

Gruppo di lavoro

“Le modalità di regolazione dei prezzi dei prodotti farmaceutici nei principali Paesi europei e il loro impatto sulla ricerca nel settore”

(Coord. GIORGIO MACCIOTTA)

Proposta di un sistema informativo per contrastare comportamenti locali di spesa farmaceutica fuori norma

di Giuseppe Cananzi – bozza del 29 maggio 2007

Abstract

1. La proposta parte dalla considerazione che la spesa del farmaco risulta funzione, tradizionalmente, di prezzi medi e quantità consumate e delle relative determinanti. L'evidenza di notevoli disparità di comportamento a livello locale rende possibile una politica di risparmio pubblico anche nella direzione, usualmente poco battuta, della riduzione dei comportamenti di spesa locali più anomali.
2. Lo strumento proposto è quello di un sistema informativo di divulgazione delle evidenze di spesa locali, che tipicamente si distribuiscono secondo una gaussiana: un'area di *normalità*, che raccoglie i comportamenti più diffusi, e due “code”, una di *eccellenza* (comportamenti locali di spesa virtuosi) ed una *critica* (comportamenti di spesa relativamente elevati).
3. La proposta prende le mosse da alcune positive esperienze di politica di benchmark veicolata dai media: *Goletta verde*, la *Classifica provinciale sulla qualità della vita* edita l'ultimo lunedì dell'anno da Sole 24 Ore e la *Classifica ERA della mortalità evitabile*, un rapporto Annuale a cura Istat, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità eccetera.
4. L'ipotesi di lavoro parte da quattro assunti
 - a. che comportamenti virtuosi, se pubblicamente acclarati, vengano quanto meno confermati se non maggiormente motivati
 - b. che comportamenti critici, se sottoposti a dibattito pubblico, tendono ad autoregolarsi
 - c. che la spinta al miglioramento di un sistema informativo orientato a mettere in evidenza comportamenti rispettivamente virtuosi e critici invita questi ultimi ad un percorso di rientro “sostenibile”: per uscire dalla coda critica è sufficiente migliorare il proprio posizionamento relativo sino a rientrare nella grande area di normalità
 - d. che i risultati attesi da un sistema informativo orientato al benchmark e collegato ad un evento annuale di discussione presentano un rapporto costi-benefici particolarmente interessante.

Caratteristiche obiettivo del sistema informativo proposto

5. Di seguito sono indicate quattro caratteristiche desiderate del progetto, al fine di aiutare a disegnarne l'architettura e i relativi parametri di verifica. Il sistema informativo proposto (di seguito per brevità “SI”) ha l'obiettivo di:
 - a. essere in grado di orientare la pubblica opinione
 - b. dare risultati concreti in tempi realisticamente brevi
 - c. rendere possibile misurare se e in quale misura l'obiettivo di riduzione dei comportamenti locali di spesa farmaceutica fuori norma viene perseguito
 - d. offrire un rapporto costo benefici vantaggioso.

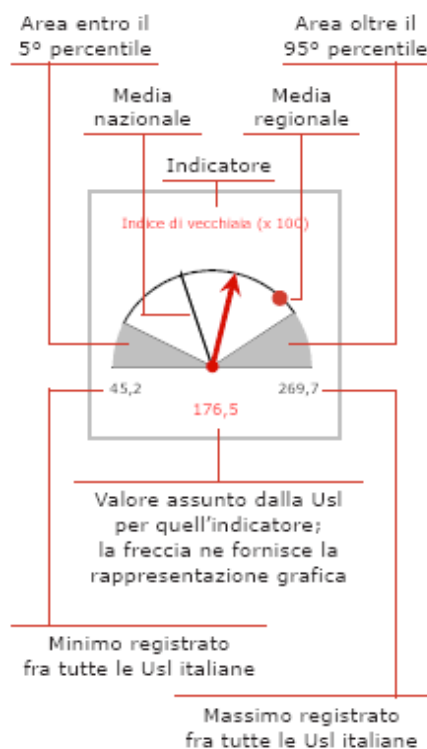
Obiettivo 1: essere in grado di orientare la pubblica opinione

6. Si tratta della caratteristica obiettivo generale del progetto, indubbiamente la più complessa, che prende spunto dalle esperienze indicate al punto 3 – cioè alcune esperienze concretamente positive già realizzate – e considera validi gli assunti ricordati al punto 4 ed in particolare che “comportamenti critici, se sottoposti a pubblico dibattito, tendono ad autoregolarsi”. Questo obiettivo implica diversi livelli di attenzione da tenere sotto controllo sia in fase progettuale che realizzativa.

7. Un primo livello di attenzione da tenere esplicitamente sotto controllo è quello dei destinatari dei prodotti conoscitivi offerti dal SI. Schematizzando a fini espositivi si individuano quattro categorie di destinatari:

- a. i media - individuati quale principale testa di ponte delle “notizie” proposte dal SI, pensate in modo da interessare soprattutto la stampa di tipo locale e regionale, a sua volta allertata dai media generali di livello nazionale
- b. i cittadini / consumatori - devono essere raggiunti dal messaggio mediatico sia di livello nazionale che di livello locale, ma devono essere messi in grado di risalire con facilità direttamente alla fonte, in modo da contemperare, sin dove possibile, le inevitabili approssimazioni della traduzione mediatica
- c. allo stesso modo gli operatori sanitari, in particolare i decisori di spesa locali, devono da un lato essere interessati dagli eventuali segnali di “anomalia” di tipo mediatico, e dall’altro essere in grado di verificare l’autorevolezza e il rigore metodologico delle analisi proposte
- d. infine le autorità sanitarie di livello nazionale, regionale e locale debbono essere in grado di fruire con chiarezza dei prodotti conoscitivi offerti dal sistema informativo quale concreto supporto *evidence based* ai relativi processi decisionali.

8. Un secondo livello di attenzione da tenere sotto controllo è l'impianto comunicativo offerto dal SI, sulla base del principio che *non è possibile vedere la foresta se l'obiettivo è puntato sui singoli rami, alberi e foglie, e viceversa*. Vanno esplicitamente e rigorosamente calibrati i prodotti conoscitivi offerti rispetto a tre differenti punti di vista: nazionale, regionale e locale. Utilizzando un linguaggio fotografico, il livello di zoom nazionale, di intera foresta, dovrà rendere conto della posizione di boschi, ruscelli e radure. Si tratta tipicamente di realizzare un rapporto caratterizzato da elevata fruibilità (e quindi di necessità di agile lettura), possibilmente corredato da una “classifica” e da opportuni strumenti di carotaggio per consentire il passaggio ai livelli regionale e locale ⁽¹⁾. Il livello successivo, regionale, deve avere un punto di messa a fuoco diverso dal precedente: deve richiamare sullo sfondo i riferimenti nazionali, ma consentire di concentrare l’attenzione unicamente sulle unità territoriali della specifica regione di volta in volta analizzata. Infine, distinto dai precedenti, il livello locale dovrà permettere una messa a fuoco ancora differente, in grado di far apprezzare agli specifici utenti i contenuti conoscitivi della particolare area. Qui a destra a questo scopo viene



⁽¹⁾ È il caso questo sia dell'intero servizio di Sole 24 Ore come del capitolo generale dell'Atlante sanitario Era.

riportato lo strumento “tachimetro” elaborato per gli indicatori locali dell’Atlante Era, una versione sofisticata e rigorosa di rappresentazioni giornalistiche piuttosto comuni.

9. Un terzo livello di attenzione da tenere sotto controllo è infine l’autorevolezza, l’attualità ma soprattutto la verificabilità di tutta la catena conoscitiva offerta dal SI e quindi dei segnali nazionali, regionali e locali che questo emette. A titolo esemplificativo l’Atlante Era è frutto di competenze multidisciplinari statistiche (Istat) epidemiologiche (Istituto Superiore di Sanità), clinico-scientifiche (Università di Tor Vergata) ed elaborativo-comunicative (un centro studi a carattere privato). L’insieme delle forze messe in campo ha la finalità di “fondare” autorevolmente e in modo trasparente i segnali di attenzione, anche forti – e quindi in un certo senso dolorosi – che il sistema annualmente lancia. Questa componente, esplicitamente ricercata, ha due importanti funzioni: quella di contrappeso delle inevitabili semplificazioni e strumentalizzazioni che la traduzione dei media comporta ma soprattutto quella di creare una corrente diffusa di consenso intorno ai “segnali” di rientro da comportamenti anomali di spesa a livello locale che il SI è finalizzato ad emettere.

Obiettivo 2: dare risultati concreti in tempi realisticamente brevi

10. Una prima considerazione, a carattere retrospettivo, deriva dalla sovente eccessiva lunghezza di gestazione di progetti conoscitivi destinati ad orientare l’azione progettati nell’ambito delle pubbliche amministrazioni ⁽²⁾.

11. Un secondo ordine di considerazioni deriva, all’opposto, da una analisi prospettica: va ragionevolmente preso atto che un processo di rientro di comportamenti locali anomali in termini di spesa farmaceutica richiede un meccanismo culturale di consenso che difficilmente restituisce frutti significativi sin dalla prima edizione. Appare quindi indispensabile pervenire nel più breve tempo possibile ad uno strumento pienamente operativo, auspicabilmente entro una annualità dall’inizio dei lavori.

12. Un detto medico recita che non sempre *l’ottimo è amico del bene*: l’obiettivo di dare risultati in tempi realisticamente brevi impone l’utilizzo di dati già esistenti e pubblicamente disponibili e delimita in questo senso i contenuti progettuali della presente proposta al solo versante di elaborazione e diffusione, in ottica di benchmark locale orientato al consenso, di tali dati.

⁽²⁾ Schematizzando un sistema informativo ha sostanzialmente due funzioni: da un lato quello di raccolta e controllo qualità dei dati elementari, dall’altro quello di analisi e diffusione conoscitiva degli stessi. Una eccessivamente lunga gestazione comporta la prevalenza della prima fase (raccolta e validazione dati elementari) lasciando di fatto allo stato semi-larvale la fase propriamente conoscitiva e di fruizione dei prodotti di analisi elaborati a valle delle informazioni raccolte. Tra numerosi esempi basti ricordare: a. il primo sistema informativo sanitario (SIS), portato alla luce dalla legge 833/1978, dopo oltre 20 anni di gestazione fu valutato come sostanzialmente fallito e rifondato nell’attuale progetto *Mattoni*, a sua volta ancora in itinere (in particolare nell’analisi dei flussi finanziari e dei bilanci delle Usl); b. a valle del decreto legislativo 29/1993 è stato dato vita ad un sistema informativo sul costo del lavoro (il *Conto Annuale delle Pubbliche Amministrazioni*) che impegna annualmente oltre al sistema centrale anche ciascuna delle oltre 13 mila pubbliche amministrazioni italiane e che, dopo oltre un decennio, evidenzia risultati modesti in termini conoscitivi, in particolare a livello disaggregato; c. infine anche il cosiddetto mandato informatico delle pubbliche amministrazioni previsto dall’articolo 28 della legge 289/2002 (legge finanziaria 2003) inizia solo a distanza di un quinquennio a trovare un suo disegno compiuto (SIOPE).

13. Il SI qui discusso è quindi esplicitamente finalizzato a mettere a punto un completo sistema di cruscotti conoscitivi, a favore di media, cittadini, operatori sanitari ed Autorità sanitarie, data l'informazione esistente ⁽³⁾.

Obiettivo 3: rendere possibile misurare se e quanto l'obiettivo di riduzione dei comportamenti locali di spesa farmaceutica anomali viene perseguito

14. Si tratta di un obiettivo implicito alla proposta. Realizzare un quadro definito, aggiornato, autorevole e conoscitivamente fruibile dei comportamenti di spesa farmaceutica di livello locale consente – per costruzione – di misurare quantitativamente anno dopo anno i risultati raggiunti e di sottoporli ad una piena e trasparente valutazione.

Obiettivo 4: offrire un rapporto costo benefici vantaggioso

15. I parametri di Maastricht, nella loro semplicità, non spiegano le differenze tra un Paese e l'altro ma sono pensati per orientare le relative politiche nazionali attraverso una azione di rigoroso confronto. Questa osservazione ha una rilevanza strategica fondamentale: libera il prodotto conoscitivo qui ipotizzato dall'onere di dare spiegazione approfondita di tutte le evidenze proposte, in particolare dei comportamenti di spesa farmaceutica locale maggiormente fuori norma.

16. Un sistema di confronto “orizzontale” (benchmark) mette in fila e analizza differenti variabili a livello nazionale, regionale e locale (qualsiasi sia il livello di disaggregazione prescelto per tale ultimo ambito, provinciale, di Usl o, qualora possibile, comunale). Non può essere confuso con un sistema informativo di tipo “verticale”, pensato per approfondire una o più specifiche evidenze segnalate dal sistema orizzontale. A stretto rigore, un approfondimento verticale specifico, ad esempio su un territorio caratterizzato da una supposta elevata spesa per farmaci, trova la sua premessa proprio in un corretto posizionamento rispetto alle restanti aree del Paese.

17. Una confusione metodologica tra questi due strumenti – da un lato un sistema conoscitivo di confronto orizzontale, tipicamente di carattere epidemiologico ⁽⁴⁾ e dall'altro diversi sistemi informativi di tipo verticale, tipicamente orientati (secondo la metodologia clinica) ad approfondire le cause di una evidenza di un punto particolare della foresta con strumenti ad hoc – non può che condurre, utilizzando un linguaggio evocativo, ad una *marmellata conoscitiva* caratterizzata da un livello di fruibilità a fini decisionali e di orientamento all'azione particolarmente modesto.

18. La proposta delineata in queste pagine si configura, in conclusione, come elaborata a partire da dati già esistenti, libera dall'onere (improprio) di dare approfondita ragione e spiegazione di ogni particolare evidenza rappresentata, e di alto valore conoscitivo: è esplicitamente orientata, sia in fase progettuale che realizzativa che comunicativa a segnalare e far progressivamente rientrare comportamenti locali di spesa farmaceutica fuori norma.

⁽³⁾ Ciò caratterizza questa esperienza come peculiare rispetto ad altre, anche pluriennali, concentrate prevalentemente sulla fase di produzione e validazione dei dati di base con la conseguenza che gli aspetti di fruibilità conoscitiva appaiono ancora allo stato larvale.

⁽⁴⁾ Non è superfluo ricordare che il termine “epidemiologia” fu coniato da John Snow intorno al 1850, quando disegnò con un punto sulla mappa di Londra ogni morto durante due epidemie di colera. L'infittirsi dei punti in particolari luoghi, rivelatisi poi come corrispondenti alle fontane di erogazione di acqua potabile permise di identificare il veicolo di trasmissione della malattia e diede quindi vita al primo sistema informativo di carattere orizzontale.

19. Il costo di tale progetto è da considerarsi sostanzialmente limitato alle risorse necessarie alla progettazione e messa in opera di *a.* un modello di indicatori, *b.* un modello di fruizione (auspicabilmente su web), *c.* un rapporto annuale, *d.* un evento pubblico annuale ed *e.* la relativa conferenza stampa.