

MEDICINA GENERALE

SOSTENIBILITÀ E COSTI DEI FARMACI

Un'opinione sui costi dei farmaci in tempi di "revisione della spesa"

Antefatto generale

Sì, va bene è necessaria una "revisione della spesa", anche nel settore della "sanità", ma non così almeno come è stata presentata con tagli del 13-15% per il triennio 2013-2015.

La chiusura degli ospedali con meno di 120 posti letto dove manca un servizio h24 di anestesia e rianimazione, non è un errore e deve essere effettuata con la improcastinabile costruzione di una rete di assistenza territoriale efficace.

In generale passando non modificato il "pacchetto spending review" in ordine al settore sanitario, è possibile garantire prestazioni sanitarie di adeguata qualità?

I tagli colpiscono ancora una volta quello che è ormai da anni il "bancomat delle crisi" ovvero il settore della farmaceutica: in Toscana, ad esempio, si potrà (tavola B13) «spendere ancora molto meno» nella farmaceutica territoriale?

Antefatto professionale

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente (Il Codice deontologico. Titolo II, capo IV: Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici art. 13 – Prescrizione e trattamento terapeutico). Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati ed alle evidenze metodologicamente fondate.

Premessa

Un non corretto uso dei farmaci (e di altre tecnologie sanitarie), oltre a provocare danni all'ecosistema, comporta costi impropri a carico del SSN e del cittadino e rende non disponibile

una notevole quantità di risorse che potrebbero essere impiegate a beneficio dei pazienti.

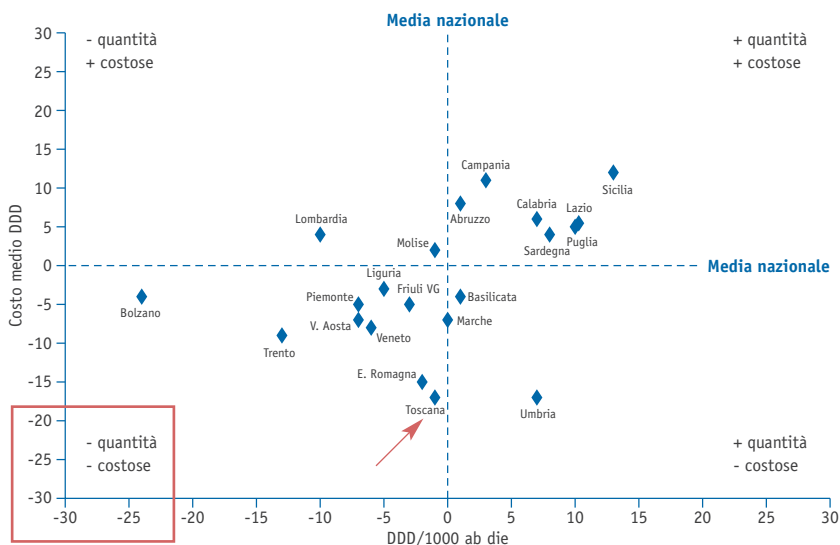
Dati nazionali e regionali (Tratto da Rapporto Osmed 2011 AIFA & ISS)

- Nel 2011 il mercato farmaceutico è stato pari a 26,3 miliardi di euro, di cui i 3/4 rimborsati dal SSN. In media, per ogni cittadino, la spesa per farmaci è stata di 434 euro.
- I farmaci del sistema cardiovascolare, con oltre 5 miliardi di euro, sono la categoria a maggior utilizzo. Altre categorie terapeutiche di rilievo per spesa sono: i farmaci del sistema nervoso centrale (13% della spesa), i farmaci gastrointestinali (12,9%) e gli antineoplastici (12,1%). I farmaci dermatologici (per l'88% della spesa), del sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (60%), e dell'apparato muscolo-scheletrico (53%) sono invece le categorie maggiormente a carico dei cittadini.
- La spesa farmaceutica territoriale pubblica e privata è diminuita rispetto al 2010 dell'1,6%, ancora più marcata (-4,6%) è la riduzione di quella a carico del SSN, che nel 2011 è stata pari a 12,4 miliardi di euro. La Sicilia, con 258 euro pro capite, è la Regione con la spesa di classe A-SSN più elevata, mentre la Regione con il valore più basso è la Toscana con 167,7 euro.
- Il consumo farmaceutico territoriale di classe A-SSN aumenta dello 0,7% rispetto all'anno precedente: ogni mille abitanti sono state prescritte 963 dosi di farmaco al giorno, nel 2000 erano 580. L'acquisto totale (pubblico e privato) di farmaci attraverso le farmacie è stato di 1,8 miliardi di confezioni: 30 per ogni cittadino italiano.
- La prescrizione di farmaci equivalenti, che nel 2002 rappresentava il 13% delle DDD/1000 abitanti die, costituisce nel 2011 oltre metà delle dosi. Circa 1/3 delle prescrizioni è relativo a farmaci generici equivalenti, una quota tra le più basse osservate a livello internazionale. I primi 20 principi attivi rappresentano metà della spesa e delle dosi dei farmaci a brevetto scaduto. Nell'ultimo anno hanno perso il brevetto il valsartan, da solo e in associazione con diuretici, l'esomeprazolo e l'olanzapina.

Tavola B.13

Variabilità regionale dei consumi farmaceutici territoriali^a 2011 per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa (Tavola e Figura). Rapporto OsMed 2011.

	Scostamento % dalla media nazionale			Rango spesa
	DDD/1000 ab die	DDD/1000 DDD	Spesa lorda pro capite	
Sicilia	13	12	26	1
Puglia	10	5	15	2
Lazio	10	5	15	3
Campania	3	11	14	4
Calabria	7	6	13	5
Sardegna	8	4	12	6
Abruzzo	1	8	9	7
Molise	-1	2	1	8
Basilicata	1	-4	-4	9
Lombardia	-10	4	-6	10
Marche	0	-7	-7	11
Liguria	-5	-3	-8	12
Friuli VG	-3	-5	-8	13
Piemonte	-7	-5	-11	14
Umbria	7	-17	-11	15
Veneto	-6	-8	-13	16
Val d'Aosta	-7	-7	-14	17
E. Romagna	-2	-15	-17	18
Toscana	-1	-17	-18	19
Trento	-13	-9	-21	20
Bolzano	-24	-4	-27	21



Costi e bisogni

Sono i due bracci della bilancia entro i quali si dibatte da qualche tempo il nostro SSN e regionale: una difficile equazione nella quale giocano una parte rilevante numerose variabili. Una di queste è quella dell'aderenza alle terapie da parte del paziente, essenziale per ottenere i benefici che la cura si propone e indispensabile nel caso delle patologie croniche.

- Ai medici e ai pazienti (e, perché no, ai decisori) deve interessare quanto e come l'aderenza alla terapia da parte del paziente condiziona l'efficacia della cura?

- Che ruolo giocano, sull'atteggiamento del paziente, la capacità comunicativa del medico e/o i vincoli a cui deve sottostare un sistema sanitario avaro di risorse?
- Da una carente compliance del paziente derivano conseguenze negative, sul piano economico soprattutto, per il servizio sanitario?

La quadratura del cerchio non è facile: data per certa l'influenza dell'aderenza alle terapie sulle sorti del sistema sanitario, resta da individuare attraverso quali strumenti gli operatori sanitari possano coinvolgere il paziente in un "circuito virtuoso" che, partendo dall'attività di prevenzione, giunga fino al trattamento – efficace anche se non risolutivo – della patologia cronica. Dobbiamo tenere presente poi che come riequilibrare i conti è un problema "artificiale" nel senso che, fin tanto che il tetto di spesa complessiva resta del 16%, per poterci permettere l'aumento generato dai costi dei farmaci cosiddetti innovativi, la Medicina Generale dovrà raschiare il fondo del barile ... ma anche questo, nel tempo, non sarà sufficiente e pensiamo che il tempo sia giunto.

Con la contrazione accelerata dei ricoveri e con la conseguente diminuzione delle giornate di degenza, si è ormai spostata sul cosiddetto "territorio" la gran parte delle spese per il ciclo di cure dei pazienti soprattutto quelli cronici. Anche e soprattutto con la presa in carico attraverso il Chronic Care Model dei pazienti affetti da diabete, bronchite cronica, ictus, scompenso di cuore non possiamo porci il problema dell'ottimizzazione delle cure in primo luogo relazionali e di supporto e in secondo luogo anche farmacologiche. Sappiamo che queste passano dal vaglio di un controllo dell'aderenza e della compliance al trattamento, ad una lista di priorità del paziente con comorbidità, ma anche all'adeguamento della politerapia in caso di nuove diagnosi e di sottotrattamento.

Postfazione

L'aumento dei costi associati alle nuove tecnologie e i limiti di spesa hanno stimolato la ricerca di una maggiore efficienza e appropriatezza e anche il tentativo di valutare l'efficacia delle terapie non soltanto in base al costo di un singolo elemento, quale ad esempio il farmaco utilizzato, ma piuttosto in base al costo/paziente

complessivo. E non si può negare, e i cittadini (prima ancora che i malati) devono sapere e conoscere come la medicina generale in Toscana ad esempio abbia dato e stia dando molto ad un uso oculato del farmaco (vedi tavola B13 del Rapporto OsMed 2011 e gli esempi dell'allegato a destra). E questo da molti anni e con non pochi sacrifici, visto che viviamo tutti nelle pieghe della società dei consumi.

A nostro parere pertanto occorre:

1. Analizzare i bisogni dei pazienti non ancora soddisfatti, totalmente o parzialmente, dall'attuale assistenza farmaceutica, con riferimento al ruolo del medico di medicina generale nella gestione dei farmaci; gli *unmet need* sono pochi, ma l'accesso ai farmaci nuovi è pericolosamente minimo, aumenta la lista di attesa per la modifica dei piani terapeutici con aggravio dei costi, esclude di fatto dalla prescrizione la medicina generale con una deleteria perdita di cultura farmacologica sulle novità farmaceutiche, sulle interazioni, etc.
2. Analizzare i fattori clinici che possono favorire l'uso appropriato ed efficiente dei farmaci da parte dei medici di medicina generale in relazione alle criticità dei bisogni dei pazienti e alle comorbidità.
3. Numerosi studi nazionali (vedi *Rapporto Osmed 2011* ma anche i precedenti) dimostrano la variabilità prescrittiva dei medici di medicina generale 'diretta o indotta' da specialisti, che non si associa a dimostrate differenze di esiti nella salute della popolazione.

Oggi esistono sistemi informatizzati che possono migliorare l'individuazione, a partire dalla cartella clinica informatizzata, dei pazienti meritevoli di una "modifica terapeutica" e che permettono al medico di MG di avere in tempo reale un completo controllo di gestione delle principali malattie croniche dei singoli e di sottogruppi di pazienti.

Ultimo aspetto, ma determinante, stante la grave crisi finanziaria europea, è la necessità di vari soggetti (Regione, Industria, Università, Operatori) di investire nel settore della ricerca, volano per lo sviluppo. Il grande interesse che la politica del farmaco suscita sia a livello nazionale che regionale può trasformare il momento di crisi in una grande opportunità di politiche

ALLEGATO

Farmaci antineoplastici e immunomodulatori

La distribuzione della spesa e dei consumi territoriali mostra un'ampia variabilità regionale.

Il valore minimo di spesa e DDD si osserva per la Toscana (0,3 euro pro capite e 0,3 DDD/1000 abitanti die) mentre il valore massimo si osserva per la Lombardia (9,1 euro pro capite e 6,1 DDD/1000 abitanti die). L'andamento regionale risente, come per il confronto internazionale, delle differenti modalità distributive attuate per questa categoria di farmaci nelle varie Regioni.

Farmaci sistema nervoso centrale

Analizzando gli andamenti regionali relativi alla spesa e alle quantità prescritte, si osserva che la Basilicata mostra i valori più bassi di spesa pro capite (19,9 euro) e di quantità prescritte (50,8 DDD/1000 abitanti die). Abruzzo e Toscana registrano invece i valori maggiori, rispettivamente per spesa (35,1 euro) e quantità (76,2 DDD/1000 abitanti die).

Farmaci cardiovascolari

In tutte le Regioni si osserva un calo nella spesa mentre la prescrizione aumenta; fanno eccezione la Val d'Aosta, la Liguria, l'Abruzzo, la Campania e la Puglia, dove si osserva una modesta diminuzione delle quantità prescritte. L'effetto mix (tendenza a prescrivere farmaci più costosi) continua però a essere positivo nella quasi totalità delle Regioni con l'eccezione di Toscana e Umbria.

Farmaci organi di senso

A livello regionale l'analisi della spesa e delle quantità prescritte mostra che, analogamente a quanto osservato nel corso del 2010, sono le Regioni del Centro Italia, in particolare Marche (4,9 euro pro capite e 28,2 DDD/1000 abitanti die), Abruzzo (4,5 euro pro capite e 25,4 DDD/1000 abitanti die) e Toscana (4,3 euro pro capite e 25,0 DDD/1000 abitanti die) a registrare gli scostamenti maggiori in eccesso rispetto alla media nazionale.

sociali, unendo finalmente in un accordo trasparente gli attori sopracitati, mettendo a frutto le potenziali risorse finanziarie dell'industria, quelle di interesse generale dell'amministrazione pubblica (dagli investimenti al raccordo con il mondo universitario per lo sfruttamento dei brevetti, etc), la volontà di coniugare ricerca e sviluppo anche locale del settore universitario. In sintesi: uniformità di accesso alle cure per tutti i pazienti, disponibilità per il medico di ricorrere agli strumenti terapeutici complessivamente più appropriati, regolamentazione adeguata ed innovativa del mercato del farmaco.

Saffi Giustini, Medico di famiglia ASL 3, consulente AIFA e Regione Toscana

Beppino Montalti, Medico di famiglia ASL 3, Segretario Provinciale Fimmg Pistoia