

LOREDANO GIORNI

Dirigente Responsabile. Settore
Farmaceutici. Regione Toscana

Tavola rotonda: Prime esperienze di applicazione del Patto

Nota: si consiglia di leggere queste presentazioni avendo a disposizione le relative slides scaricabili dal sito www.siar.it

Io ringrazio prima di tutto per l'invito: non tutti i giorni capita di parlare in un contesto così qualificato e autorevole e di questo sono veramente contento. Cerco di dare il mio apporto anche se probabilmente è un apporto già risaputo, ma noi in Toscana in qualche modo siamo costanti nelle cose, non è che cambiamo ogni giorno, siamo un po' lenti probabilmente nell'affrontare le tematiche.

Io volevo riferirmi al tema della giornata: "il nuovo patto per la farmaceutica". Ho guardato con interesse l'esposizione di Mario Bruzzone, dove si riportava una serie di tabelle, tabelline, numeri e quant'altro e io mi interrogavo però su ogni tabellina che vedevo – a parte che per prima cosa andavo a cercare dove era posizionata la regione Toscana – e mi domandavo quanto c'era dietro quei numeri, perché vedere questi numeri è una cosa semplice ma quanto impegno, quanto sforzo, quante variabili ci sono all'interno di questi numeri! Per cui io sono portato a pensare a una cosa e, come esponente delle regioni, voglio provare a fare una considerazione. Proviamo a scordarci che esiste la legge 222/07. Che succede? È un mezzo regolatorio per stabilizzare il sistema, è un accordo fra il sistema pubblico, le regioni, il ministero dell'economia, l'AIFA, l'industria farmaceutica ... vediamo un po' però: se io in qualche modo non tengo conto della 222 – siccome dovevo parlare

dell'impatto della 222 – io non la conosco e ragiono in un altro modo. E se poi arrivo agli stessi risultati, anche non conoscendo la 222, può darsi che abbia fatto la cosa giusta. Allora io parto prima dalla considerazione, che in qualche modo è scontata, ma ancora valida: nel mercato farmaceutico il medico che sceglie né paga né consuma, l'assistito che consuma né paga né sceglie, l'SSN né sceglie né consuma. Capite bene che un mercato fatto in questo modo è attaccabile da tutte le parti. Chiunque intenda assalire un meccanismo costruito in questo modo può andare lì e fare cassetta in qualsiasi momento del giorno e della notte, perché è un sistema libero. Mentre in un mercato normale è più difficile entrare, perché il soggetto che sceglie è lo stesso che consuma ed è anche lo stesso che paga, per cui deve ponderare la propria scelta in base all'utilizzo e in base al costo. Nel mercato farmaceutico no, e allora è facile entrare in un mercato di questo tipo. E noi dobbiamo difenderci ma la miglior difesa è l'attacco, per cui attacchiamo in qualche modo, facendo delle considerazioni.

Poi torno anche al discorso in tema: sembra che vada fuori tema, ma poi ci torno velocissimamente. Allora mi sono immaginato un percorso, io, che potrebbe essere un'analisi quali-quantitativa dei consumi, una determinazione della spesa, gli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi e gli indicatori. Cioè,

un'analisi quali-quantitativa dei consumi forse non è sufficiente, bisognerebbe dire "dei consumi e dei bisogni". Perché bisogna rapportare i consumi ai bisogni. Io credo che un servizio sanitario pubblico, per poter dormire tranquillo alla sera quando va a letto, deve poter dire "io ho dato al mio sistema quello di cui aveva bisogno, né una cosa in più né una cosa in meno".

È sbagliato dare una cosa in più e altrettanto dare una cosa in meno. Per questo bisogna rapportarlo ai bisogni.

Questo è il percorso che noi abbiamo utilizzato in regione Toscana. Son solo pochissimi esempi. Per gli inibitori di pompa noi abbiamo rilevato che nei nostri consumi c'è una variabilità del 30-40% da azienda USL ad azienda USL, molto spesso limitrofe per cui non ci sono situazioni particolari di patologia o quant'altro. Oltre alla variabilità nella qualità, ci sono anche variabilità nelle quantità: ci sono delle molecole tipo l'esomeprazolo che da una parte raggiungono il 30% e in altre realtà lì accanto il 15%. Bisogna interrogarsi, spiegarsi, capire chi fa bene e chi fa male perché altrimenti non si va da nessuna parte. Oltretutto, parlando degli inibitori di pompa si deve considerare anche che negli ultimi tre anni sono aumentati del 100%, per cui ci sarebbe da domandarsi se veramente c'era bisogno di un aumento del 100%.

Uguale è la storia degli inibitori dell'HMG CoA redattasi. E qui c'è un altro aspetto che è molto critico: il fatto che non c'è compliance tra gli assistiti e ci sono troppi pazienti che abbandonano la terapia senza alcun risultato dal punto di vista clinico. Altri esempi sono la serotonina e gli SSRI, le sostanze attive sul sistema angiotensina, i famosi sartani che dai lavori usciti oggi non sembra proprio che siano la panacea per curare l'ipertensione: hanno un ruolo specifico importante, ma riservato a casi abbastanza limitati.

Poi c'è la determinazione della spesa per l'assistenza farmaceutica, la determinazione della spesa ospedaliera e quella per l'erogazione diretta. Cioè un sistema di programmazione di carattere economico.

Qui vado veloce perché voglio arrivare in fondo per poi riprendere il filo del discorso: è chiaro che un sistema, per far questo, deve darsi degli strumenti. Non si può dire "questa è la situazione e non va bene perché è fuori da certi parametri": bisogna darsi gli strumenti per arrivare a certi parametri. E l'AIFA ha messo a disposizione delle regioni una serie di dati: il progetto sfera, senza il quale probabilmente non si sarebbe neanche partiti nel fare certe considerazioni, dati essenziali e puntuali che tutti i mesi arrivano e hanno permesso tutto questo ragionamento, perché senza questi dati non c'era la possibilità di fare alcun ragionamento, si andava veramente a spanne nel misurare la spesa farmaceutica (più che a spanne a euro, ma a euro si misura poco).

Un altro aspetto importantissimo sono i prontuari ospedalieri. Sappiamo bene che ci sono aziende che fanno offerte anche non accettabili: zero virgola sei zeri e poi un numero in fondo, offerte che servono solo a stare nel prontuario o a vincere la gara all'interno del prontuario nelle categorie dei farmaci, per poi avere un costo più alto sul

territorio. Qui ci sono le indicazioni su come devono essere i dati dei prontuari terapeutici e le prescrizioni dei farmaci in dimissione ospedaliera, anche questo un problema. I farmaci a duplice via di distribuzione, le note AIFA e quant'altro. Alcuni strumenti. È chiaro che sulla base degli strumenti che diamo, sulla base dell'analisi, sulla base della letteratura scientifica, ci possiamo permettere alcuni obiettivi per il consumo di alcune categorie di farmaci. Questo è il caso del discorso che abbiamo fatto sull'inibitore della pompa acida: abbiamo individuato un limite, l'indicazione di un limite di unità posologiche, e abbiamo anche individuato una percentuale potenziale di farmaci off-patent cui dobbiamo arrivare, perché come Mario Bruzzone prima diceva, i calcoli sono stati fatti sulla base che non ci fosse uno shift prescrittivo dal generico verso il patent ed è chiaro che se le aziende, le regioni e le aziende, non si mettono a cercare di valutare e, laddove è possibile, a bloccare questo shift, i risultati non si ottengono. Il piano di rientro delle aziende lo avevamo previsto. Questa più o meno è tutta la storia degli inibitori, degli indicatori di consumo a seconda del tipo e a seconda della categoria: le percentuali dei farmaci off-patent e il numero di unità posologiche da consumare. Poi ovviamente, sulla base di questo, bisogna fare alcune verifiche.

Queste verifiche sono i dati AIFA, che noi prendiamo mensilmente dal progetto sfera. Il 20 di ogni mese ci arrivano i dati del progetto sfera, noi li elaboriamo e ricaviamo queste tabelle, che mandiamo il 21 o il 22 del mese a tutte le nostre aziende. Come vedete bene, ogni azienda ha una propria situazione. In base allo scostamento dalla media e all'obiettivo del consumo che gli abbiamo dato, il numero di unità pro-capite consumato, capite bene che il direttore sanitario generale di una azienda si deve interro-

gare. Il direttore generale di Livorno, per esempio, è stato richiamato dalla direzione generale del dipartimento e gli è stato chiesto che cosa ha fatto per gli inibitori di pompa. Ci ha risposto che non sapeva cosa fossero gli inibitori di pompa e gli si è detto che questo era un po' male, perché dal 13 della USL di Empoli al 17, cioè 4 punti in percentuale, della USL di Livorno ... voi capite bene qual è l'aumento in percentuale, anche rispetto alla media, alla media in cui è compresa anche Livorno: è fuori del 10% rispetto alla media, non rispetto alle USL migliori.

Per cui questi sono tutti gli strumenti per tutte le categorie, e vedete sotto gli inibitori di pompa ci mettiamo anche il costo medio ponderato per unità posologica. Il costo medio ponderato a livello regionale tiene conto anche delle posologie delle confezioni e quant'altro, e vedete che è riportato qui, per facilitare il compito di chi avesse in qualche modo intenzione di rientrare. Da 1,44%, 0,72%, 0,53%, 0,46% c'è una gamma di possibilità anche di costi per unità posologica, per poter fare una previsione anche a breve termine e per vedere di rientrare nella spesa.

In questi grafici si parla delle stative, ma vado avanti perché sono sempre gli stessi dati.

Vedete, io vorrei far notare le differenze tra queste tabelle qui e quelle di Mario Bruzzone. Giustamente, perché abbiamo un ruolo diverso: Mario ha il ruolo di misurarci, noi abbiamo il compito di arrivare a quei risultati, per cui vedete la diversità di queste tabelle. Queste tabelle, questa impostazione, noi l'abbiamo rivista anche alla luce della 222, ma non abbiamo pensato che fosse necessario cambiare molto da questa strategia rispetto alla 222. Questo volevo dire per rientrare sull'argomento.

Vado veloce: queste sono sempre alcune verifiche, come potete vedere, sempre fatte allo stesso modo. Ma le verifiche non contano,

non sono sufficienti, noi dobbiamo attrezzarci per dei confronti, perché è chiaro che quello che poi conta sono i confronti. Questo, vedete, è un confronto a livello nazionale che noi abbiamo fatto sull'incidenza dei sartani – il problema di cui si parlava prima – sull'intero gruppo C09, le sostanze attive sul sistema dell'angiotensina, e voi vedete che sono state ordinate in ordine decrescente per le confezioni del 2007. Voi vedete che si va da un rapporto dei sartani sull'intero gruppo del 22% della regione Veneto, al 23% dell'Umbria e 26% della Toscana. Le ultime tre in pole-position, al 37%, 36% e 36%, sono la Puglia, la Sicilia, la Calabria. Il Lazio si salva per un 35,9%. 'E' chiaro che fra questi ci sono 12 punti percentuali per cui è necessario interrogarsi, confrontarsi (anche noi come regioni) per andare verso un chiarimento, per vedere chi cura bene l'ipertensione, chi la cura male, o quant'altro.

È chiaro ed evidente la differenza del costo – voi capite bene, qui si parla di confezioni, se poi si analizza il costo, sapete le differenze. Questo è uno strumento che tutti abbiamo, ottimo, che l'AIFA ci ha messo a disposizione. Noi stiamo cercando di collaborare con l'AIFA per avere questo tipo di report anche per tutte le altre categorie, perché è chiaro che con questo report posso vedere

immediatamente e in tempo reale aggiornato giorno per giorno come mi posiziono io e come si posizionano gli altri, e vedere se io sono in uno stato di attenzione o devo fare qualche intervento. Poi, chiaramente, se uso la password che l'AIFA ci mette a disposizione, sotto a questo grafico io come regione posso vedere i miei centri. Questo è un sistema di governo della spesa che probabilmente ci porterà dei risultati.

Vediamo un altro aspetto: parliamo del sitagliptin. Come vedete questo è l'andamento ed è aggiornato a pochi giorni fa, al 28 marzo del 2008. Qui abbiamo l'andamento, che ci permette di fare delle verifiche, e i dati grezzi. Chiaramente non tengono conto della popolazione e non si può confrontare l'Umbria con la Campania, la Sicilia e il Lazio, ma comunque ognuno poi conosce la propria popolazione.

Adesso un nostro risultato. Noi in Toscana siamo abituati a farci riconoscere anche per qualche difettuccio e questo forse è un difettuccio ma è anche la dimostrazione che se uno fa qualcosa ottiene anche qualche risultato. Questo è l'andamento delle statine, da maggio 2006 fino a dicembre 2007. A livello nazionale la prima è la atorvastatina: ha subito una leggera flessione per poi stabilizzarsi negli ultimi mesi di settembre, ottobre, novembre e

dicembre. Invece la perdita di brevetto della simvastatina, ad aprile 2007, ha portato a una leggera crescita nei consumi di simvastatina che si è poi stabilizzata. Il sistema si è bloccato qui, ma questo qui è il massimo raggiungibile? Non lo so, discutiamone. Questa è la regione Toscana dove, senza bloccare e senza impedire niente a nessuno, ma facendo un di monitoraggio attento, un confronto, un dibattito a livello scientifico con gruppi di medici, con USL e quant'altro, come vedete ad aprile 2007 c'è stata un'inversione e la simvastatina ha superato la atorvastatina. L'ha superata e c'è qualcosa che ci da un po' di coraggio, e cioè che questa forbice ancora si sta aprendo e chiaramente più questa forbice si apre, maggiori sono i risparmi.

Ecco, questo volevo dire, il blocco dello shift si ottiene anche attraverso questo, senza far male a nessuno, ma dando a tutti il farmaco giusto al momento giusto.

Che centra questo con il nuovo patto per la farmaceutica? Il nuovo patto per la farmaceutica secondo me c'entra e io credo di aver rispettato il nuovo patto della farmaceutica quando riesco a stare all'interno dei parametri che Mario Bruzzone e l'AIFA mi hanno dato e a soddisfare i bisogni della popolazione assistita.

Grazie per l'attenzione