

## **Progetto: Monitoraggio ed Ottimizzazione della Spesa Farmaceutica Convenzionata**

### **Premessa**

In base ai dati di Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale (dato Gennaio-Dicembre 2022), condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004), la Regione Lazio mostra un valore della spesa convenzionata del 6.71% rispetto al FSN (12 mld), verso una media Italia del 6.42%; in Regioni come Emilia-Romagna e Veneto tale dato si attesta al 5.11 %, dal confronto ne deriva un quadro che lascia spazio ad importanti margini di miglioramento.

A questo scopo risulta fondamentale pensare a leve di governo delle prescrizioni sia attraverso un'analisi specifica dei profili prescrittivi che superi la sola logica del miglioramento percentuale, sia governando l'induzione ospedaliera sulla prescrizione farmaceutica territoriale.

### **Obiettivo**

L'obiettivo generale è quello di implementare, nella Regione Lazio, un sistema di indirizzo delle dinamiche prescrittive che sia trasversale ospedale/territorio, capace di promuovere e condividere i criteri di appropriatezza prescrittiva così da realizzare la migliore efficienza del sistema.

Il coinvolgimento dell'ospedale nel processo risulta imprescindibile per modulare ed indirizzare correttamente le terapie secondo le indicazioni terapeutiche e le note AIFA, con particolare attenzione all'effettiva aderenza dei pazienti al percorso terapeutico indicato. Obiettivi principali di sistema sono la corretta gestione della terapia farmacologica territoriale, che è direttamente correlata alla corretta prescrizione in dimissione ospedaliera, alla corretta implementazione della riconciliazione terapeutica ed allo sviluppo di un sistema efficiente di comunicazione fra Specialisti e Medici di Medicina Generale. La revisione dell'attività prescrittiva deve essere analizzata evidenziando gli specifici casi clinici sui cui proporre una riflessione congiunta fra ospedale e territorio. La revisione dell'attività prescrittiva sarà promossa dai MMG in qualità di referenti clinici nel trattamento della cronicità, mentre la rivalutazione della terapia avverrà in maniera congiunta con l'ospedale.

### **Obiettivo Specifico**

L'analisi dei dati prescrittivi è un importante driver di cambiamento, per questo motivo la disponibilità di dati che evidenziano la necessità di riconsiderare i trattamenti su specifici pazienti (utilizzati come self audit o analisi collegiali), migliora la performance assistenziale garantendo sia il raggiungimento degli outcome di salute sia l'efficientamento della spesa sanitaria.

L'obiettivo è quello di disporre di un set di indicatori, ottenuti dall'incrocio dei dati sanitari disponibili (uso dei farmaci, esenzioni, ricoveri, specialistica, dati di laboratorio), che identifichino i pazienti in cui è necessario promuovere un cambiamento. L'analisi dello scostamento dal corretto arruolamento terapeutico potrà essere definita considerando:

- Profili prescrittivi che non rispettano i criteri delle note AIFA;
- Profili prescrittivi che non aderiscono alle indicazioni terapeutiche dei farmaci;
- Profili prescrittivi che non rispondono a criteri di efficienza economica (uso di farmaci/ alternative terapeutiche a maggior costo).

### **Materiali e metodi**

Il sistema Regionale DWH, consentirà, dalla data di adozione della determinazione della progettualità, di evidenziare i trattamenti potenzialmente inappropriati secondo i criteri stabiliti per ognuno dei 7 indicatori presi in considerazione in questa prima fase di conduzione della progettualità. Per ogni MMG saranno individuati i trattamenti non correttamente definiti, che richiedono una rivalutazione secondo la seguente casistica:

1. Pazienti in trattamento con enoxaparina 4.000 UI che effettuano una prevenzione della TEV per un periodo superiore a 45 giorni;
2. Pazienti in trattamento con Omega 3 ad un dosaggio inferiore a quello terapeutico;
3. Pazienti in trattamento con IPP, in nota 48, per un periodo superiore ad 8 settimane;
4. Pazienti in trattamento con IPP, in nota 1, che non hanno un concomitante trattamento cronico con farmaci Antinfiammatori ed ASA;
5. Pazienti che utilizzano oppioidi a rapido onset d'azione (ROO) e non effettuano un trattamento di fondo con oppioidi maggiori;
6. Pazienti in trattamento con semaglutide che hanno ricevuto una quantità di farmaco superiore rispetto alla temporalità di riferimento;
7. Pazienti con BPCO in trattamento con farmaci R03AK che hanno ricevuto una quantità di farmaco superiore alla temporalità di riferimento;

I dati saranno messi a disposizione per singolo Medico di Medicina Generale, per distretto e per ASL, così da poterne permettere la gestione anche aggregata. Sarà possibile verificare l'andamento di diminuzione percentuale dei trattamenti non appropriati nel tempo (per MMG, Distretto, ASL), per la verifica della validità delle attività poste in essere.

Le rilevazioni per medico dovranno essere oggetto di attività di self audit e ricondotte al corretto trattamento anche in applicazione di criteri di start and stop della terapia. Nella riconsiderazione terapeutica il MMG potrà avvalersi del "Centro per la continuità assistenziale H/T", così da promuovere la definizione di atti utili alla continuità assistenziale e del "Centro per la presa in carico assistenziale" per l'eventuale presa in carico diretta da parte della ASL, di casi in cui si renda necessaria una terapia off label anche attraverso il CAD.

#### **Risultati attesi**

Il sistema di indicatori è presente nel DWH Regionale ed offrirà la possibilità alle ASL di verificare costantemente la percentuale di miglioramento degli indicatori. Sarà compito delle ASL, attraverso le CAPI, valutare l'effettiva applicazione delle disposizioni e verificare i risultati.

La Regione valuterà a cadenza trimestrale l'andamento della diminuzione percentuale dei trattamenti inappropriati per singola azienda per le valutazioni di pertinenza.

#### **Conclusioni**

Il sistema consentirà di governare il sistema condividendo dati ed evidenze di buona pratica clinica sulla base delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche. Il sistema consentirà di rendere partecipi gli specialisti ospedalieri/Territoriali nella corretta gestione della continuità assistenziale H/T.