

Seminario di ASTRID  
**“La regolazione del ciclo e dei prezzi dei prodotti farmaceutici  
e il sostegno dell'innovazione e della ricerca”**

Roma, 10 giugno 2007

*di Giuseppe Cananzi*

Prendo spunto dall'Onorevole Cosentino, che giustamente chiede di distinguere fra ruolo dello Stato “regolatore” e ruolo dello Stato “acquirente”. È una distinzione a mio avviso rilevante oltre che corretta: la storia degli Orazi e Curiazi insegna che un problema complesso va scisso in problemi più semplici per poter essere adeguatamente affrontato. In dissenso con l'on. Cosentino, osservo però che se il Lazio spende il doppio dell'Alto Adige in termini di farmaceutica convenzionata, è metodologicamente improprio orientare la soluzione nella direzione di una ricerca delle determinanti di questa differenza. L'approccio giusto a mio avviso dovrebbe essere di carattere epidemiologico: la prima cosa importante è conoscere, in maniera collettiva e diffusa, che il Lazio spende il doppio dell'Alto Adige, non le specifiche e puntuali ragioni di questa differenza. Provo a spiegarmi. C'è un detto anglossassone che dice “non puoi vedere la foresta e contemporaneamente mettere a fuoco i singoli rami”, se ci provi fai un errore. Se ti tieni sulla visuale intera foresta vedi gli alberi, quelli più grandi e quelli più piccoli, vedi il Lazio e vedi l'Alto Adige, possibilmente che la Asl X spende ad esempio una volta e mezzo o due volte quello che fa la Asl Y; a questo livello non vedi però il perché questo succede. È corretto allora separare le funzioni, come indica Cosentino. Bene individuare separatamente la funzione di regolatore dello Stato e individuare le relative politiche. Bene individuare separatamente la funzione di acquirente, pressoché in regime di monopolio, e individuare le relative politiche. Io aggiungerei una terza funzione, altrettanto indispensabile, cioè quella di collante dell'informazione a disposizione del “tavolo” di definizione delle politiche farmaceutiche, cioè di tutti coloro che hanno voce in capitolo a questo riguardo. L'informazione, la conoscenza a disposizione aiuta il tavolo nel suo complesso, non una parte a discapito dell'altra. Questa informazione ha due possibilità di zoom. Il primo livello di zoom è quello di foresta, e questo livello rende conto, ad esempio, del fatto che il Lazio spende di più dell'Alto Adige. Poi sarà compito della singola realtà approfondire, conoscere e vivaddio porre rimedio, cioè ingrandire a piacere il livello di zoom dell'immagine. Ma il primo livello, quello di conoscenza alta, è cruciale, è una conoscenza che aiuta tutti, aiuta a ragionare e stimola soprattutto,

ma separatamente, il secondo livello di approfondimento/zoomata, cioè il livello dove vanno tarati i relativi interventi correttivi. In un momento in cui pubblicamente la Asl X risultasse spendere una volta e mezzo o il doppio della Asl Y, sarà un problema di zoom locale capire perché c'è stata quella spesa, non del livello nazionale, che per me ha il compito di autostrada dell'informazione. Condivido l'osservazione di Fletcher che abbiamo bisogno di informazioni valide (il più possibili semplici ed utilizzabili) e che vale la pena investire durevolmente nel tempo su questo fronte così come vale la pena investire anche in nuove tecnologie per rendere praticabile la ricetta elettronica del medico di base. Se penso al sistema informativo sanitario che dopo venti anni ha mancato il suo scopo ed è stato completamente rifondato e adesso sta ripartendo, dico che non possiamo rischiare un sistema autistico, un sistema che darà i propri frutti fra 15 anni. Questo genere di macchine non aiuta nessuno.

Quello che mi sento di proporre è quindi un sistema informativo di supporto alla decisione della spesa farmaceutica locale, in particolare dove questa è più anomala. Un sistema direttamente basato su dati il più possibili periferici, possibilmente per Asl, possibilmente per comune. I risultati di questo sistema si disporranno tipicamente su una gaussiana: molti casi con un livello di spesa farmaceutica "normale" e poi le evidenze di quelli che spendono un po' meno (ad esempio l'Alto Adige o le AsL dell'Alto Adige o i Comuni dell'Alto Adige) e quelli che, all'opposto, hanno una spesa relativamente (e significativamente) più elevata.

Il fatto di diffondere, di utilizzare questo sistema informativo a disposizione non di una sola parte, ma di cittadini, consumatori, sindacati, operatore pubblico, imprenditoria privata eccetera ha secondo me alcune implicazioni per niente banali.

La prima implicazione è di carattere economico e sposa la linea esposta da Claudio De Vincenti: auspicabilmente libera, in modo verificabile, risorse da destinare ad esempio a politiche di innovazione del farmaco. Provo a spiegare. Io non credo che l'Alto-atesino (stiamo parlando di salute, non di andare al mare con il costume griffato o meno) se pubblicamente gli si attesta che spende relativamente poco in termini di farmaci pensi "che scemo che sono, fammi andare di più in farmacia". Credo invece che tutti noi e prima di noi soprattutto i media, andiamo istintivamente a verificare i casi limite (si pensi alla positiva esperienza di Goletta Verde o a quella dell'Atlante ERA sulla mortalità evitabile). Ne deriva che se un sistema informativo pensato per mettere in

evidenza che la Asl XYZ spende relativamente molto, proprio per questo aspetto di attenzione mediatica, è un potente invito ad autoregolarsi. Questa autoregolamentazione porta ad una contrazione della spesa proprio là dove è più eccessiva e non motivata, con effetti misurabili di risparmio. Deriva, provo a sposare l'ottica del Garante della Concorrenza, da una "libera concorrenza dell'informazione" che in questo momento purtroppo non è assolutamente adeguata, una concorrenza che deriva, mi piace sottolinearlo, da una pubblica discussione, non da un decreto o da un atto comunque impositivo o coercitivo.

La seconda implicazione di un sistema informativo sui consumi farmaceutici locali anomali è di tipo politico. Lo dico con convinzione: se un comportamento anomalo di eccessiva spesa tenderà a ritirarsi come fa la lumaca che si rimette nel guscio, è perché in qualche maniera saremo stati in grado di dar luogo ad una ondata di consenso diffuso orientata ad evitare comportamenti di spesa eccessivi. Ma il consenso è un bene politicamente prezioso e il consenso basato su dati pubblicamente diffusi, discussi, verificati e che devono reggere il fuoco della critica è un obiettivo a mio avviso politicamente interessante e da tenere esplicitamente in considerazione se vogliamo dare avvio a politiche vincenti in tema di farmaci.

La terza implicazione del sistema informativo che propongo è laterale rispetto alle grandi problematiche discusse oggi, e tuttavia da tenere attentamente in considerazione. Ragionare su un solo numero, ad esempio una percentuale del tetto di spesa, è in qualche maniera fragile, perché un numero solo è contestabile. Penso, per fare una battuta, al Ministro Visco e al Ministro Tremonti che litigavano su un buco grande quanto la somma di alcune finanziarie, sostenendo l'uno che c'era e l'altro che non c'era. Se un Paese si può permettere di discutere su un numero come quello e in quella maniera, vuol dire che non si tratta di un numero difendibile, ma se non è un numero difendibile vuol dire che non è un patrimonio di conoscenza del tavolo della collettività, non di una parte contro l'altra armata. Invece, se venissero diffusi in modo orientato, fruibile e politicamente consapevole i dati di consumo farmaceutico di 8 mila comuni, che si aggregano in 188 Asl, 103 Province, 19 Regioni e due Province Autonome e infine formano un indicatore univoco nazionale, quei numeri diventerebbero un patrimonio di conoscenza difficilmente attaccabile. E una società che ha sul tavolo un patrimonio di conoscenza condiviso decide meglio e più efficacemente di una società che sul tavolo ha pochi numeri, oltretutto fragili.