

SE UNA NOTTE D'INVERNO UN DECISORE.. Con **DECIDE**, dalle evidenze alle decisioni nel SSN

Roma, 1 marzo 2013

Quotidianamente,
vengono prese decisioni
a tutti i livelli di gestione
di qualsiasi sistema
sanitario: strategiche,
amministrative, cliniche.
Come vengono assunte?
Qual è la loro qualità?
È possibile costruire
una procedura che renda
espliciti i diversi fattori
da considerare nel fare
una scelta?





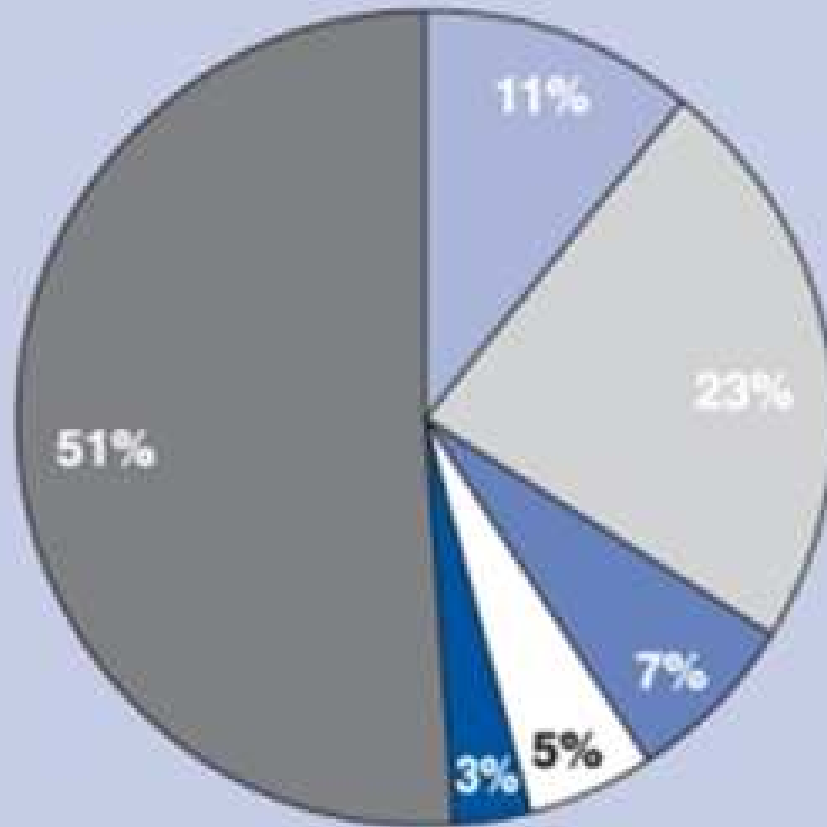
RIDUZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI

**OFFERTA CRESCENTE DI NUOVE
TECNOLOGIE E PRESTAZIONI SANITARIE**

**INCERTEZZA SUI REALI BENEFICI E
RISCHI PER LA SALUTE DELLA
POPOLAZIONE**

HOW MUCH DO WE KNOW?

So what can *BMJ Clinical Evidence* tell us about the state of our current knowledge from our evidence categories? Figure 1 illustrates the percentage of treatments falling into each category.



Definizione non generica dei LEA, mediante criteri espliciti di inclusione (nuove “tecnologie”) e criteri analitici di esclusione, basati su prove scientifiche di rapporto benefici/rischio, della sua relazione con i costi e di altre dimensioni rilevanti (valori per la popolazione, fattibilità...)

<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/about/knowledge.jsp> 2011

A I E Associazione Italiana di Epidemiologia
XXXVI Congresso
Annuale

la salute ai tempi della crisi

come la crisi economica
influisce sulla capacità
delle persone, delle comunità
e dell'ambiente di promuovere
la propria salute, e sulla
capacità del sistema sanitario
di proteggerla in modo
sostenibile

BARI
29.30.31 ottobre

in collaborazione con:



**L'EVIDENZA AIUTA A TROVARE LE
SOLUZIONI GIUSTE PER LA CRISI IN SANITÀ?**
(sessione dedicata ad Alessandro Liberati)

**“Prove” di efficacia,
priorità e razionamento
delle risorse: il contributo
dei Programmi di
Valutazione di Esito**





www.lavoce.info

[Sanità](#)

COME RISPARMIARE 200 MILIONI CON UN SOLO FARMACO

di [Nerina Dirindin](#) e [Nicola Magrini](#) 02.07.2012

SPENDING REVIEW E FARMACI

Il caso Avastin-Lucentis costituisce un buon esempio di come sia possibile individuare aree significative di **risparmio** mettendo in atto confronti fra possibili trattamenti alternativi. Troppo spesso il dibattito tende a concentrarsi sugli sprechi legati ai costi di acquisto di un dato bene e a trascurare le inefficienze legate alle diverse tipologie di trattamento. Si noti che la molecola in questione (bevacizumab) è inserita tra i farmaci sui quali l'Autorità per la [vigilanza sui contratti pubblici](#) sta effettuando una **specifico rilevazione dei prezzi** di acquisto delle Asl, in vista di interventi di revisione della spesa. Ebbene, i dati indicano che il prezzo minimo è uguale al prezzo massimo: non parrebbe quindi necessario alcun intervento di razionalizzazione delle politiche di acquisto. In realtà, il caso mostra che non è sufficiente domandarsi se stiamo acquistando qualcosa al prezzo più conveniente, prima è necessario domandarsi se stiamo acquistando il **prodotto "giusto"**. Investire risorse per scoprire che il prezzo di un farmaco monoprodotto è omogeneo sul territorio nazionale, senza chiedersi se il farmaco è il meno costoso fra tutti quelli ugualmente efficaci, è tempo perso (e spreco di risorse). Continuare a ignorare, in Italia come all'estero, le conoscenze scientifiche messe a disposizione da studi clinici indipendenti, finanziati con risorse pubbliche, è colpevole, soprattutto in tempi di crisi.

Chi si sta occupando di spending review e prezzi di riferimento non può ignorare gli insegnamenti che derivano dal caso Avastin-Lucentis.

OECD Health Policy Studies

Value for Money in Health Spending



Most patients assume that doctors and other health care providers are giving them care of the highest quality possible, using the latest knowledge and most efficient technology.

Health care funders would like to think they are getting the best possible value for their money.

Both groups are often wrong

Explicit structures or processes to help purchasers make informed decisions on coverage of pharmaceuticals, costly new technologies but also other types of services are needed

DECIDE

GRADE

DECIDE

GRADE

Developing and Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions and practice based on Evidence



The **DECIDE** project has received funding from the European Community's Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013) under Grant Agreement no **258583**

DECIDE Work Package Table

WP8 Project Management

WP7 Dissemination and Exploitation

Strategies for targeted dissemination to **key stakeholders** who determine what happens in clinical practice

Strategies for targeted dissemination of **different types of recommendations**

WP1 Strategies for communicating evidence-based recommendations to **clinicians**

WP2 Strategies for communicating evidence-based recommendations to **policy makers and managers**

WP3 Strategies for communicating evidence-based recommendations to **patients and the general public**

WP4 Strategies for communicating evidence-based recommendations about **diagnostic tests**

WP5 Strategies for communicating evidence-based recommendations about **public health and health systems policies**

WP6 Strategies for **collaboration** among guideline developers and HTA agencies in Europe



Target audience

- Policy makers and managers and their support staff with responsibility for making coverage decisions. These coverage decisions can take place at national/regional or local level depending on the type of interventions.

Coverage decision: decisions by third party payers (public or private health insurers) about whether and how much to pay for drugs, tests, devices or services and under what conditions.

Obiettivi principali dello strumento DECIDE:

- Definire i fattori necessari a compiere le scelte
- Proporre in maniera sintetica le evidenze scientifiche su ciascuno dei fattori considerati
- Specificare la qualità delle informazioni e delle evidenze scientifiche disponibili
- Aiutare la decisione di:
 - Copertura (con o senza restrizioni)
 - Non copertura
 - Inserimento in programmi di valutazione





- Cardiac
- Colorectal
- General
- Gynecology
- Head & Neck
- Thoracic
- Urology

da Vinci ... Changing The Experience of Surgery

Welcome to daVinciSurgery.com, a website designed to inform patients and their loved ones about what may be the most effective, least invasive surgical treatment option available today. Here, you can become better informed about different approaches to [surgery](#). This knowledge will be valuable as you discuss treatment options with your doctor.

Choose the condition area you are interested in:

The *da Vinci* Surgical System is used in procedures that treat a range of conditions:

- ▶ Bladder Cancer
- ▶ Colorectal Cancer
- ▶ Coronary Artery Disease
- ▶ Endometriosis
- ▶ Gynecologic Cancer
- ▶ Heavy Uterine Bleeding
- ▶ Kidney Disorders
- ▶ Kidney Cancer
- ▶ Mitral Valve Prolapse
- ▶ Obesity
- ▶ Prostate Cancer
- ▶ Throat Cancer
- ▶ Uterine Fibroids
- ▶ Uterine Prolapse



Conclusions

Based on the evidence that was included in this technology assessment, robot-assisted surgery may have an impact on several clinical outcomes in patients undergoing prostatectomy, partial nephrectomy, or hysterectomy. The benefits vary between indications. Findings regarding robot-assisted cardiac surgery were scarce but tended to favour robot-assisted surgery in terms of length of hospital stay. Comparisons between the methods of surgery regarding survival rates and time to return to work were inconclusive due to the scarcity of evidence. Given the limitations of the available evidence and uncertainty about the clinical relevance of the size of benefits of robot-assisted surgery compared with alternative approaches, decisions about the uptake of robot-assisted surgery will be complex and need to be made carefully. Robotically performed surgery is expensive compared with open and laparoscopic approaches. The investment made in acquiring this technology is large, and institutions that choose to adopt this technology need to monitor their costs and outcomes so that they can maximize its cost-effective use in their centre. To decrease costs, centres could maximize caseloads, consider keeping the robot operational for longer, if possible, and use the technology for multiple indications, particularly those with greater potential impact on patient outcomes and institutional cost savings.

*Canadian Agency for
Drugs and Technologies
in Health*



*Agence canadienne
des médicaments et des
technologies de la santé*

CADTH TECHNOLOGY REPORT

Issue 137
September 2011

Robot-Assisted Surgery Compared with Open
Surgery and Laparoscopic Surgery: Clinical
Effectiveness and Economic Analyses

estendere i benefici della mininvasività a interventi complessi. Nel contesto di una tendenza all'innovazione tecnologica ormai generalizzata tra i paesi sviluppati, l'Italia occupa il secondo posto al mondo dietro gli USA per numero di sistemi operativi, contando ad oggi 53 installazioni robotiche. Tutto questo grazie la sua sicurezza, all'efficacia e alla superiorità dei risultati clinici, dimostrati in centinaia di lavori scientifici: non per nulla dalla sua introduzione sul mercato il sistema chirurgico da Vinci è stato utilizzato con successo in migliaia di procedure. Nel 2011, tanto per citare qualche dato, sono state effettuate approssimativamente 360mila procedure in tutto il mondo con un incremento del 30% rispetto al 2010. In Italia, nel 2011 sono stati effettuati circa 7mila interventi con un incremento rispetto al 2010 del 40%.

GIOVEDÌ 28 FEBBRAIO

 **Libero** Quotidiano

»Salute



Chirurgia robotica: "coverage"? Confronto con chirurgia laparoscopica o laparotomica

QUALI PROVE SCIENTIFICHE ABBIAMO CHE

Riduca la mortalità?

Riduca le complicanze?

Riduca il tempo operatorio?

Riduca il bisogno di trasfusioni?

Riduca la durata della degenza?

Ma anche....

Qual è la qualità di queste prove?

Quanto siamo sicuri di queste prove?



Chirurgia robotica: "coverage"? Confronto con chirurgia laparoscopica o laparotomica

E poi....

**Il rapporto costo/effectiveness è favorevole?
Quale l'impatto sul budget totale?**

E' fattibile?

- **Che livello di formazione è necessario?**
- **Quale la "learning curve"?**
- **Esiste un volume soglia sotto il quale i rischi potrebbero essere maggiori dei benefici?**
- **.....**

IL GRADE* QUESTO SCONOSCIUTO

**Una metodologia per lo sviluppo
di raccomandazioni cliniche**

HOLGER SCHÜNEMANN

9.45-11.00

DECIDE: UN APPROCCIO POSSIBILE

Dalle evidenze alle decisioni nel sistema sanitario

ANDY OXMAN

11.00 - 11.15 Coffee break

11.15 - 13.30

**Discussione in piccoli gruppi dei limiti e dei
vantaggi di DECIDE**

**LAURA AMATO, ELENA PARMELLI, SILVIA PREGNO,
HOLGER SCHÜNEMANN**

13.30-14.30 Lunch

14.30-15.30

Discussione in plenaria dei lavori dei gruppi

Moderatori: NICOLA MAGRINI e CARLO SAIITTO

ADVISORS/PANEL

- Ubaldo Montaguti
- Augusto Cavina
- Benjamin Djulbegovic
- Suzane Hill
- Carlo Perucci
- Luca De Fiore
- Giorgio Mazzi
- Giovanni Frezza
- Piero Grasso
- Philip Duclos
- Gino Gumirato
- Thomas Kosloff
- Marina Capasso
- Giovanni Pieroni
- Gino Tosolini
- Carlo Favaretti
- Piero Superbi
 - Giovanni Fattore
- Kyriakoula Petropoulakos
 - Marina Cerbo
 - Giuseppe Traversa
 - Sabina Nuti
- Philp Damn
- Trevor Sheldon
- Sharon Strauss
 - Marica Ferri
- Mariella Martini
- Hans Vasquez