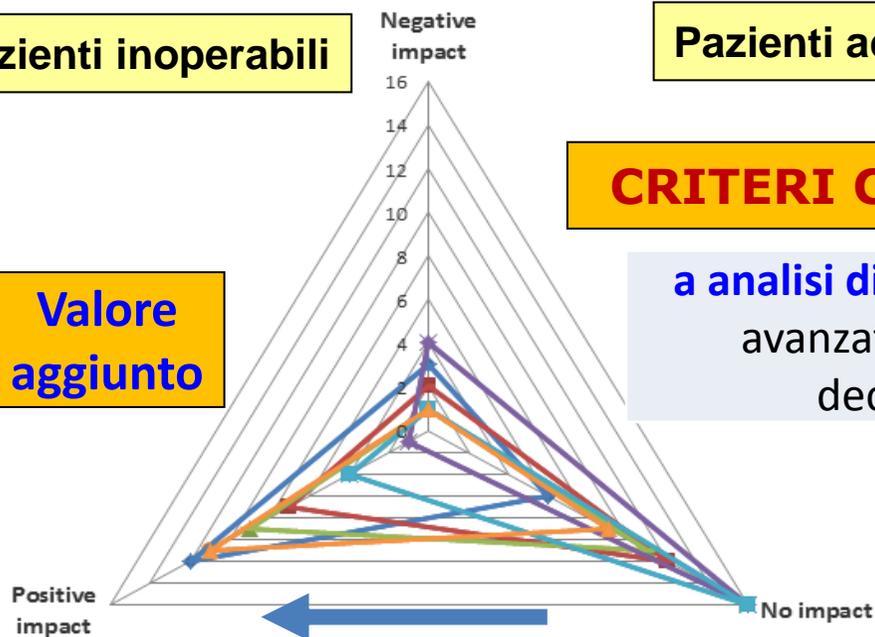
Pazienti ad alto rischio operatorio

CRITERI CONTESTUALI

a analisi di 504 commenti
avanzati dal nucleo
decisionale

Valore
aggiunto

Spreco



Impatto finanziario: impatto sulla efficienza dell'offerta (costo-opportunità)

Equità d'accesso alle prestazioni equa opportunità di accesso

Impatto sociale ed etico: impatto sul bisogno, pressione dei portatori di interesse

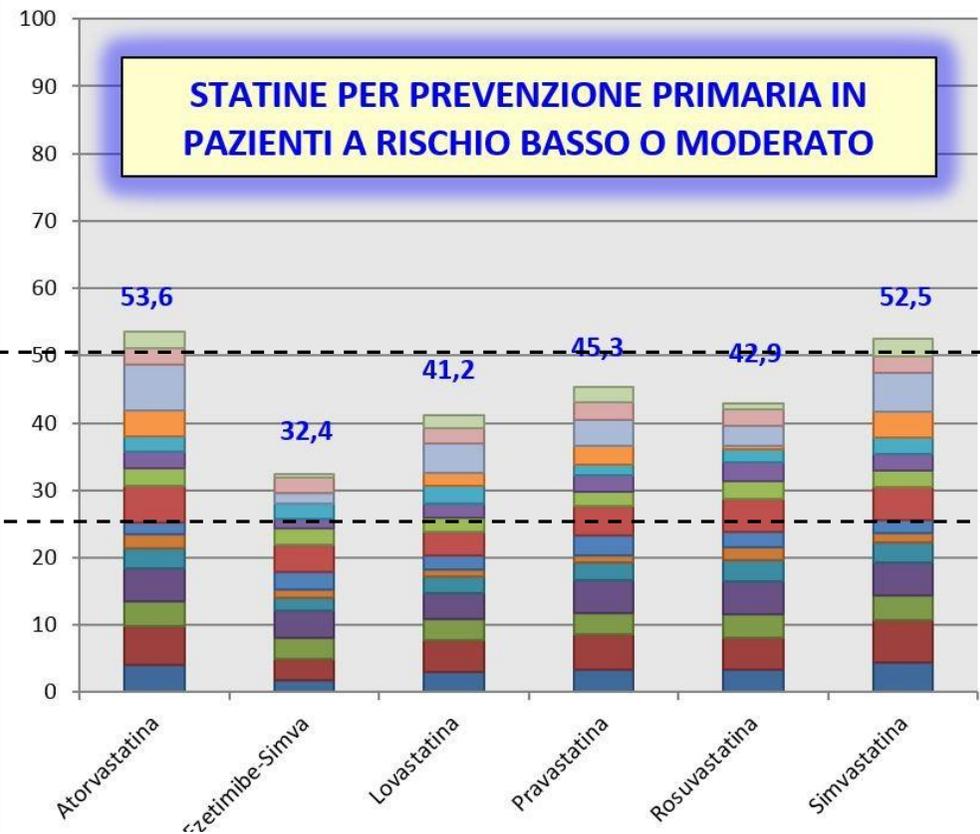
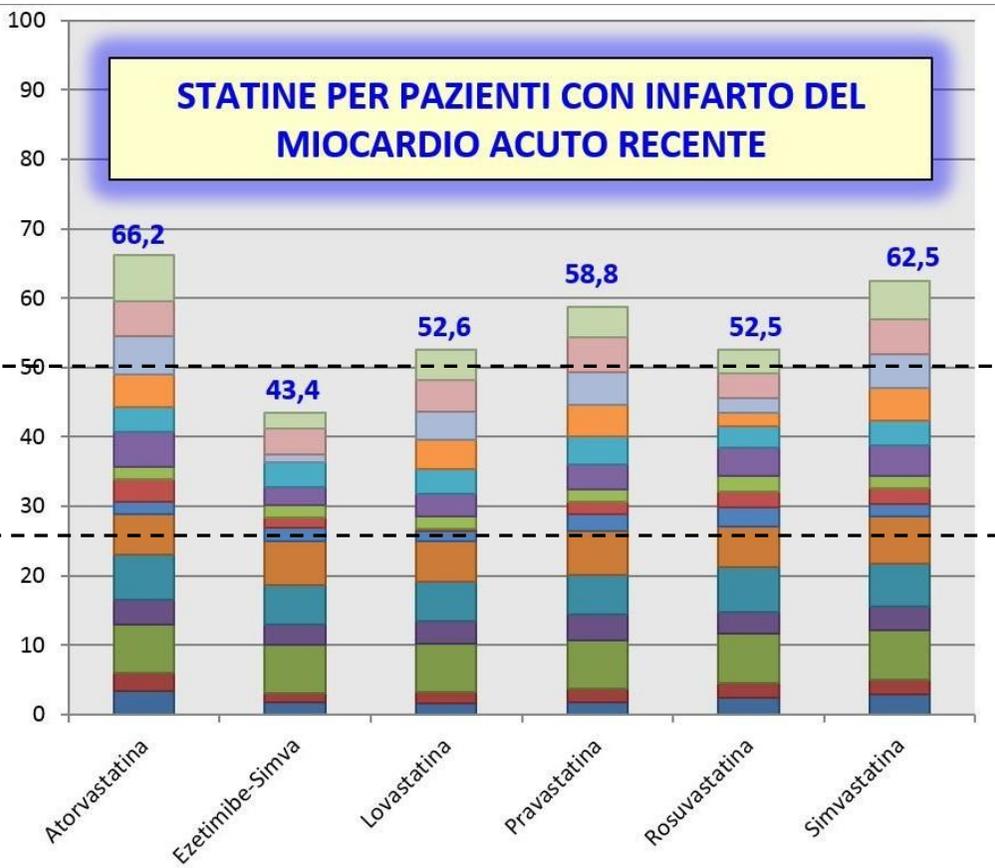
Impatto organizzativo: capacità del sistema ed uso appropriato della tecnologia

Impatto legale: adesione a requisiti legali

Revisione dei criteri di accreditamento dei centri e di rimborso

1. Audit di ciascun caso
2. Criteri stringenti per la autorizzazione dei centri
3. Valutazione di équipe della fragilità e delle comorbidità
4. Registro di patologia con misura dell'esito clinico per la procedura di rimborso condizionale
5. Rimborso condizionale (pay-back se esito non positive a 2 anni)

Tentativi di decisione responsabile in Lombardia



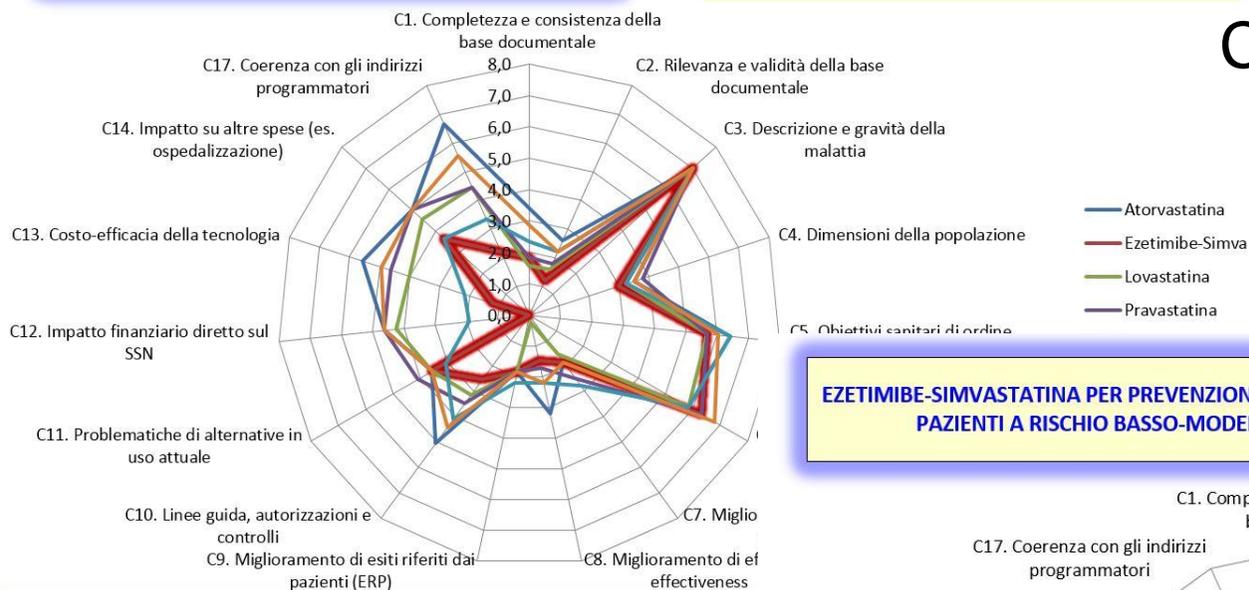
Classificazione di statine costo-opportune

Tentativi di decisione responsabile in Lombardia

EZETIMIBE-SIMVASTATINA PER PAZIENTI CON IMA

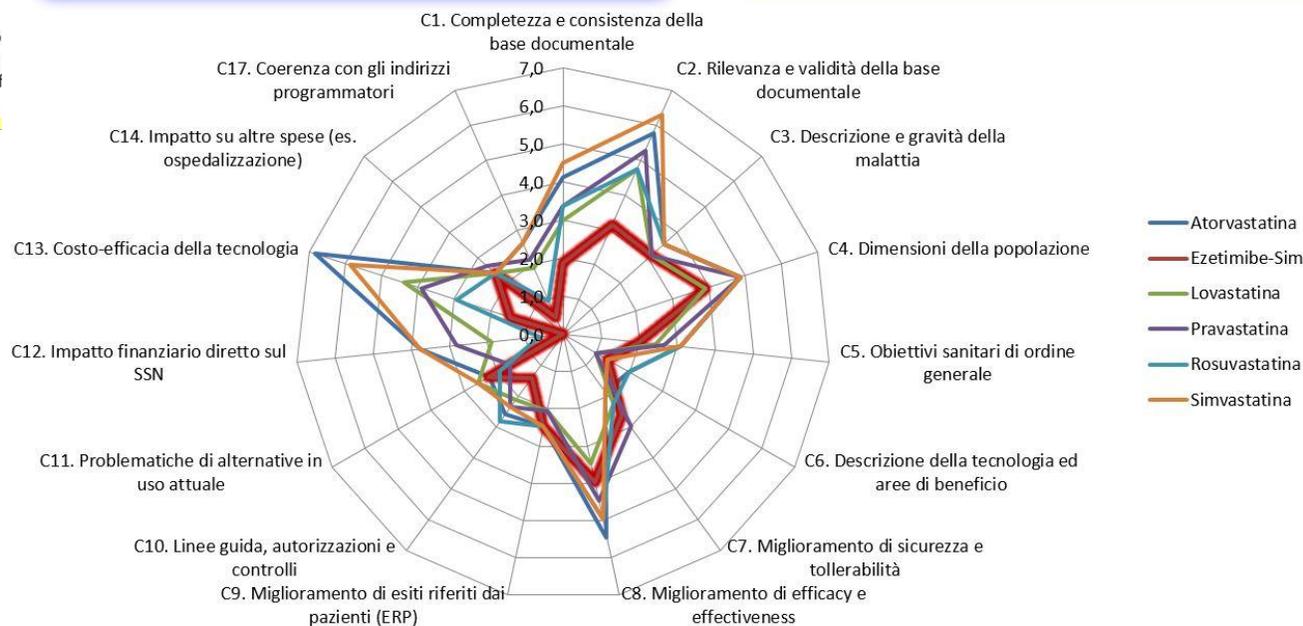
Stima del valore di appropriatezza d'uso
tramite Analisi Decisionale a Criteri Multipli

Contributo di ciascun criterio al valore complessivo di costo-opportunità



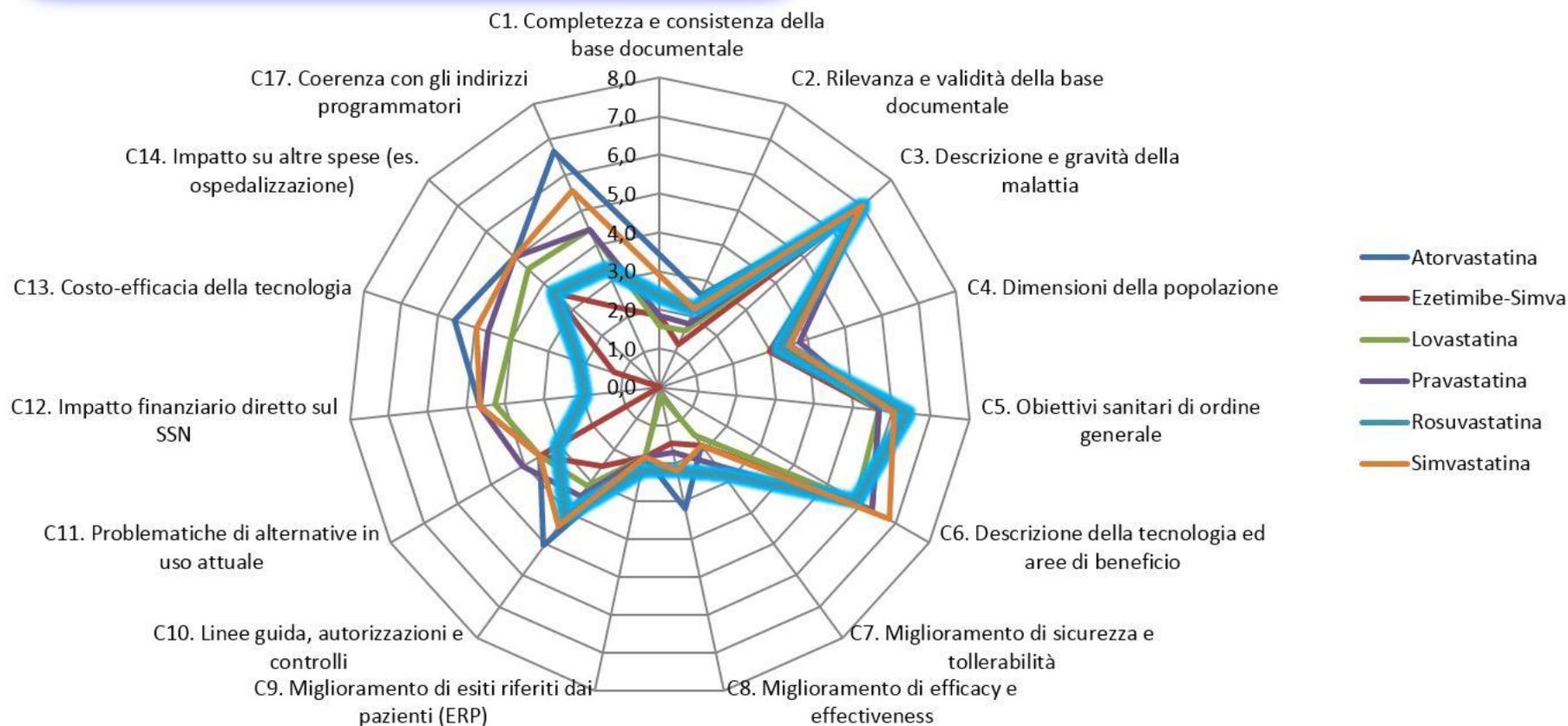
EZETIMIBE-SIMVASTATINA PER PREVENZIONE PRIMARIA IN PAZIENTI A RISCHIO BASSO-MODERATO

Stima del valore di appropriatezza d'uso
tramite Analisi Decisionale a Criteri Multipli



ROSUVASTATINA PER PAZIENTI CON IMA

Stima del valore di appropriatezza d'uso
tramite Analisi Decisionale a Criteri Multipli



1. Chi e come decide in sanità?
2. Esempi di non-decisione in sanità
3. Come riprendere a decidere in sanità in modo responsabile
4. Tentativi di decisione responsabile in Lombardia
- 5. Ruolo transdisciplinare dei farmacisti nelle decisioni responsabili**
6. Questioni aperte

Farmaceutica territoriale ed ospedaliera, farmacovigilanza

Governo e vigilanza dispositivi

Governo continuità assistenziale ospedale-territorio

Farmacia clinica, farmacoepidemiologia, farmacogenetica

Galenica, logistica, sperimentazione

HTA e farmacoeconomia

Analisi Decisionali a Criteri Multipli (non è la commissione PTO!)

ADCM consente di incorporare in modo formale, operabile, positivo e non dispersivo il contributo dei portatori di interesse

Mondo delle
DECISIONI

Identificare il Valore

1. Chi è
2. Esen
3. Com
in m
4. Tent
5. Ruol
nelle



Mondo delle
EVIDENZE

Coltivare informazione sulla salute

6. **Questioni aperte**

MEF: DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA NOTA DI AGGIORNAMENTO 20/09/13 p. 73

The health care system will become more and more selective, with a **redesign of coverages (LEA)** and will **adopt the Health Technology Assessment (HTA)** approach, to identify health care service options that are shown to be more cost-effective and preferred by patients and citizens, in order to **assure, within available resources, the maximum health care value**. **Identifying Value**

This process is in need of a **national direction** as a condition to preserve the unity of NHS and to assure equitable access to care both among regions, that is without distinction of residency of the citizen, and among different population subgroups, that is without reference to individual socio-economic conditions (p.73)

Financial stability law for NHS: «Patto salute» 2014-2016

<http://www.regioni.it/it/show-2539/newsletter.php?id=2032&art=12784>

Chapter 23 – Drugs

Chapter 24 – Medical devices

Chapter 25 – Update of coding system for reimbursement of prosthesis

Chapter 26 – **Institutional model for HTA of medical devices**

Chapter 27 – **National assessment of drugs according to HTA methods**

Financial stability law for NHS: «Patto salute» 2014-2016

Chapter 26 – Institutional model for HTA of Medical Devices (m.d.)

- To support **selection of m.d. according to value added to the system**
- Directive 2011/24/UE HTA Network
- MoH through AgeNaS and AIFA (devices embedded in drugs) will:
 - Define priorities: **a new committee ("Cabina di regia")**, **Identifying Value** with stakeholder consultations
 - Give indications for:
 - **Acquisition procedures** of m.d.
 - Classification of m.d. in **homogeneous categories**
 - Identification of **reference prices**
 - To promote a **National Program for HTA of m.d.** (AgeNaS, network of regions)



eunethta

No additional financial resources, no additional costs for the system



Financial stability law for NHS: «Patto salute» 2014-2016

Chapter 27 - National assessment of drugs according to HTA methods

- AIFA will prepare, for National and Regional MoH, HTA reports for efficient and cost-effective use of drugs in care pathways
- Directive 2011/24/UE HTA Network: support for «Cabina di Regia» at MoH
- **National HTA on drugs** will make available valid, transparent and transferable information on **relative effectiveness** of drugs and on **cost-effectiveness** for clinical practice at market entry and after
- AIFA, strictly collaborating with Regions, coordinates assessment of **local care pathways** to revise drug price and reimbursement **Identifying Value**
- HTA units should be established in every Region

No additional financial resources, no additional costs for the system

Questioni aperte: metodi decisionali in Italia

Le analisi decisionali rendono espliciti gli obiettivi dei decisori e le transizioni di valore, comparando interventi alternative in modo robusto e trasparente

- Il processo ADCM è più importante dei numeri finali
- Chiarifica i determinanti di valore e fa riflettere
- Le preferenze sono incorporate nel processo decisionale
- Estende il metodo analitico-deliberativo
- Facilita la comunicazione e la discussione

Necessità di
valutazione

Argomento

Assessment: HTA

Appraisal: MCDA

Programmazione:
PBMA

(1) I dati sono disponibili?

(2) La valutazione HTA è sufficiente?

(3) Pesi e punteggi: Chi? Come? Quando?

(4) La ADCM supporta, prepara, orienta o determina la decisione?

(5) Siamo pronti per ripensare la costo-efficacia in termini di disinvestimento selettivo?

DECISIONE



Star meglio che bene

- **Biopolitica** su medicina, salute, vita, morte
Biocapitale promissorio: un regime di conoscenze fondative di un vivere tecno-governato generatore di ritorno finanziario
- **Biosalutistica**: promozione di ottimizzazione, miglioramento, elaborazione del rischio, instaurazione della sorveglianza
- **Biotechnopratiche**: «omiche», predizioni bayesiane, biosicurezza, ICT, assicurazione sanitaria per turismo medico («libera circolazione»)
- **Biosaperi**: ricerca *corporate* di biodiversità brevettabile
- **Biotechnoidentità** transcientifiche: individuali, di gruppo, di popolazione

Clarke A et al: Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S. Duke Univ. Press, 2010.



Una modernità appagante?

- Fine delle eque opportunità per tutti
- Fine del naturalismo, dell'umanismo, della visione teo-antropocentrica e razionale dell'umano
- Ritorno alla magia
- Comparsa di un elitarismo genetico
- Nascita del bio-mercato globale promissorio

ALTERNATIVE **ad un SSN finalmente selettivo?**



Questioni aperte: processi decisionali in Italia

La medicina è un'arte piuttosto che una scienza. Infatti sono praticabili molte alternative alla medicina scientifica¹, con piena soddisfazione di tutti: pazienti, cittadini, clinici, amministratori, perfino magistrati requirenti e giudicanti dei vari ordini (civile, penale, amministrativo).

Fondamento per la decisione clinica	Indicatore	Strumento di misura	Unità di misura
Documentazione scientifica	Studi clinico controllato	Meta-analisi	Odds ratio e altre misure
Eminenza	Canizie senile	Luminometro	Densità ottica
Veemenza	Livello di stridore	Audiometro	Decibels
Eloquenza (o eleganza)	Soavità linguale o fazzoletto di seta	Teflometro	Punteggio di adesività
Provvidenza	Livello di fervore religioso*	Sestante per la misura dell'angolo di genuflessione (o di obbedienza al Gran Maestro)	Unita Internazionali di pietà (o di zelo gonnellato)
Diffidenza	Livello di ombrosità	Nichilometro	Numero di dubbi e incredulità
Nervosismo	Livello di fobia per le cause legali	Qualsiasi esame diagnostico concepibile	Conto bancario personale
Confidenza**	Braveria e boria	Test del sudore	Nessun sudore, mai
Sentenza o Ordinanza***	Grida****	Stampa italiana (casella postale del segreto istruttorio)	Buona stampa ermellinata e togata

* Si applica anche agli ateisti, in genere assai devoti nel biasimare il fervore altrui.

** Si applica solo ai Chirurghi.

*** Si applica solo ai Magistrati

**** Grida: comunicazione dell'autorità che si faceva gridare pubblicamente dai banditori; avviso, bando, decreto, editto, legge, ordine, proclama (nell'antica Russia, fino al sec. 19°: ukase). Da Enciclopedia Treccani.

Judiciary-based Medicine

1. Isaacs D, Fitzgerald D: Seven alternatives to evidence-based medicine. BMJ 1999;319:1618.

La tabella riprende estesamente, e aggiorna alla situazione italiana, il rapporto di questi due clinici britannici.



Alcuni ringraziamenti

Mireille Goethebeur, EVIDEM e LASER Analytica, Montreal CA
Finn Borlum Kristensen, EUnetHTA e DACEHTA, Copenhagen DK
Loredana Luzzi, AO Salvini Garbagnate, Milano
Marco Stramba-Badiale, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano
Paolo Cassoli, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
Mirosa Dellagiovanna, ASL Pavia
Andrea Ghedi, AO Treviglio
Emanuele Lettieri, Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano
Pietro Barbieri, AO Melegnano
Angelo Buizza, Ingegneria Industriale e dell'Informazione, Pavia
Davide Croce, CREMS, Libera Università di Castellanza, Varese



Analisi decisionali a criteri multipli per la programmazione in sanità: esperienza della Regione Lombardia

Rendere selettivo il SSN

Michele Tringali

Direzione Generale Salute, Regione Lombardia

michele_tringali@regione.lombardia.it



RegioneLombardia





SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA
OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI
DELLE AZIENDE SANITARIE

XXXV CONGRESSO NAZIONALE SIFO



IL FARMACISTA:
UNA RISORSA
PER LA SALUTE.
RESPONSABILITÀ,
APPROPRIATEZZA,
SOSTENIBILITÀ