

**Dr. Antonio Augello**

**RELAZIONE  
SULLA SPESA FARMACEUTICA  
DELLA REGIONE SICILIA**

**ANDAMENTO - MONITORAGGIO - CORRETTIVI**



**- MARZO 2007 -**

## ***Introduzione***

Ogni volta che si parla di spesa farmaceutica, purtroppo, la sanità diventa un problema economico da contenere e da tagliare dimenticando che, dietro il consumo di farmaci, vi è una popolazione che soffre e che versa in stato di bisogno.

Leggendo i dati relativi al numero di ricette prescritte agli assistiti della Sicilia (passate dai 35 milioni del 2000 agli oltre 50 milioni del 2006 – dato *Federfarma* -) e considerato che il numero di confezioni erogabili per ogni ricetta non è variato ci siamo resi conto di un dato che, se vero e reale, sarebbe terribile: lo stato complessivo della nostra salute è peggiorato, negli ultimi 5 anni, del 50%.

Eppure, su un dato così importante dal punto di vista sociale, non abbiamo sentito levarsi alcun grido di allarme, non è stata attivata alcuna forma di monitoraggio epidemiologico che cercasse di capire i perché di questo aggravamento della salute dei cittadini siciliani.

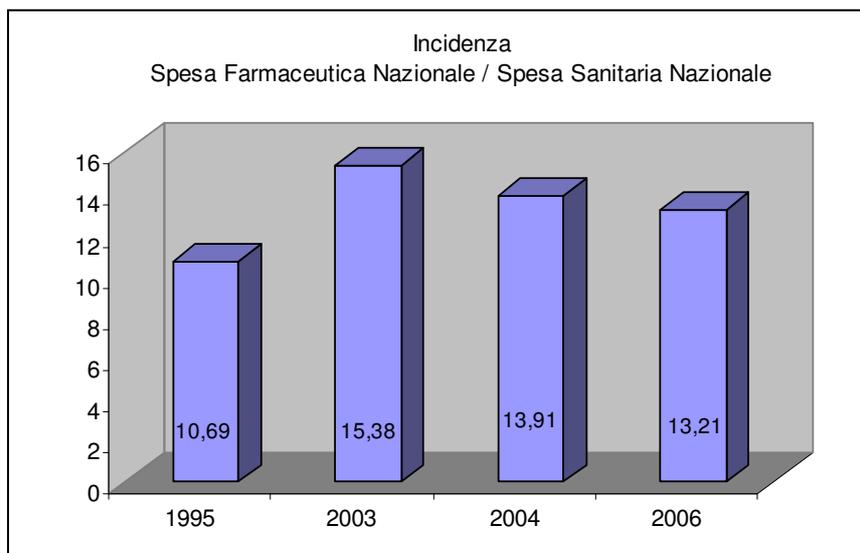
Questo dato, però, deve essere vero e reale se solo consideriamo l'alta professionalità dei nostri operatori di settore, la certezza delle prescrizioni effettuate secondo "scienza e coscienza", l'efficienza dei nostri uffici di controllo .. eccetera.

Ma, se per caso non fosse vero, se non fossimo realmente più malati, allora qualcuno dovrebbe essere responsabile oltre che di aver generato ed alimentato la voragine dei debiti della sanità anche di aver inutilmente e notevolmente inciso sui bilanci familiari dei nostri malati.

Detto questo, giusto e doveroso cappelletto di un discorso estremamente tecnico, passiamo ad esaminare numeri, diagrammi e statistiche per cercare di capire il fenomeno della spesa farmaceutica e per cercare di indicare alcune possibili soluzioni allo stesso.

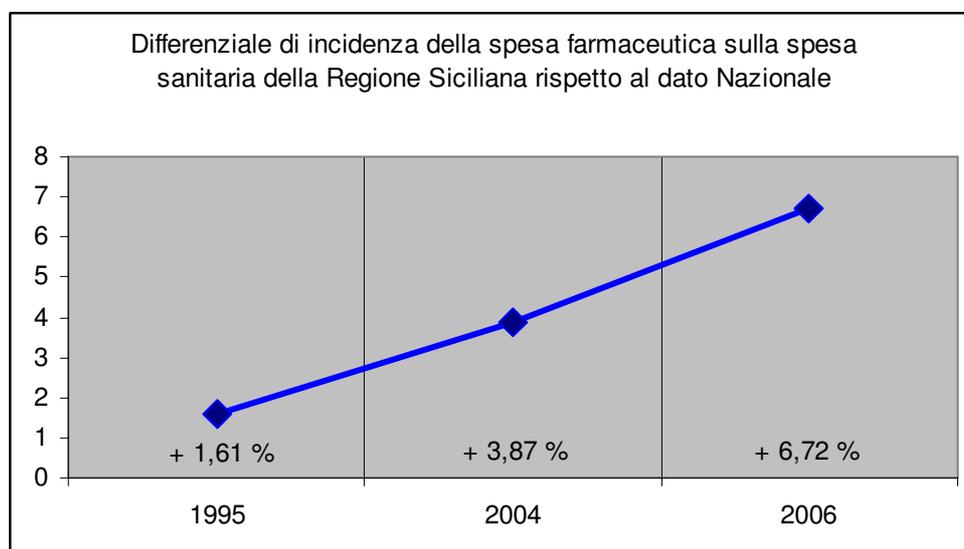
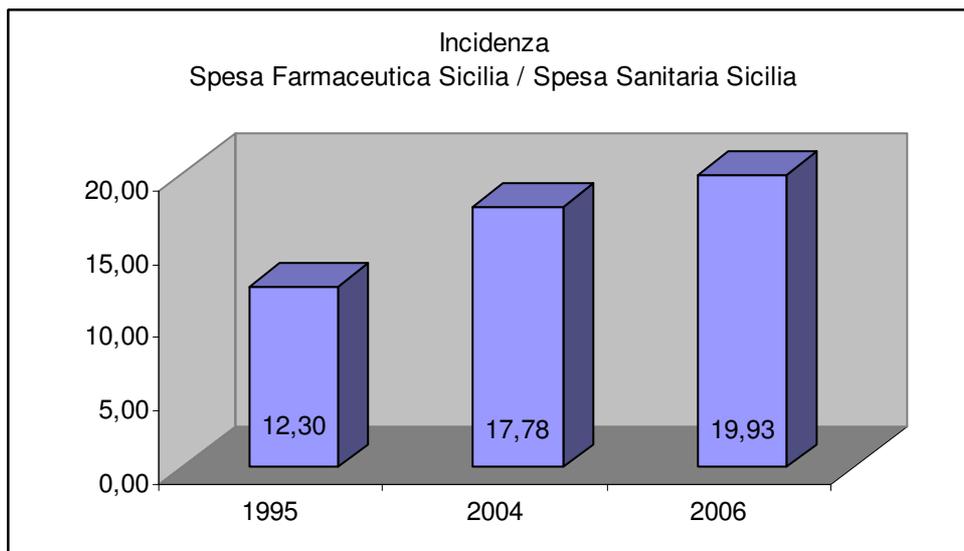
## ***I numeri della spesa***

La spesa farmaceutica ha subito un'evoluzione negli ultimi anni ed ha registrato aumenti tanto notevoli da portarne l'incidenza, sull'intera spesa sanitaria, dal 10,69 % del 1995 al 15,38% del 2003 stabilizzandosi in sede Nazionale al 13,21% (nel 2006 13.440 su 101.778 milioni di Euro).



In Sicilia, invece, si è registrata un'inversione di tendenza rispetto al territorio Nazionale e l'incidenza della spesa farmaceutica sulla spesa sanitaria è passata dal 12,30 del 1995 al 17,78 del 2004 ed ha continuato ad aumentare, in controtendenza con il dato medio Nazionale fino a

raggiungere il 19,93% del 2006, registrando un differenziale che dal 1,61% del 1995 si è attestato ad un + 6,72 % nel 2006.



Tutto questo indica che la spesa farmaceutica, nella nostra Regione, rappresenta il capitolo di spesa che ha registrato in assoluto il maggior incremento e, quindi, si rende necessario un attento esame ed un approfondimento dei motivi che hanno prodotto, e continuano ad alimentare, questo trend di crescita.

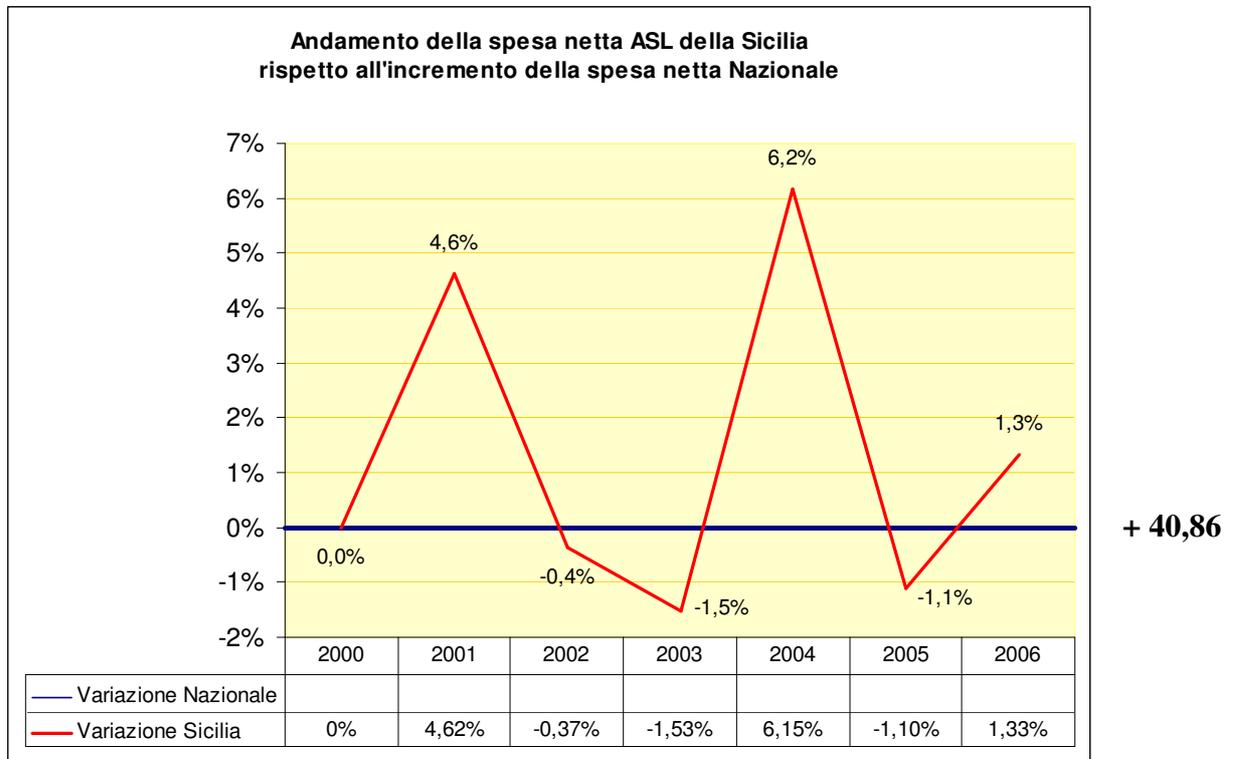
ITALIA		
ANNO	SPESA LORDA	SPESA NETTA
2000	10.034.264.533	8.751.237.607
2001	12.133.840.109	11.597.302.497
2002	12.629.651.143	11.708.721.172
2003	12.348.512.836	11.089.523.824
2004	13.490.535.826	11.979.847.103
2005	13.408.139.408	11.847.604.281
2006	13.440.166.587	12.327.165.436

SICILIA		
ANNO	LORDA	NETTA
2000	988.822.889	863.165.292
2001	1.242.451.449	1.183.801.992
2002	1.304.367.965	1.190.769.563
2003	1.272.993.728	1.109.627.090
2004	1.429.602.015	1.267.006.496
2005	1.423.715.844	1.239.075.724
2006	1.441.035.111	1.305.763.217

Si nota subito che, tra il 2000 ed il 2004 la spesa farmaceutica in campo Nazionale è aumentata di circa 3 miliardi e mezzo di Euro, e si è successivamente stabilizzata negli ultimi due anni su valori inferiori al 2004.

Se ora raffrontiamo la tabella con la Spesa farmaceutica della Sicilia ci accorgeremo che l'incidenza dell'aumento è notevolmente più marcata in quanto, nello stesso periodo la spesa farmaceutica è aumentata di circa 500 milioni di euro (pari a mille miliardi delle vecchie lire) e, dopo un anno di fermo a valori simili al 2004 è ricominciata leggermente a salire.

Se raffrontiamo, quindi, gli aumenti registrati in campo nazionale con quelli registrati in Sicilia si potrà notare l'enorme differenziale accumulato dalla nostra regione.



Nel periodo in osservazione la Sicilia ha accumulato un ulteriore aumento di oltre il 9% sull'aumento nazionale, che già è stato del 40,86%.

### ***Composizione della spesa farmaceutica***

Innanzitutto bisogna premettere che, normalmente, i medici, sono soliti ribadire che la scelta del farmaco nella cura delle patologie è assolutamente insindacabile.

Questa affermazione è assolutamente vera ed è confermata da numerose Leggi in vigore ma, a nostro avviso, è legittima esclusivamente in un sistema nel quale i prodotti utilizzati siano pagati direttamente dal paziente.

Infatti, qualunque specialità medicinale per la quale venga richiesta, al Ministero della Sanità, l'autorizzazione all'immissione al commercio deve riportare sul foglietto illustrativo le proprie caratteristiche riguardanti l'indicazione terapeutica e la posologia applicabile.

Il foglietto illustrativo che viene consegnato bollato, timbrato e firmato nella pratica di richiesta ai sensi della circolare 24 dal 20 marzo 1980 è parte integrante dell'autorizzazione stessa.

La modifica del foglietto illustrativo, non corrispondente a quello approvato, prevede la revoca dell'autorizzazione stessa ai sensi dell'art. 27 del regolamento n. 478/1927.

Naturalmente il medico, sulla base di ricerche internazionali, di esperienze o di particolari conoscenze proprie, di informazioni scientifiche o di quant'altro ne determini la prescrizione secondo scienza e coscienza, può utilizzare un prodotto (o un'associazione di prodotti) per il trattamento di patologie non indicate nel foglietto illustrativo sotto la sua personale responsabilità.

Questo tipo di utilizzo del farmaco, però, entra nel territorio della ricerca e della sperimentazione e non dell'utilizzo del prodotto per quelle che sono le conoscenze farmacologiche conclamate o le destinazioni terapeutiche autorizzate.

Pertanto, quando una specialità medicinale viene inserita nelle fasce A o B, e quindi a carico del SSN, è logico intendere che il prodotto farmaceutico sia prescrivibile a carico dello Stato per quelle che sono le specifiche farmacologiche che ne hanno consentito l'autorizzazione al commercio tra le quali il dosaggio e le indicazioni terapeutiche.

Sulla base di quanto precedentemente esposto può verificarsi il riscontro e l'evidenziazione di prescrizioni di farmaci in misura eccedente la quantità di prodotto consumabile in un determinato periodo di tempo pur applicando la massima posologia prevista dalle specifiche farmacologiche a corredo della pratica di autorizzazione al commercio.

A maggior conferma di quanto sopra indicato, la normativa che disciplina le erogazioni di farmaci a soggetti esenti per patologia, e che in virtù di tale esenzione hanno diritto a multiprescrizioni (fino a 6 pezzi) in grado di coprire il fabbisogno fino ad un massimo di 3 mesi in unica ricetta, recita chiaramente che "la ricetta è assoggettata a due distinte limitazioni: la prima è costituita dal limite invalicabile di 6 pezzi con essa prescrivibili e la seconda dal periodo massimo trimestrale di terapia che la stessa ricetta può contenere. Pertanto se ... la terapia necessaria a coprire il fabbisogno di tre mesi può essere raggiunta con un numero di confezioni inferiore a 6, il medico avrà cura di prescrivere solo il numero di confezioni strettamente necessario. In nessun caso la disposizione di cui trattasi deve essere intesa nel senso che il medico possa rilasciare in un'unica volta un numero di ricette ciascuna contenente 6 pezzi tale da coprire la terapia di 3 mesi."

Pertanto, se tale normativa va applicata per le prescrizioni a soggetti esenti per patologia, a maggior ragione non sarà possibile effettuare prescrizioni per oltre un mese di terapia a soggetti che non godono di questi benefici.

Può anche verificarsi che un medico prescriva un prodotto destinato in realtà alla cura di una patologia non prevista dal foglietto illustrativo (la qual cosa può essere assolutamente legittima dal punto di vista scientifico); in questo caso deve necessariamente relazionare, per avere i benefici dell'assistenza pubblica, il prodotto prescritto ad una patologia prevista dal foglietto illustrativo che, in effetti, l'assistito non presenta.

Un controllo automatico su questo tipo di irregolarità può essere esclusivamente effettuato su prescrizioni che contengono farmaci destinati a patologie che, in relazione al sesso dell'assistito, non possono esistere; in particolare patologie della prostata in soggetti di sesso femminile, terapia anticoncezionale e/o patologie dell'apparato genitale femminile in soggetti di sesso maschile.

Tutto ciò premesso, data per scontata la buona fede e la professionalità del medico prescrittore, si può distinguere la composizione della spesa farmaceutica in due fasce:

- ▶ prodotti prescritti per **fabbisogno reale** dell'assistito, cioè la quantità di prodotti effettivamente necessari per la corretta cura delle varie patologie in decorso;
- ▶ prodotti prescritti in **eccedenza di prescrizione**, cioè la quantità di prodotti che, per motivi diversi, non potrebbero o non dovrebbero essere somministrati nel periodo in osservazione.

### ***Fattori che determinano la maggior spesa farmaceutica***

In generale la maggior parte della responsabilità dell'incremento indiscriminato della spesa farmaceutica è da ascrivere ai seguenti fattori:

- a) aumento dei prezzi dei farmaci;
- b) introduzione di nuovi principi attivi e di nuove specialità medicinali a costi elevati;
- c) insistenza dell'assistito volta ad ottenere prescrizioni tali da costituire scorta di farmaci;
- d) operazioni di marketing aziendale nei confronti dei medici di base;
- e) confezionamento delle specialità medicinali;
- f) insufficienza dei controlli da parte delle ASL.

Per i primi due casi occorre sottolineare che gli aumenti dei prezzi, in verità da qualche anno estremamente contenuti, sono stabiliti in dipendenza dalle medie prezzo Europee e, quindi, non dipendenti direttamente dalla volontà delle aziende e del governo; l'introduzione, invece, di nuove specialità ad alto costo risponde ad esigenze di ricerca e di progresso e, quindi, nella maggior parte dei casi, inderogabili.

L'insistenza dell'assistito nei confronti del medico di base è, invece, un fattore molto ricorrente e di grande importanza ai fini del contenimento della spesa farmaceutica.

L'Italia è, crediamo, l'unica nazione al mondo dove esiste, tra gli articoli di arredamento, l'armadietto farmaceutico.

Normalmente, la paura di non concedibilità futura di un prodotto, la ricerca di tranquillità da parte dell'assistito di essere sempre in possesso del farmaco, l'assortimento più ampio in modo da poter fronteggiare subito gli eventuali bisogni spingono l'assistito a richiedere prescrizioni di prodotti che non usa ma che sono finalizzati a costituire una scorta domestica.

Tale abitudine può portare anche a gravi conseguenze: la somministrazione in caso di urgenza di un medicinale su diagnosi dello stesso assistito, la somministrazione di prodotti scaduti, la somministrazione di farmaci in interazione farmacologica.

A questa gestione irregolare del malato, il medico, molto spesso, non riesce a sottrarsi sia perché viene retribuito per numero di assistiti (ed un assistito che sostituisce il medico insieme ad altri familiari ed amici causa allo stesso un notevole danno economico e di immagine), sia perché ritiene che una prescrizione abbondante lo lasci tranquillo per un tempo maggiore, sia, infine, perché è certo che ben difficilmente potrà essere controllato.

Le operazioni di marketing aziendale rappresentano un altro fattore determinante in quanto indirizzano il medico sulla scelta di un prodotto piuttosto che di altri.

Tali operazioni, molto spesso assolutamente lecite, possono convogliare le prescrizioni (soprattutto nel comparto degli antibiotici e dei chemioterapici) verso farmaci ad alto costo che, magari, potrebbero essere sostituiti con uguale efficacia da altri a costo minore con l'aggravante che l'uso indiscriminato di antibiotici di nuova generazione molto specifici e potenti può generare fenomeni di farmaco-resistenza che ne possono pregiudicare in futuro l'utilizzo negli stessi soggetti per la cura di infezioni solo ad essi sensibili e che, quindi, ne richiedono il corretto impiego.

Di altre operazioni di marketing aziendale che comprendono gadget ed altre tipologie di incentivi, che pure ci sono, si preferisce non entrare nel merito.

Sul confezionamento delle specialità medicinali quale fattore di eccesso di spesa si è già pronunciata più di una volta la C.U.F.

Indubbiamente, se la cura di una patologia prevede l'assunzione di 3 compresse al giorno per una durata di 10 giorni sarà logico pensare che la confezione debba contenere 30 compresse in maniera tale da garantire la copertura terapeutica.

Se, in casi come questo, l'industria produce confezioni da 20 compresse sarà logico che il medico dovrà prescriverne 2 scatole per un totale di 40 compresse.

Le 10 compresse in eccesso, che l'assistito non potrà consumare, costituiscono spreco e contribuiscono ad incrementare la dotazione di prodotti nell'armadietto farmaceutico.

Tutto quanto sopra evidenziato, comunque, potrebbe ugualmente essere contenuto e normalizzato ove le ASL provvedessero ad effettuare controlli specifici sui medici, sugli assistiti e controlli incrociati.

## ***Interventi per il contenimento della spesa farmaceutica***

Nel momento in cui si è registrata l'esplosione della spesa farmaceutica (2000/2004) sono state avviate misure di contenimento che non sono servite ad operare la riduzione della spesa stessa limitandosi a bloccare il trend di crescita a livello medio nazionale ma lasciando, sostanzialmente, viva la problematica che, in aree geografiche ove non si operano controlli accurati, assume ancora contenuti drammatici.

In questa relazione evidenzieremo le due tipologie di azioni messe in atto nel tempo, ed in special modo tra il 2000 ed il 2004, allo scopo di contenere la spesa farmaceutica:

- ▶ **azioni politiche;**
- ▶ **azioni di controllo.**

### ***Azioni politiche***

Le **azioni politiche** sono state indirizzate:

#### ***a) alla limitazione dell'erogabilità dei farmaci da parte del SSN***

- ▶ Fasce di prescrivibilità;

Il criterio di prescrivibilità secondo *Fasce* di importanza terapeutica è stato introdotto nel 1993 ed ha sostituito il precedente *Prontuario Terapeutico Nazionale* che comprendeva tutti i farmaci concedibili in regime di SSN.

I farmaci sono stati classificati in tre diverse fasce:

- **Fascia A** comprende tutti i farmaci destinati alla cura di patologie importanti che possono essere erogati a totale carico del SSN.
- **Fascia B** comprende tutti i farmaci destinati alla cura di patologie meno importanti che possono essere erogati a parziale carico del SSN con una partecipazione alla spesa da parte del cittadino in misura variabile a seconda di quanto di volta in volta determinato in sede politica.
- **Fascia C** comprende tutti i farmaci erogabili dietro presentazione di ricetta medica ma destinati alla cura di patologie poco importanti che sono erogabili a totale carico del cittadino.

- ▶ Note CUF;
- ▶ Prescrivibilità condizionata;

La CUF (Commissione Unica del Farmaco) istituita all'inizio degli anni '90 ha evidenziato, all'interno dei farmaci concedibili delle fasce A e B, una serie di prodotti che non possono essere prescritti in modo generalizzato ma sono classificate nelle fasce di prescrivibilità relativamente ad una specifica patologia.

Pertanto, in presenza della specifica patologia vengono erogati in regime di SSN altrimenti sono erogabili a totale carico del cittadino.

La prescrivibilità del prodotto dipende, quindi, dall'utilizzo terapeutico e dallo stato di salute dell'assistito.

Alcuni prodotti, inoltre, sono erogabili in presenza di specifica prescrizione specialistica e dietro presentazione di piano terapeutico autorizzato dalle Aziende USL.

Queste misure (fasce, note CUF e prescrivibilità condizionata) hanno consentito allo Stato di eliminare dalla concedibilità un numero rilevante di prodotti (quali quelli destinati alla cura delle patologie dell'apparato cardiovascolare periferico, le vitamine, forme farmaceutiche di scarsa efficacia terapeutica quali le pomate, ecc) ed hanno provocato, a suo tempo, un contenimento della spesa farmaceutica valutabile nella misura del 20% circa.

***b) al controllo dei prezzi di vendita dei farmaci erogabili in regime di SSN***

- ▶ Rideterminazione dei prezzi di vendita ed allineamento alle medie Europee;

Il processo di revisione dei prezzi dei farmaci è iniziato nella seconda metà degli anni '90. In un primo tempo ha allineato il costo dei farmaci prescrivibili al costo più basso di farmaco analogo e successivamente, fissati i costi medi Europei, si è uniformato il costo dei prodotti.

In valore assoluto non si è registrato un gran beneficio in quanto alcuni costi si sono contratti ed altri, invece, sono aumentati.

L'aumento medio annuale del costo dei farmaci, valutabile in una misura media del 15% circa, non dipende, comunque, esclusivamente dal costo dei singoli prodotti ma, più spesso, viene determinato dall'introduzione di nuove molecole a costo più alto derivate dalla ricerca scientifica e finalizzate a terapia più efficaci.

- ▶ Ricorso ai farmaci "generici"

Per farmaco "generico" si intende un prodotto che utilizza principi attivi per i quali è scaduto il brevetto e, quindi, possono essere prodotti liberamente dall'industria a costi più contenuti.

La CUF ha individuato, nel corso del 2001, una serie di molecole aventi queste caratteristiche e le ha raggruppate in categorie omogenee per dosaggio e forma farmaceutica determinando, per ciascuno di questi gruppi, il "prezzo di riferimento del generico" che costituisce la tariffa di rimborsabilità dovuta dal SSN e viene determinata su base regionale sulla base del prodotto del gruppo a più basso costo che viene distribuito nella regione.

Ove un farmaco facente parte del gruppo dovesse avere un prezzo superiore al "prezzo di riferimento del generico", il maggior importo verrà corrisposto dall'assistito direttamente alla farmacia.

Questa misura costituisce, in un certo qual senso, una compartecipazione alla spesa farmaceutica in quanto, ove l'assistito non volesse sostituire il prodotto prescrittogli con analogo prodotto a più basso costo facente parte dello stesso gruppo di generici, dovrà pagarne direttamente la differenza di costo.

Stime ministeriali individuavano in circa 500 miliardi di lire/anno (pari al 2,5% della spesa farmaceutica lorda) il presumibile risparmio generato dalla misura adottata.

Nel 2001 la spesa farmaceutica netta nazionale, nonostante i generici, è invece aumentata di 5.500 miliardi di lire rispetto all'anno precedente dei quali ben 620 miliardi di lire nella sola Sicilia!

***c) alla compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte delle farmacie***

- ▶ Introduzione dello sconto sul prezzo al pubblico da parte delle farmacie al SSN;

Un ulteriore intervento politico per il contenimento della spesa farmaceutica è rappresentato dall'obbligatorietà dello sconto al SSN da parte delle farmacie introdotto nella Legge Finanziaria del 1991.

I parametri di sconto fissati oggi prevedono l'applicazione di quattro differenti aliquote di sconto in relazione al costo del medicinale.

La base di calcolo dello sconto si applica sul prezzo al pubblico di ogni singolo prodotto ceduto al netto dell'IVA ed è così determinata:

- per farmaci fino a € 25,82 si applica lo sconto del 3,75%;
- per farmaci da € 25,83 a € 51,65 si applica lo sconto del 6%;
- per farmaci da € 51,66 a € 103,29 si applica lo sconto del 9%;

- per farmaci da € 103,29 a € 154,94 si applica lo sconto del 12,5%.
- per farmaci oltre € 154,95 si applica lo sconto del 19%.

Farmacie rurali o sussidiate godono di aliquote di sconto minore.

Dal 2005 è in vigore un ulteriore sconto determinato dall'AIFA, che periodicamente ne indica la decorrenza e l'aliquota e che in questo momento si applica esclusivamente su farmaci il cui costo è maggiore di € 5,00 e che non sono compresi nelle liste di trasparenza (farmaci protetti da brevetto) e che, per la quota relativa alla farmacia, è pari allo 0,6%.

L'incidenza media di questa misura di contenimento della spesa ha consentito, nel 2006, una riduzione della spesa farmaceutica pari al 5,72%.

In Sicilia questo intervento ha inciso, invece, per il 6,34% che rappresenta il valore più alto registrato (assieme al Lazio) ed è indice che nella nostra regione vengono prescritti i farmaci a più alto costo dell'intero territorio Nazionale.

#### **d) alla compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte della popolazione**

Queste misure vengono normalmente adottate quando la spesa farmaceutica tende ad un aumento incontrollato. Si tratta delle misure politiche più efficaci volte al contenimento della spesa farmaceutica stessa. Infatti costringono lo stesso assistito a limitare la prescrizione dei farmaci a causa della propria partecipazione alla spesa farmaceutica che lo costringe a piccoli ma ripetuti esborsi di denaro.

##### ► Quota ricetta;

La **quota ricetta** è una quota di partecipazione alla spesa che viene applicata per ogni ricetta o per ogni prodotto prescritto e, negli anni, ha subito notevoli oscillazioni, da 1.000 a 3.000 lire per ogni prodotto prescritto nella ricetta fino ad un massimo di 6.000 lire per ciascuna ricetta.

E' stata applicata a volte su tutti i prodotti ed altre solo per i prodotti di Fascia A, a volte a tutti gli assistiti ed altre volte con l'esclusione degli esenti per patologia o degli esenti per invalidità totale.

##### ► Ticket moderatore.

Il **Ticket moderatore** è rappresentato da un'aliquota percentuale di intervento diretto dell'assistito in relazione al costo del prodotto.

Anche il ticket ha subito notevoli variazioni nel corso degli anni; a volte la partecipazione diretta è stata in ragione del 30% del prezzo del farmaco, altre volte è stata in ragione del 50%, altre ancora è stata o del 30% o del 50% a seconda della natura del farmaco di Fascia B.

Normalmente il farmaco che prevede il pagamento del ticket non prevede, il pagamento della quota ricetta.

Esenzioni particolari per gli esenti per patologia o per coloro che non raggiungono un determinato reddito sostituiscono il ticket percentuale con la quota ricetta.

In ogni caso le metodologie di calcolo di entrambe le misure sono stabilite di volta in volta ed in relazione al tipo di intervento politico che si vuole o si deve realizzare.

La partecipazione dell'assistito alla spesa farmaceutica (quota ricetta e ticket), quando applicato in maniera rigida e seria incide sulla spesa stessa in misura del 10% circa (11,86% nel 1996, 9,3% nel 1999 e del 8,7 nel 2000).

Nel 2006 è in vigore solo in 8 regioni con risultati estremamente difformi (da un 7% di incidenza nelle regioni del Nord ad un 3,6% di incidenza per la Sicilia) ed ha consentito un contenimento della spesa in ambito nazionale del 3% circa.

Queste differenze di “effetto contenimento” dimostrano, altresì, che attraverso il ricorso ad “esenzioni”, ad autodichiarazioni ed a prescrizioni verso soggetti “di comodo” in possesso dei requisiti di esenzione, l’utenza può riuscire ad aggirare la normativa.

In molti versi, l’aggiramento dell’ostacolo ticket, è pienamente giustificabile perché questa misura colpisce soggetti particolarmente “deboli” su beni essenziali e addirittura fondamentali in un particolare momento della loro esistenza e può influire in maniera dirompente non solo sulla qualità della vita ma, in certi casi, sulla vita stessa.

A nostro avviso, il ticket e la quota ricetta costituiscono infatti delle vere e proprie “tasse sulla salute” applicate ad un’utenza per lo più anziana che versa in stato di bisogno e, spesso, di prostrazione e costituiscono, soprattutto per lo scarsissimo effetto prodotto, un balzello ignobile, iniquo ed aberrante.

A maggior conferma di quanto precedentemente affermato basti esaminare i risultati ottenuti in Sicilia con l’applicazione di questi interventi che sono, purtroppo, sotto gli occhi di tutti.

<b>ANNO</b>	<b>PROVVEDIMENTO</b>	<b>+/- SPESA NETTA</b> Milioni di EURO rispetto all’anno precedente	<b>TICKET</b> in milioni di EURO
<b>2001</b>	<b>introduzione dei farmaci generici</b>	+ 320	0,95
<b>2002</b>	<b>07/2002 reintroduzione dei ticket</b> Quota Ricetta - € 1,55 x confezione fino ad un massimo di € 3,10 x ricetta (2 o più confezioni) <b>Fascia B – Ticket 50% sul prezzo del farmaco</b>	+ 7	49
<b>2003</b>	<b>01/2003 eliminazione della fascia B</b> con il passaggio della maggior parte dei farmaci di fascia B in fascia C (a totale carico dell’assistito) <b>12/2003 Regione Siciliana rideterminazione Quote Ticket</b> Quota Ricetta - € 1,50 x confezione x soggetti a basso reddito fino ad un massimo di € 3,00 x ricetta - € 2,00 x confezione x gli altri soggetti fino ad un massimo di € 4,00 per ricetta	- 80	94
<b>2004</b>	<b>07/2004 Regione Siciliana rideterminazione Quote Ticket</b> Quota Ricetta - € 2,00 x confezione x tutti fino ad un massimo di € 4,00 per ricetta	+ 180	58
<b>2005</b>	<b>01/2005 Regione Siciliana rideterminazione Quote Ticket</b> Quota Ricetta - € 2,00 x confezione x tutti fino ad un massimo di € 12,00 x ricetta (6 pezzi).	- 27	60
<b>2006</b>		+ 67	65

Negli ultimi 5 anni, quindi, (rispetto al 2001, anno nel quale, per altro, non si pagavano i ticket) nonostante ben cinque provvedimenti volti a contenere la spesa farmaceutica, si è verificato un aumento della stessa di circa 147 milioni di Euro.

E, tutto questo, pur avendo gli ammalati Siciliani “partecipato” alla spesa sborsando la considerevole cifra di 326 milioni di Euro pari a circa 700 miliardi delle vecchie lire!!!

Ma, in Sicilia, siamo tanto ricchi?

Diventa importante confrontare quanto avvenuto in Sicilia con il risultato conseguito in campo nazionale con esclusione della Sicilia stessa.

Sull'intero territorio (al netto della Sicilia) la spesa farmaceutica è aumentata nello stesso periodo di appena 582 milioni di Euro su una popolazione (al netto della Sicilia) di 53 milioni di persone e con un'incidenza pro-capite di € 11 circa.

Nella sola Sicilia e nonostante il ticket, un aumento di 147 milioni di euro su una popolazione residente di 5 milioni di persone ha prodotto un aumento pro-capite di € 30 circa e, quindi, del triplo di quanto registrato nel resto d'Italia comprese le regioni che non sono sottoposte a questo regime.

Tutte le misure politiche precedentemente evidenziate, comunque, tendono a distribuire una parte della spesa ai diversi soggetti interessati al servizio farmaceutico ma non intervengono, e non potrebbero farlo, sulle cause da cui origina la spesa stessa.

Ci siamo trovati come di fronte ad un medico che, invece di curare l'infezione per abbassare la febbre alta, somministra farmaci volti esclusivamente ad abbassare la temperatura con il risultato che, finito l'effetto dell'antipiretico, la febbre ritorna a salire come prima e più di prima.

Così nella problematica della spesa farmaceutica si interviene sul sintomo, l'aumento della spesa, cercando di recuperare le risorse per contenerlo entro il limite imposto dai vari bilanci e non facendo nessuna azione di controllo nei confronti di chi genera questa spesa.

Compito di intervenire sulla determinazione della spesa è, invece, proprio delle **azioni di controllo**.

### ***Azioni di Controllo***

Innanzitutto occorre sottolineare che, negli ultimi 10 anni, le varie AUSL siciliane hanno speso circa 100 miliardi di lire per tecnologia, macchinari, attrezzature e servizi destinati al controllo della spesa farmaceutica.

Alcune AUSL hanno indetto negli ultimi 5 anni anche 3 gare d'appalto finalizzate alla lettura delle ricette scrivendo e riscrivendo bandi di gara sempre uguali o variandone gli indirizzi senza mai poter ricevere un risultato in linea con le aspettative ed, a volte, non riuscendo neanche ad effettuare valide operazioni di collaudo di quanto acquisito.

Altre hanno comprato per più volte i lettori ottici che precedentemente non avevano prodotto gli effetti sperati ed infine hanno provveduto a dismetterli o a cambiare tipologia di controllo.

Altre ancora, piuttosto che rischiare di sbagliare, hanno preferito non fare affidando a consulenti informatici ampi progetti omnicomprensivi di largo respiro che univano il controllo della spesa farmaceutica alla gestione dei CUP e, perfino, alla redazione delle buste paga.

Attualmente il controllo della spesa farmaceutica da parte delle ASL è indirizzato verso 2 diversi settori:

1. ***Controllo di tipo formale*** volto ad evidenziare irregolarità quali la mancanza di timbro o della firma del medico, la spedizione della ricetta fuori dai termini di validità, la consegna di

prodotto difforme rispetto alla prescrizione, la consegna di prodotto non prescrivibile in maniera irregolare e quant'altro riscontrabile manualmente.

2. **Controllo quantitativo della spesa farmaceutica** che, sulla base di "spie di indicatori economici" quali il "costo medio per farmacia" ed il rendiconto storico della farmacia" per le farmacie ed il "numero di ricettari consumati" in relazione alla media ASL, per i medici, prova ad emarginare aree di maggior prescrizione all'interno dell'intera struttura territoriale.

A tale fine, a seconda del gradiente tecnologico della ASL, si procede secondo tre diverse metodologie:

1. **Il controllo manuale.**

Il controllo manuale, procedimento molto usato dalle nostre ASL, prevede che il controllo venga effettuato manualmente, da Farmacisti del Settore Farmaceutico, su farmacie "a campione" e, per ciascuna di queste, su mazzette "a campione".

I controlli manuali impegnano, quindi, una grande forza lavoro ad alta specializzazione distogliendola dai più consono compiti di controllo della spesa sul territorio quali le verifiche presso gli assistiti, l'analisi della composizione della spesa farmaceutica ed il confronto tecnico scientifico con tutti gli operatori del settore.

Questa estrema randomizzazione limita qualunque genere di controllo al caso ed alla fortuna in quanto si potrebbe esaminare una mazzetta "scorretta" di una farmacia "corretta" e viceversa.

La tipologia di controllo è prevalentemente di tipo formale.

2. **I Lettori Ottici.**

Per effettuare i controlli previsti ed allo scopo di utilizzare il ricettario a lettura ottica automatizzata, sin da subito molte USL si sono dotate di complesse apparecchiature per la lettura ottica delle ricette.

L'uso dei Lettori Ottici è molto limitativo per le specifiche tecniche proprie dell'apparecchiatura. Nel caso in cui il lettore ottico segnala un errore, la ricetta dovrà essere inserita o corretta manualmente, il lettore ottico potrebbe generare l'errore attribuendo ad un campo di lettura un determinato valore piuttosto che il valore corretto e, quindi, non segnalando una difformità nel caricamento di dati di quella ricetta perché, in un modo o in un altro, il campo è stato decodificato ecc.

Inoltre richiede, per questi motivi, presenza di personale a supporto.

Per questi motivi, peraltro conosciuti dalla Pubblica Amministrazione, viene considerato idoneo un apparecchio che decodifica correttamente solo il 25% delle ricette inserite in mancanza dell'archivio degli Assistiti ed il 60% delle ricette in presenza dell'archivio degli Assistiti.

Con queste percentuali di idoneità non è possibile effettuare alcun controllo né formale né quantitativo in quanto, ad esempio, un medico che abbia prescritto 10 ricette potrebbe averne imputate solo 6 mentre le restanti 4 potrebbero essere imputate ad un altro medico dando origine, quindi, a dati assolutamente errati nei valori totali e nelle percentuali di comparazione che impediscono ogni legittima azione di segnalazione e di verifica.

Pertanto, stante all'inattendibilità del data base costruito, non è possibile utilizzare un software applicativo che consenta la completa conoscenza della spesa farmaceutica e tutto il procedimento si risolve in una archiviazione ottica delle ricette certamente in grado di mostrare automaticamente la fotografia di ciascuna ma assolutamente inutile al fine di effettuare alcuna interrogazione.

Infatti, attualmente, non esiste un software in grado di decifrare con precisione la scrittura umana e che può essere usato in modo attendibile (con percentuali di errore minima) allo scopo di costruire un data base.

Inoltre questo software dovrebbe sostituirsi completamente all'occhio umano nel leggere correttamente la ricetta potendo discernere con sicurezza se il farmaco consegnato è esattamente quello prescritto avendo le conoscenze professionali relativamente all'applicazione del dosaggio

corretto (se nella ricetta non è specificato il dosaggio dev'essere consegnato il prodotto con dosaggio minore).

Dovrebbe leggere, sul retro della ricetta, l'autocertificazione dell'esenzione per reddito/età con l'accertamento che la firma apposta possa ricondurre al titolare della ricetta o, viceversa, identificare il rapporto di parentela tra chi ha firmato ed il soggetto intestatario della prescrizione.

Dovrebbe verificare i formalismi previsti da particolari tipi di prescrizioni e tanti altri controlli per i quali la tecnologia di cui siamo in possesso non può garantire risposte adeguate.

Molte aziende hanno, quindi, dismesso i lettori ottici precedentemente acquistati.

Alcune non si sono ancora dotate di strumenti di controllo; altre hanno riacquistato nuovi lettori ottici, sempre di alto costo, parimenti inadeguati a raggiungere gli obiettivi previsti dalle normative.

Queste aziende hanno acquistato per due volte lo stesso prodotto dimostratosi, una prima volta, inadeguato.

### **3. Caricamento dei dati dalle ricette affidato ad Aziende di servizi esterne.**

Le ASL non dotate di Lettori Ottici, o quelle che hanno rinunciato ad utilizzarli in quanto non rispondenti agli scopi prefissati, e che non vogliono procedere con i controlli manuali, appaltano il caricamento dei dati dalle ricette ad Aziende di servizi esterne che trattano una per una le ricette e costruiscono un "data base" generale dal quale estraggono dei report di stampa secondo le richieste del committente.

Il limite molto spesso riscontrato in quest'ultima soluzione è dovuto soprattutto al fatto che le gare indette prevedono già la tipologia di controlli da effettuare ed il metodo di presentazione dei dati (reports).

Tali specifiche tecniche sono elaborate dagli stessi dirigenti dei servizi di controllo che non sono ancora riusciti a contenere la spesa stessa o da specialisti di informatica che non hanno mai visto una ricetta medica e non ne conoscono le norme che le disciplinano.

Delegando, quindi, la scelta delle tecniche di controllo a professionisti che saranno certamente estremamente preparati nel loro settore ma che poco hanno a che fare con la problematica dell'efficacia dei controlli sulla spesa è, sostanzialmente, normale che la spesa farmaceutica invece che essere contenuta sia esplosa in maniera incontrollata.

Infatti i parametri indicatori normalmente utilizzati sono:

- a) il numero di ricette per medico;
- b) il costo medio per ricetta;
- c) il costo medio per assistibile;

e consentono di operare quasi esclusivamente controlli di tipo quantitativo e statistici.

L'elaborazione di questi parametri non può assolutamente consentire di intervenire in nessun modo a fini di contenimento della spesa farmaceutica.

I dati medi sono improponibili per una azione di controllo efficace. Infatti se la media nazionale di ricette per medico fosse di 2,1 ed un medico avesse prescritto 20 ricette a 10 assistiti avrebbe una media ricetta di 2 e sarebbe inferiore alla media nazionale. ma se di queste 20 ne avesse prescritte 1 ciascuno a 9 assistiti e ben 11 al decimo ecco che la sua prescrizione diventerebbe degna di attenzione.

Ecco che, quindi, creare una banca dati informatica non vuol necessariamente dire effettuare un serio controllo capace di contenere la spesa farmaceutica in quanto:

- ▶ un cattivo utilizzo dei dati;
- ▶ limitare le ricerche secondo gli indicatori di spesa normalmente utilizzati;
- ▶ effettuare le operazioni di controllo della spesa su reports riepilogativi generali e su dati medi;

costituiscono fattori che possono vanificare l'importanza della banca dati stessa.

**Il controllo quantitativo: indicatori di spesa attualmente utilizzati**

Gli indicatori di spesa sui quali, oggi, si basa il controllo della spesa farmaceutica in campo nazionale sono costituiti da:

1. Numero di ricette;
2. Spesa media per ricetta;
3. Spesa media per residente;

Alcune ASL richiedono:

4. Spesa media per medico;
5. Spesa media per assistito;

Questi dati sono molto generici e possono non consentire interventi efficaci in quanto:

1. Il numero di ricette prescritto è un valore quantitativo scarsamente importante ed ha valore esclusivamente per determinare i vari parametri di spesa media. Infatti non necessariamente ad un alto numero di ricette corrisponde una spesa farmaceutica elevata poiché è la natura delle singole prescrizioni che determina il valore economico delle ricette stesse.

Gennaio - Dicembre 2006					
Regione	Popolazione residente	Numero ricette medio pro-capite		Spesa lorda media pro-capite	
			Δ		Δ
VALLE D'AOSTA	122.040	7,50	6,2%	191,90	0,0%
PIEMONTE	4.270.215	7,67	4,2%	212,29	1,6%
LIGURIA	1.577.474	9,48	5,1%	257,75	-0,9%
LOMBARDIA	9.248.796	6,88	4,9%	208,37	0,5%
VENETO	4.642.899	7,03	5,5%	194,09	0,4%
BOLZANO	471.635	5,31	2,8%	151,77	-10,5%
TRENTO	490.829	6,74	5,8%	173,36	4,2%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.198.187	7,84	6,0%	210,62	2,7%
EMILIA ROMAGNA	4.080.479	8,70	4,6%	204,98	-0,8%
MARCHE	1.504.827	9,35	4,1%	214,09	-0,5%
TOSCANA	3.568.071	9,05	4,8%	199,47	-1,2%
LAZIO	5.205.139	10,00	7,1%	309,76	1,9%
UMBRIA	848.022	10,34	4,2%	213,64	1,0%
ABRUZZO	1.285.896	10,15	8,8%	237,07	2,6%
MOLISE	321.697	8,67	5,8%	228,86	1,5%
CAMPANIA	5.760.353	9,46	4,0%	225,17	-2,2%
PUGLIA	4.040.990	9,48	8,8%	251,92	-2,1%
BASILICATA	597.000	9,64	5,4%	210,08	1,8%
CALABRIA (S)	2.011.338	10,25	-1,0%	272,14	3,3%
SICILIA	5.003.262	10,10	7,0%	288,02	1,2%
SARDEGNA	1.643.096	9,06	4,9%	241,00	-0,8%
ITALIA	57.888.245	8,69	5,3%	232,17	0,2%

Se esaminiamo la tabella della spesa farmaceutica per l'anno 2006 pubblicata da Federfarma potremo trovare conferma di quanto precedentemente asserito nel confronto tra la regione Emilia Romagna e la regione Friuli Venezia Giulia.

Sebbene la regione Emilia Romagna abbia prodotto un numero di ricette pro residente superiore (8,70 contro 7,84 della regione Friuli) ha realizzato una spesa pro residente inferiore (€ 204,98 contro € 210,62 della regione Friuli).

2. La spesa media per ricetta è un valore poco indicativo poiché si possono prescrivere, normalmente, 2 prodotti per ricetta ed i prodotti in prontuario hanno lo stesso prezzo su tutto il territorio nazionale.

Gennaio - Dicembre 2006						
Regione	Spesa lorda media pro-capite		Spesa lorda media per ricetta		Spesa netta S.S.N. media per ricetta	
		Δ		Δ		Δ
VALLE D'AOSTA	191,90	0,0%	25,57	-5,8%	24,37	-3,2%
PIEMONTE	212,29	1,8%	27,68	-2,4%	24,45	1,6%
LIGURIA	257,75	-0,9%	27,19	-5,7%	25,29	-3,0%
LOMBARDIA	206,37	0,5%	30,28	-4,2%	26,39	-1,3%
VENETO	194,09	0,4%	27,59	-4,8%	24,47	-1,9%
BOLZANO	151,77	-10,5%	28,58	-12,9%	25,43	-10,1%
TRENTO	173,36	4,2%	25,72	-1,5%	24,27	0,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	210,62	2,7%	26,85	-3,2%	25,30	-0,5%
EMILIA ROMAGNA	204,98	-0,8%	23,56	-5,2%	22,35	-2,6%
MARCHE	214,09	-0,5%	22,91	-4,4%	21,71	-1,8%
TOSCANA	199,47	-1,2%	22,03	-5,5%	20,89	-3,0%
LAZIO	309,76	1,9%	30,97	-4,9%	26,87	0,4%
UMBRIA	213,64	1,0%	20,67	-3,1%	19,60	-0,6%
ABRUZZO	237,07	2,6%	23,36	-5,7%	22,08	-3,0%
MOLISE	228,86	1,5%	26,38	-4,1%	23,98	-1,2%
CAMPANIA	225,17	-2,2%	23,80	-5,9%	22,38	-3,3%
<b>PUGLIA</b>	<b>251,92</b>	<b>-2,1%</b>	<b>26,58</b>	<b>-10,0%</b>	<b>24,33</b>	<b>-3,9%</b>
BASILICATA	210,08	1,8%	21,79	-3,4%	20,66	-0,8%
CALABRIA	272,14	3,3%	26,55	4,3%	24,91	10,4%
SICILIA	288,02	1,2%	28,51	-5,4%	25,84	-1,5%
SARDEGNA	241,00	-0,8%	26,59	-5,4%	25,02	-2,6%
<b>TOTALE</b>	<b>232,17</b>	<b>0,2%</b>	<b>26,71</b>	<b>-4,8%</b>	<b>24,50</b>	<b>-1,2%</b>

Se esaminiamo bene la tabella sopra citata, noteremo che, per l'anno 2006, la regione Puglia (che ha riportato la quinta maggior spesa pro residente con un differenziale di circa 20 euro pro capite rispetto alla media nazionale €251,92 / € 232,17) presenta un costo medio per ricetta al di sotto della media nazionale (€ 24,33 contro € 24,50 dell'intero).

3. La spesa media per residente può, invece, rappresentare un buon indicatore anche se, in un determinato territorio, non tutti i residenti vi vivono e non tutti i domiciliati vi risiedono.
4. La spesa media per medico rappresenta un dato generico e come tale non ha alcun valore in quanto può voler indicare:
  - ▶ il rapporto tra la spesa totale del territorio monitorato e la singola spesa del medico ed allora avremo ottenuto l'incidenza percentuale della spesa del singolo medico sul totale che, in ogni caso, avrà valori inferiori all'1% e le differenze comparative tra i singoli medici saranno nell'ordine di centesimi di punto;
  - ▶ il rapporto tra l'importo totale prescritto ed il numero di ricette generando, quindi, il costo medio ricetta per medico che da luogo alle stesse considerazioni del costo medio ricetta di cui al precedente punto 2;
  - ▶ il rapporto tra l'importo totale prescritto ed il numero degli assistiti generando il costo medio assistito per medico che può costituire un buon indicatore secondo quanto esposto al prossimo punto 5;
5. La spesa media per assistito rappresenta uno dei migliori indicatori e, certamente, la giusta base di partenza per un controllo preciso ed efficace.

Consente di determinare quanto costa ogni singolo soggetto ed, indicativamente, può rappresentare indizio di iperprescrizioni.

Infatti se consideriamo che una ricetta contenente, ad esempio, 2 Ranidil 150 cpr costa sempre e dovunque € 28,28 (€ 14,14 x 2) bisogna anche evidenziare che nessuno, finora, può proibire al medico di prescrivere 3 ricette uguali allo stesso assistito; il costo medio per ricetta sarà sempre di € 28,28 ma il costo per assistito sarà di € 84,84.

Tutto questo è stato confermato da dati sperimentali dell'applicazione su territorio di tipologie di controlli qualitativi della spesa farmaceutica:

Si può rilevare che, su una media provinciale di € 29,00 costo/medio/ricetta le prescrizioni elaborate (che si riferiscono ad almeno 1000 ricette prescritte) oscillano, in eccesso o in difetto, nell'ambito del 15% (circa) e presentano un costo/medio/ricetta compreso tra 23,00 e 34,00 euro, con poche unità riportanti costo medio ricetta tra € 38,00 ed € 50,00 ed uno con un costo medio ricetta superiore ai 100,00 euro.

Scheda generale medici											
<input checked="" type="checkbox"/> Valori <input type="checkbox"/> Incidenza valori <input checked="" type="checkbox"/> Medie <input type="checkbox"/> Diff. medie <input type="checkbox"/> Altro											
Nome Medico	Città	Distretto	Pezzi	Ricette	Assistiti	Lordo	Ticket	Netto	cm Ric	cm Ass	cm Pez
TOTALI ASL			704.936	379.257	147.880	3.996.588,5	348.570,74	0.648.017,8	29,00	74,36	15,60
			288	159	82	4.607,12	214,68	4.392,44	28,98	56,18	16,00
			1.709	896	438	25.961,47	639,26	25.322,21	28,97	59,27	15,15
			372	205	87	5.936,72	125,16	5.811,56	28,96	68,24	15,96
			2.106	1.083	473	31.361,64	991,49	30.370,15	28,96	66,30	14,88
			4.482	2.343	723	67.833,09	1.412,20	66.420,89	28,95	93,82	15,15
			1.849	1.035	499	29.946,59	724,72	29.221,87	28,93	60,01	16,20
			489	237	126	6.849,82	283,44	6.566,38	28,90	54,36	14,00
			416	247	138	7.133,55	235,19	6.898,36	28,88	51,69	17,15
			3.219	1.653	631	47.724,55	1.433,47	46.291,08	28,87	75,63	14,85
			4.061	2.128	646	61.428,48	1.364,21	60.064,27	28,87	95,09	15,15
			2.909	1.491	671	43.037,91	1.419,90	41.618,01	28,87	64,14	14,75
			2.049	1.251	500	36.098,28	826,75	35.271,53	28,86	72,20	17,60
			2.174	1.164	617	33.583,51	1.267,56	32.315,95	28,85	54,43	15,45
			2.091	1.089	440	31.407,93	1.016,32	30.391,61	28,84	71,38	15,00
			651	348	190	10.035,86	415,55	9.620,31	28,84	52,82	15,45
			3.356	1.858	816	53.515,58	2.085,75	51.429,83	28,80	65,58	15,95
			1.806	942	453	27.133,54	1.296,43	25.837,11	28,80	59,90	15,00
			1.061	544	241	15.641,68	533,80	15.107,88	28,75	64,90	14,75
			1.877	982	440	28.183,87	982,38	27.201,49	28,70	64,05	15,00
			3.179	1.644	704	47.176,85	1.073,38	46.103,47	28,70	67,01	14,85

Ben diversa, invece, è l'analisi del costo medio per assistito che ha una media provinciale di € 74,36 e che varia da un minimo di € 37,00 ed un massimo di € 398,00; il costo medio della ricetta è, quindi, un dato che ha valore esclusivamente statistico a differenza del costo per paziente.

Infatti si può riscontrare che, Medici che esprimono un costo medio ricetta di € 28,87 circa, generano un costo medio assistito che oscilla tra € 54,43 ed € 95,09.

In ogni caso questi indicatori, anche lo stesso costo medio per assistito, possono consentire, in tempi rapidi, esclusivamente una conoscenza statistica della spesa farmaceutica poiché possono essere utilizzati solamente a fini di un controllo quantitativo della spesa.

Infatti, anche il valore della spesa media per assistito, in queste condizioni di indagine (cioè partendo dal medico) è un valore relativamente attendibile in quanto (facendo raffronto con i dati sperimentali di cui al punto 5) se, supponiamo, un medico ha 500 assistiti e per 450 di questi genera un costo medio di 45,00 euro mentre per gli altri 50 assistiti genera un costo medio di 100,00 euro, il medico otterrà un costo medio totale per assistito di euro 50,50 che è ben al di sotto della media provinciale di euro 74,36.

In un sistema di controllo moderno ed efficace che controlli la spesa dal punto di vista qualitativo, invece, sono quei 50 assistiti a dover essere monitorati.

Il sistema deve operare riducendo il campo di controllo esclusivamente ai valori in verosimile status di irregolarità presunta e non disperdendosi in analisi generali di difficile interpretazione e comparazione ed in produzione di reports e tabulati che sommergono con un mare di carta gli uffici preposti ai controlli e che sottraggono tempo alla rapidità ed all'efficacia dell'azione di controllo stessa.

### ***Il controllo qualitativo***

Il controllo qualitativo della spesa farmaceutica è il criterio più corretto da seguire in quanto applica al data base una serie di parametri esterni alla ricetta che consentono di superare gli "indicatori di spesa" storici che non si sono rivelati adeguati per svolgere i compiti connessi con il contenimento della spesa per introdurre concetti di ricerca che spostino dal medico all'assistito, ed a quanto da questi consumato, il centro focale della problematica dei controlli.

La banca dati, quindi, sia che derivi dalla conversione in data base di quanto estratto con i lettori ottici, sia che derivi dalla rielaborazione di quanto caricato da Aziende esterne, deve essere necessariamente oggetto di una analisi approfondita dei dati effettuata da software specifici e da consulenti in grado di indirizzare le ASL verso il **controllo qualitativo della spesa farmaceutica**.

Questo tipo di controllo deve poter analizzare la spesa sulla base di parametri scientifici e con riferimento alle normative in vigore allo scopo di evidenziare incongruenze ed abusi con:

- ▶ **specificità**
- ▶ **precisione**
- ▶ **rapidità**
- ▶ **efficacia**

Per ottenere questi risultati è fondamentale introdurre negli algoritmi di controllo la figura dell'assistito.

Infatti solo con un controllo ad personam nel quale siano identificati i soggetti nei confronti dei quali vengono effettuate le prescrizioni si potranno conoscere le cause dell'aumento della spesa farmaceutica.

Cause molto spesso legate ad iperprescrizione, a sovraddosaggio, a prescrizione di farmaci incongrui, a prescrizione di farmaci soggetti ad interazione farmacologia competitiva, a sperimentazioni ad alto costo effettuate in deroga alle normative vigenti e tanto altro ancora in grado di dimostrare che il nostro stato di salute non si è aggravato del 50% negli ultimi anni ma che esiste un malcostume prescrittivo dovuto non necessariamente a dolo ma, molto spesso, a superficialità, a disattenzione e soprattutto alla certezza di non essere sottoposti ad alcun controllo.

### ***Ambito dei controlli***

E' necessario, però, puntualizzare che per ottenere un efficace controllo qualitativo si deve agire a livello centrale Regionale.

Questo perché le Leggi in vigore non consentono agli uffici di controllo periferici di poter entrare nel merito della prescrizione medica né per quanto riguarda le quantità né per quanto riguarda la tipologia dei prodotti prescritti.

Gli uffici del servizio farmaceutico delle ASL devono controllare che le ricette per le quali le farmacie chiedono il pagamento siano state prescritte e spedite in osservanza a quanto previsto dalla Convenzione Stato-Farmacie.

Ciò significa che il controllo da effettuare non può andare oltre la verifica formale delle ricette ed il controllo quantitativo precedentemente descritto.

Per il resto, anche funzionari ben preparati, e ce ne sono nelle nostre ASL, non hanno alcuno strumento legale per contestare ad un medico iperprescrizioni o sovraddosaggi o quant'altro evidente abuso prescrittivo.

Il medico, operando secondo scienza e coscienza, non può essere soggetto a limitazioni prescrittive.

Ma l'Ispettorato Regionale può emanare circolari esplicative che, sulla base delle singole AIC di ciascun prodotto, può indicare le condizioni di rimborsabilità.

In parole povere può indicare quante confezioni di ciascun prodotto possono essere mensilmente rimborsabili per ciascun assistito e prevedere l'applicazione di sanzioni al medico prescrittore che potrà essere tenuto a rimborsare al SSN quanto indebitamente prescritto secondo quanto già previsto da alcune normative in vigore e quanto emerso da sentenze della Corte dei Conti e della Corte di Cassazione.

Per altro, il controllo regionale centralizzato è molto semplice da realizzare in tempi rapidissimi in quanto l'Assessorato Regionale, secondo quanto previsto dal D.A. 665 del 7/5/2002 e s.m.i., è già organizzato per ricevere mensilmente da ciascuna AUSL il Flusso D - relativo alle ricette farmaceutiche - che contiene tutti i campi informatici necessari ad effettuare il controllo qualitativo.

Tutti i dati sperimentali in seguito illustrati derivano da applicazione di software specifico per il controllo qualitativo della spesa farmaceutica e sono stati riscontrati in anni diversi, in regioni e province diverse nell'ambito di controlli per conto di varie AUSL o in seguito a consulenze e perizie per conto dell'AG.

Tecniche specifiche e metodologie particolari alla base del tipo di controllo qualitativo che esporremo brevemente, non verranno esplicitamente illustrate in quanto sono "segreto Aziendale" ed oggetto di copyright sin dal 1993.

### ***Il nuovo parametro: L'eccedenza di prescrizione***

Dai risultati sperimentali ottenuti applicando un controllo qualitativo della spesa farmaceutica in diverse e variegata realtà del territorio nazionale ed in periodi diversi, si è potuto constatare che la verosimile eccedenza di prescrizione può essere quantificata tra il 12% ed il 18% dell'intera spesa farmaceutica ed è così composta:

1. Iperprescrizione per applicazione di posologie eccedenti rispetto alle posologie massime consentite;
2. Iperprescrizione in soggetti esenti per patologia che provoca una crescita esponenziale dell'eccedenza;
3. Iperprescrizione di ricette e di prodotti allo stesso assistito anche da parte di medici diversi;
4. Prescrizioni di prodotti in modo non congruo rispetto al sesso dell'assistito;
5. Prescrizioni di farmaci che svolgono la loro azione farmacologica esclusivamente per contrastare effetti collaterali di altri (es. sucralfato e nimesulide);
6. Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica antagonista.

- **Punto 1 -** Il criterio seguito per determinare l'eccedenza di prescrizione, è quello di stabilire quante confezioni di singolo prodotto sono necessarie per assicurare la copertura terapeutica di un mese applicando la massima posologia prevista dalle specifiche farmacologiche del prodotto stesso.
- La quantità di prodotto che eccede il fabbisogno massimo viene considerata iperprescrizione per eccedenza o per sovraddosaggio ed è fondamentale al fine di un controllo qualitativo della spesa farmaceutica:
- se consideriamo un prodotto come il RANIDIL 150 mg cpr commercializzato in confezioni da 20 compresse e leggiamo che la posologia massima

autorizzata nella scheda tecnica di AIC è di 300 mg al giorno (2 compresse), potremo calcolare che una confezione è sufficiente per 10 giorni di terapia e che per poter assicurare un mese di terapia sono sufficienti 3 confezioni.

Tutti i pezzi prescritti ad uno stesso assistito in quantità maggiore di tre al mese sarebbero da considerare iperprescrizioni per sovraddosaggio

Si è potuto riscontrare sperimentalmente che la spesa farmaceutica relativa ad iperprescrizioni per eccedenza o sovraddosaggio incide sulla spesa farmaceutica totale per oltre il 10% .

Analisi Spesa ASL		
Analisi spesa ASL - Provincia di: .....		
Ricette spedite nel mese <b>MAGGIO 2000</b>		Ricette con codice fiscali errati: 33.270 Incidenza sul totale ricette: 19,67 %
<b>Ricette</b>	<b>Costo Medio ASL</b>	<b>Spesa ripartita per tipo esenzione</b>
Ricette non esente 116.506	Residenti: 278.175	Ricette non esente
Ricette esente totale 24.561	Per ricetta: 45.169,15	Ricette esente totale
Ricette esente per patologia 7.304	Per paziente: 79.758,53	Ricette esente per patologia
Ricette esente per reddito/età 20.799	Per residente: 27.469,28	Ricette esente per reddito/età
Altro 0	<i>Proiezione annua spesa residente</i> 328.631,31	Altro 8.420.151.074
Totale ricette prescritte: 169.170		<b>Spesa totale</b>
Totale prodotti prescritti: 338.087		Totale Prodotti: 8.420.151.074
Media prodotti per ricetta: 2,00		Diritti Addizion.: 507.197
		Totale Lordo: 8.420.658.271
<b>Pazienti</b>	<b>Totale medici prescrittori</b>	Totale Quota: 657.814.900
Totale pazienti: 95.805	Organici (+50 ric/mese): 65	Totale Ticket: 121.577.500
Media ricette per paziente: 1,77	Sporadici: 480	A carico Assistito: 779.392.400
Media prodotti per paziente: 3,53		Lordo a carico ASL: 7.641.265.871
<b>Prescrizioni in evidenza per presumibili anomalie</b>		
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (escl. esente patol.)	956.941.450	11,36 %
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (esente per patol.)		0,00 % Assist Medici
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica pericolosa		0,00 %
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica antagonista		0,00 %
Prescrizioni di farmaci in modo incongruo		0,00 %
		<b>956.941.450 11,36 %</b>

Analisi Spesa ASL		
Analisi spesa ASL - Provincia di: .....		
Ricette spedite nel mese <b>MAGGIO 2001</b>		Ricette con codice fiscali errati: 28.545 Incidenza sul totale ricette: 16,92 %
<b>Ricette</b>	<b>Costo Medio ASL</b>	<b>Spesa ripartita per tipo esenzione</b>
Ricette non esente 0	Residenti: 218.894	Ricette non esente 0
Ricette esente totale 154.899	Per ricetta: 48.238,64	Ricette esente totale 6.901.688.500
Ricette esente per patologia 13.775	Per paziente: 106.773,99	Ricette esente per patologia 1.234.916.410
Ricette esente per reddito/età 0	Per residente: 37.171,44	Ricette esente per reddito/età 0
Altro 0	<i>Proiezione annua spesa residente</i> 446.057,26	Altro 0
Totale ricette prescritte: 168.674		<b>Spesa totale</b>
Totale prodotti prescritti: 327.163		Totale Prodotti: 8.136.604.910
Media prodotti per ricetta: 1,94		Diritti Addizion.: 0
		Totale Lordo: 8.136.604.910
<b>Pazienti</b>	<b>Totale medici prescrittori</b>	Totale Quota: 0
Totale pazienti: 76.204	Organici (+50 ric/mese): 297	Totale Ticket: 0
Media ricette per paziente: 2,21	Sporadici: 235	A carico Assistito: 0
Media prodotti per paziente: 4,29		Lordo a carico ASL: 8.136.604.910
<b>Prescrizioni in evidenza per presumibili anomalie</b>		
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (escl. esente patol.)	741.367.400	9,11 %
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (esente per patol.)	28.012.800	0,34 % Assist Medici
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica pericolosa	15.726.500	0,19 %
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica antagonista	303.716.000	3,73 %
Prescrizioni di farmaci in modo incongruo	9.306.100	0,11 %
		<b>1.098.128.800 13,50 %</b>

Scheda generale ASL

**MARZO - 2006**

Lordo:	12.648.524,19	Costo medio ricetta:	29,98
Ticket:	392.934,00	Costo medio pezzo:	16,11
Sconto:	812.783,23	Costo medio assistito:	75,40
Netto:	11.442.806,96	Media ricette per assistito:	2,52
Ricette:	421.938	Media pezzi per assistito:	4,68
Prodotti:	784.946	Media pezzi per ricetta:	1,86
Assistiti:	167.756		

Importo per ricette errate:	13.086,30	Pari allo 0,10 %	<input type="button" value="Vedi"/>
Importo in presumibile eccedenza:	1.430.113,31	Pari allo 11,31 %	<input type="button" value="Vedi"/>

Scheda generale ASL

**MARZO - 2006**

Lordo:	10.110.530,49	Costo medio ricetta:	25,93
Ticket:	435.786,06	Costo medio pezzo:	14,78
Sconto:	576.680,49	Costo medio assistito:	63,70
Netto:	9.098.063,94	Media ricette per assistito:	2,46
Ricette:	389.961	Media pezzi per assistito:	4,31
Prodotti:	684.218	Media pezzi per ricetta:	1,75
Assistiti:	158.718		

Importo per ricette errate:	2.538,52	Pari allo 0,03 %	<input type="button" value="Vedi"/>
Importo in presumibile eccedenza:	1.112.834,49	Pari allo 11,01 %	<input type="button" value="Vedi"/>

Nello specifico è bene osservare qualche caso eclatante:

Periodo: OTTOBRE - 2006

Analisi iperprescrizione

Dettaglio

Nome medico	Totale	+ 1 mesi	Assistito	Farmaco	tà pi	Cop ter.	Qtà ecc.	Lordo
	147991,00	2365,00	L	IMMUNOHBS*IM 1F 3ML 540UI (025653027)	36	1	35	13410,83
	32151,11	23622,10	T	ROCEFEN 1*IM 1F 1G+F 3,5ML (025202058)	12	7	5	34,58
C 22)	17177,84	2418,62	G	ROCEFEN 1*IM 1F 1G+F 3,5ML (025202058)	12	7	5	34,58
	8533,58	3292,30	M	XALATAN*GTT OFT 1FL 0,005% 2,5 (033219015)	8	3	5	103,12
	8419,35	6027,50	R	ZOMACTON*SC 1F 4MG+F 3,5 (027743032)	6	2	4	685,33
	8108,26	5394,47	LI	ZESTORETIC*14CPR 20MG+12,5MG (027482011)	6	2	4	38,00
	8070,05	3694,40	M	NORMIX*AD 12CPR RIV 200MG (025300029)	6	2	4	33,33
	7740,88	2907,55	D	RANITIDINA DOC*20CPR RIV 150MG (034471011)	4	3	1	6,25
	7392,15	4203,00	D	MONOKET 40*30CPR 40MG (025200027)	4	3	1	4,75
	7064,16	4490,50	N	MEPRAL*14CPS 20MG R.M. (026783098)	4	2	2	47,50
	6713,67	4336,50	V	MEPRAL*14CPS 20MG R.M. (026783098)	4	2	2	47,50
	6504,36	4693,50	V	MEPRAL*14CPS 20MG R.M. (026783098)	4	2	2	47,50
	6398,58	4301,10	C	LUCEN*14CPR GASTR 20MG BLIST (035367263)	4	2	2	37,00
	1.300.369,43	775.956,29	D	LUCEN*14CPR GASTR 20MG BLIST (035367263)	4	2	2	37,00

Posologia

dose consigliata: 12-20 U.I./kg di peso corporeo entro 24 ore dall'esposizione da ripetersi eventualmente dopo 30 giorni; somministrare esclusivamente per via im

Ricette

Data pres	Data spe	Farmacia	Tipo ric	Numero ric	Qtà	Lordo
30/09/2006	02/10/2006	M	O ASL	3000	2	766,32
30/09/2006	02/10/2006	M	O ASL	2999	2	766,32

Un medico ha prescritto allo stesso assistito in un mese 36 confezioni di IMMUNOHBS 1 Fl 3 ml 540 UI.

Questo farmaco è una immunoglobulina umana anti-epatite b che è stato autorizzato al commercio secondo la posologia di 12-20 unità x Kg di peso da somministrarsi entro le 24 ore dall'esposizione al rischio infettivo una sola volta con terapia da ripetersi, eventualmente, dopo 30 giorni.

Considerato che le 540 Unità contenute nella fiala consentono di coprire, al massimo del dosaggio autorizzato, 27 Kg di peso corporeo si ritiene che possano somministrarsi un massimo di 4 fiale in un mese.

L'eccedenza per sovradosaggio generata, quindi, da questo medico per questo solo farmaco è di oltre 10.000,00 euro.

## Punto 2 -

Dati sperimentali relativi ad una AUSL del Nord-Italia nel 2001 hanno potuto anche evidenziare che esiste una iperprescrizione esponenziale relativa alle prescrizioni in favore di soggetti esenti per patologia che, allora, potevano ricevere prescrizioni per tre mesi di terapia.

Per questi assistiti, però, è stata approfondita la ricerca che, cumulando i diversi periodi, ha prodotto risultati molto interessanti da valutare attentamente.

Analisi spesa ASL - Provincia di: _____			
Ricette spedite nel mese <b>MARZO 2001</b>		Ricette con codice fiscali errati:	28.674
		Incidenza sul totale ricette:	18,23 %
Prescrizioni in evidenza per presumibili anomalie			
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (escl. esente patol.)	624.495.330	8,36 %	[?]
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (esente per patol.)	28.818.700	0,39 %	Assist Medici
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica pericolosa	10.253.700	0,14 %	[?]
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica antagonista	281.954.100	3,78 %	[?]
Prescrizioni di farmaci in modo incongruo	8.166.800	0,11 %	[?]
		<b>953.688.630</b>	<b>12,77 %</b>
Ricette spedite nel mese <b>APRILE 2001</b>		Ricette con codice fiscali errati:	25.321
		Incidenza sul totale ricette:	17,21 %
Prescrizioni in evidenza per presumibili anomalie			
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (escl. esente patol.)	591.025.510	8,31 %	[?]
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (esente per patol.)	21.900.900	0,31 %	Assist Medici
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica pericolosa	12.368.300	0,17 %	[?]
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica antagonista	256.775.500	3,61 %	[?]
Prescrizioni di farmaci in modo incongruo	7.136.100	0,10 %	[?]
		<b>889.206.310</b>	<b>12,50 %</b>
Ricette spedite nel mese <b>MAGGIO 2001</b>		Ricette con codice fiscali errati:	28.545
		Incidenza sul totale ricette:	16,92 %
Prescrizioni in evidenza per presumibili anomalie			
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (escl. esente patol.)	741.367.400	9,11 %	[?]
Eccedenza in iperprescrizione rispetto alla posologia max (esente per patol.)	28.012.800	0,34 %	Assist Medici
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica pericolosa	15.726.500	0,19 %	[?]
Prescrizioni di farmaci in interazione farmacologica antagonista	303.716.000	3,73 %	[?]
Prescrizioni di farmaci in modo incongruo	9.306.100	0,11 %	[?]
		<b>1.098.128.800</b>	<b>13,50 %</b>

Dall'analisi dei singoli mesi, nei quali è stato evidenziato esclusivamente il quantitativo mensile che eccedeva i tre mesi di terapia, risultano i seguenti importi:

Marzo 2001 Lire 28.818.700 pari al 0,39% dell'intero fatturato di Marzo;

Aprile 2001 Lire 21.900.900 pari al 0,31% dell'intero fatturato di Aprile;

Maggio 2001 Lire 28.012.800 pari al 0,34% dell'intero fatturato di Maggio;

Però, sebbene l'incidenza mensile così prospettata oscilli intorno a valori compresi tra lo 0,31% e lo 0,39% per un importo complessivo di Lire 78.732.400, effettuando elaborazioni cumulative prima per 2 mesi consecutivi e successivamente per i tre mesi, si è potuto rilevare che i valori relativi all'iperprescrizioni subivano aumenti esponenziali in quanto alcuni medici prescrivevano mensilmente la terapia trimestrale ai loro assistiti in possesso di esenzione per patologia.

Mesi	Somma dei singoli mesi	Importo generato dal cumulo dei mesi	Rapporto di crescita
Marzo / Aprile	50.711.600	97.106.700	1:2
Aprile / Maggio	49.913.700	101.000.000	1:2
Marzo/Aprile/Maggio	78.732.400	294.153.000	1:3,5

Quanto rilevato dimostra anche che le misure previste circa la riorganizzazione del confezionamento dei prodotti potrebbero non comportare alcuna riduzione della spesa farmaceutica perché, in mancanza di controlli, nessuno potrà verificare quante scatole di prodotto esattamente confezionato verranno prescritte allo stesso assistito.

- **Punto 3** - I dati sperimentali evidenziano la presenza di assistiti cui sono state prescritte, in un mese, oltre 100 ricette per un totale di oltre 200 prodotti.

The screenshot shows a software window titled "Dettaglio Assistito" for a patient with ID "POOLON51297D071C", male, aged 47. It displays summary statistics: 121 prescriptions, 238 products, and a net cost of 6,816,700. Below this, it lists the therapeutic family (Famiglia terapeutica) with 15 items, including antiacids, anti-ulcer drugs, prokinetics, potassium, and antithrombotics. A table of prescriptions (Ricette) shows dates from 24/01/2001, doctors, and various codes. At the bottom, a detailed view of a prescription (Dettaglio Ricetta) for NORVASC 10\*14CPR 10MG is shown, listing several prescribed products like RIVOTRIL, LEVOPRAID, TEGRETOL, LAROXYL, DIIDERGOT, and PERIDON with their respective quantities and costs.

Riveste anche grande importanza il numero di pazienti che in un giorno il medico riesce a visitare ed il numero di ricette che riesce a prescrivere nel suo studio.

Si riescono a visitare oltre 100 assistiti in poche ore ed a prescrivere circa 200 ricette.

Se il medico dovesse effettuare queste visite dedicando a ciascun paziente il tempo previsto dal codice deontologico (15 minuti) dovrebbe tenere lo studio aperto per oltre 25 ore consecutive al giorno!!!

Periodo: OTTOBRE - 2006

Scheda Medico: [nome medico]

OTTOBRE - 2006

Generale | Pazienti | Farmacie | Ditte | Note CUF | **Giornate lavorative** | Presumibile eccedenza | Prestazioni ambulatoriali

Giorno	Ricette prescritte	Assistiti visitati	Giorno	Data	Ricette prescritte	Assistiti visitati
LUNEDÌ	591	370	LUNEDÌ	09/10/2006	170	107
MARTEDÌ	294	217	LUNEDÌ	16/10/2006	135	91
MERCOLEDÌ	444	283	LUNEDÌ	23/10/2006	137	86
GIOVEDÌ	265	178	LUNEDÌ	02/10/2006	148	85
VENERDÌ	358	225	VENERDÌ	06/10/2006	131	82
SABATO	7	2	MERCOLEDÌ	11/10/2006	125	79
DOMENICA	8	8	MERCOLEDÌ	18/10/2006	109	76
			VENERDÌ	13/10/2006	112	70
			VENERDÌ	20/10/2006	103	64

Siccome è previsto dalla normativa che il medico, per effettuare le prescrizioni, non deve necessariamente procedere alla visita dell'assistito, ecco che un sistema di prescrizione ad ordinazione può consentire il raggiungimento di questi numeri.

Ma il vero problema, che incide notevolmente sulla spesa farmaceutica, è dovuto al fatto che questa "confusione prescrittiva" diventa indice di scarsa attenzione ed, a volte, di pressapochismo per cui si possono ripetere prescrizioni già effettuate pochi giorni prima generando l'iperprescrizione per eccedenza, possono essere prescritti farmaci in interazione farmacologia competitiva con prodotti prescritti pochi giorni prima senza che il medico possa ricordarsene, possono essere provocate anomalie di prescrizione che non rivestono carattere di dolo ma che contribuiscono all'incontrollabilità della spesa farmaceutica.

- **Punto 4** - Riguardo le prescrizioni di prodotti non compatibili con il sesso dell'assistito, i dati sperimentali quantificano gli importi in ragione dello 0,2% circa dell'intera spesa farmaceutica (per la Sicilia circa 4 Miliardi/anno).

Tale tipo di prescrizione può essere effettuata dal medico per diversi motivi:

- per semplice errore di redazione della ricetta, cosa comunque abbastanza grave in quanto denota scarsa professionalità ed attenzione nell'esercizio delle proprie funzioni;
- per utilizzare un soggetto che presenti requisiti che danno diritto a particolari agevolazioni di prescrizione;
- per curare terapie sensibili al tipo di farmaco ma non previste dalle specifiche tecniche e farmacologiche previste dall'autorizzazione all'immissione al commercio; un esempio di uso in questo senso è dato dal Finastid, farmaco a base di Finasteride. Il Finastid è un prodotto autorizzato per la cura dell'ipertrofia prostatica (solo soggetti di sesso maschile) ed, in quanto tale, inserito tra i farmaci a carico del SSN. La Finasteride è, invece, un principio attivo che presenta attività farmacologica nella terapia dell'alopecia ed in quanto tale può essere somministrato ad entrambi i sessi ma, per tale uso, è inserito tra i farmaci di fascia C a totale pagamento dell'utenza.

La prescrizione del Finastid a soggetti di sesso femminile consente una terapia contro la caduta dei capelli con spesa a carico dello Stato attribuendo alla donna una patologia che non può avere.

- **Punto 6** - A volte l'uso di un farmaco prevede l'insorgere di stati tossici dipendenti dagli effetti collaterali del farmaco stesso. E' il caso della somministrazione dei FANS che possono provocare, in soggetti a rischio, ulcere gastriche a causa del loro assorbimento.

Per contrastare, allora, tali effetti collaterali il medico può prescrivere in associazione dei farmaci antiulcera (ranitidina - omeprazolo - sucralfato). Questo tipo di prescrizione può essere relativamente legittima se il farmaco che presenta effetti collaterali è l'unico prodotto efficace per la patologia in cura, è, invece, assolutamente illegittimo nel caso in cui il medico potrebbe utilizzare una terapia alternativa che non provochi i problemi evidenziati. In ogni caso la prescrizione di prodotti "tampone" rappresenta sempre un'anomalia prescrittiva in quanto il prescritto non corrisponde alle reali condizioni patologiche del soggetto.

- **Punto 7** - I dati sperimentali hanno potuto quantificare in circa il 4% della spesa totale la prescrizione di farmaci soggetti ad interazione antagonista il cui uso diminuisce od annulla l'effetto farmacologico di uno dei due o di entrambi e che rappresenta un intervento poco utile ed, a volte, dannoso.

Periodo: SETTEMBRE - 2006		Medico	Assistito	Tipo	Farmaci	Pezzi	Costo
				Antagonista	TEGRETOL CR*30CPR 400MG R.C. + TALOXA*40CPR 600MG	8	360,32
						361,00	501.442,66

Descrizione incompatibilità		Ricette						
-C3F9- <b>CARBAMAZEPINA - FELBAMATO</b> (CARBAMAZEPINA + FELBAMATO) *** [PREVEDIBILE] *** - Il Felbamato induce il metabolismo della Carbamazepina e viceversa. La co-somministrazione, pertanto, ha come effetto la riduzione dei livelli plasmatici e dell'azione farmacologica di entrambi i farmaci. (cfr STK/227)		Data pres	Data spe	Farmacia	Tipo ric	Numero ric	Qtà	Farmaco
		05/09/2006	05/09/2006	F	1. ASL	525	2	TEGRETOL CR*30CPR 400MG R.C.
		05/09/2006	05/09/2006	F	1. ASL	3286	2	TALOXA*40CPR 600MG
		15/09/2006	15/09/2006	F	1. ASL	1763	2	TEGRETOL CR*30CPR 400MG R.C.
		21/09/2006	30/09/2006	F	1. ASL	3284	2	TALOXA*40CPR 600MG

Il dato sperimentale riportato mostra come un medico abbia prescritto allo stesso soggetto il TEGRETOL CR 400 mg cpr (antiepilettico - p.a. Carbamazepina) ed il TALOXA 600 mg cpr (antiepilettico p.a. - Felbamato).

I due principi attivi in co-somministrazione, inducono reciprocamente il metabolismo per cui abbassano i reciproci i livelli plasmatici e riducono la loro azione farmacologica.

I 360 euro circa prescritti da questo medico per questi due farmaci potrebbero costituire una spesa farmaceutica non giustificabile.

### *Efficacia e riscontri tangibili*

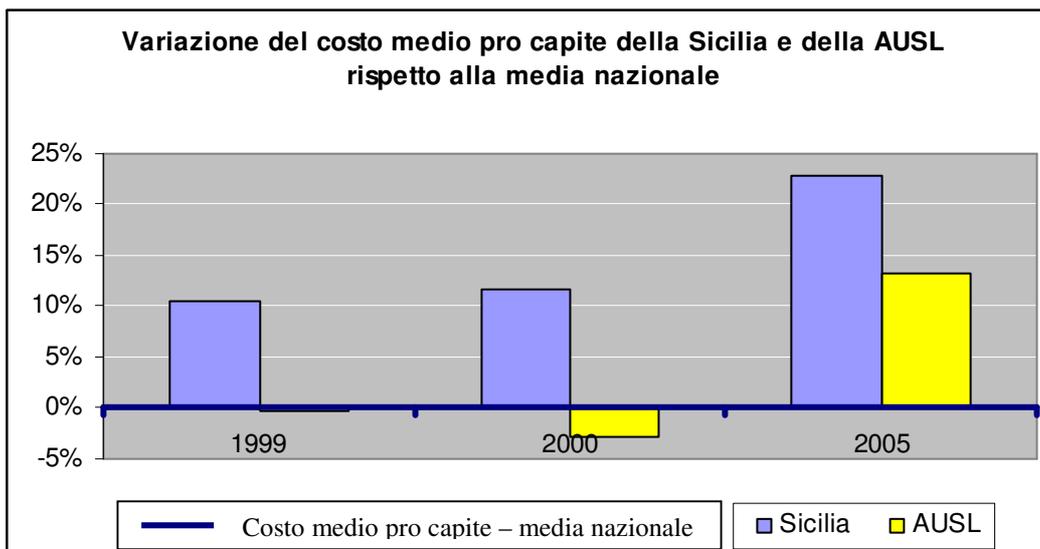
Il controllo qualitativo della spesa, è stato sperimentato due volte a supporto di indagini dell'A.G. ed ha funzionato sia perché ha evidenziato abusi ed anomalie prescrittive fornendo per ciascuna indagine prove inequivocabili, sia perché ha dimostrato che i controlli qualitativi eseguiti a fini sanzionatori producono una marcata contrazione della spesa farmaceutica.

Concludo con un grafico che dimostra quanto precedentemente asserito nell'esame della spesa farmaceutica di due AUSL nelle quali sono state applicate, nel corso del 2001 e del 2003, tipologie di controllo qualitativo.

Il raffronto viene fatto sulla spesa media pro capite che rappresenta un ottimo indicatore medio in quanto utilizza come divisore la popolazione residente che rappresenta un dato certo per tutte le parti confrontate:

Il dato riscontrato nel corso dell'anno 2000 in una AUSL siciliana è emblematico.

<b>COSTO MEDIO PRO CAPITE</b> <i>reso in Euro</i>			
	ITALIA	SICILIA	ASL
1999	€ 152,08	€ 168,03	€ 151,69
2000	€ 174,04	€ 194,25	€ 169,25
2005	€ 231,62	€ 284,58	€ 262,45

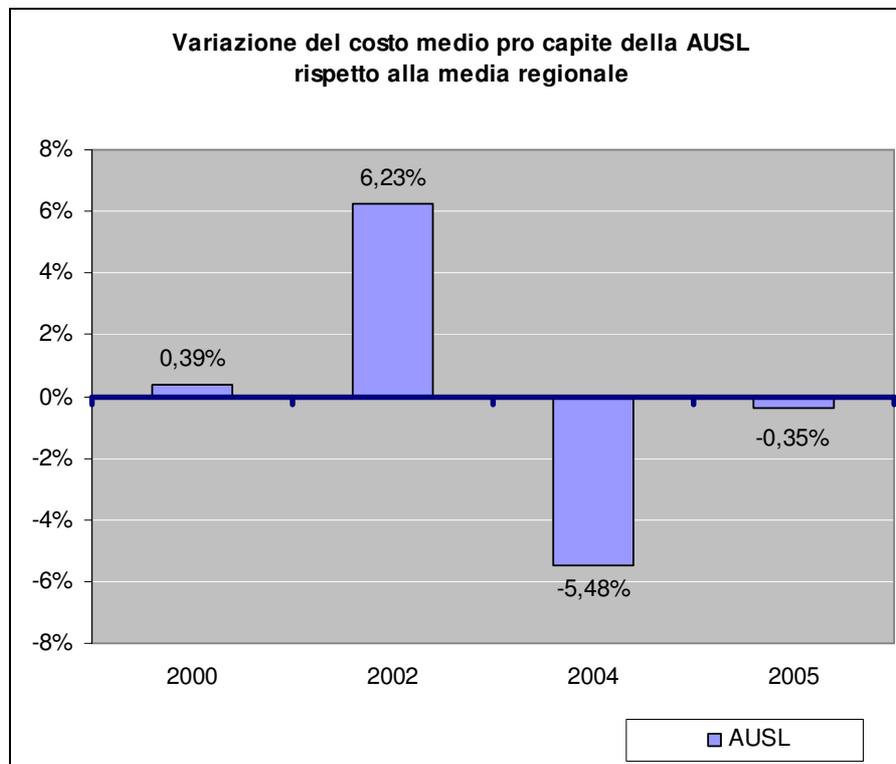


Nel 2000 la AUSL nella quale è stato applicato il controllo qualitativo ha registrato un costo medio pro capite di gran lunga inferiore alla media nazionale riducendolo di circa il 3% rispetto a quello dell'anno precedente e di oltre il 13 % rispetto alla media regionale che, invece, ha incrementato il differenziale rispetto alla media nazionale stessa.

Dopo appena 5 anni, ed in mancanza di ulteriori applicazioni di questo sistema, la AUSL ha invertito la tendenza; la spesa pro capite è di gran lunga superiore (di oltre il 13%) rispetto alla media nazionale e si è quasi allineata alla media regionale recuperando circa l'8% di differenziale.

I dati relativi all'altra AUSL che ha applicato a fini di controllo il sistema qualitativo, confermano l'efficacia della procedura.

<b>COSTO MEDIO PRO CAPITE</b> <i>reso in Euro</i>		
	SICILIA	ASL
2000	194	195
2002	257	273
2004	292	276
2005	284	283



I dati rappresentati dimostrano come la spesa della AUSL, nel periodo immediatamente precedente applicazione dei controlli, aveva subito un'impennata rispetto al costo medio pro capite regionale.

La contrazione manifestatasi l'anno successivo ai controlli effettuati è stata di circa il 13% passando da + 6,23 a - 5,48.

Il dato sul quale soffermarsi è dato dal fatto che, terminati i controlli la spesa ha ricominciato a crescere e si è riallineata alla media regionale.

### **Conclusioni**

Le poche volte che questo sistema di controllo è stato applicato, e per pochi mesi, ha raggiunto risultati estremamente notevoli riuscendo a contrarre la spesa farmaceutica.

Siccome, ai sensi del D.A. 20/12/03 "... la ricetta è un documento che acquisisce valore di carta moneta, nel momento in cui viene validata dalla farmacia dopo l'apposizione delle fustelle;" diventa fondamentale controllare che uso viene fatto di tutti questi blocchetti di assegni in bianco (i ricettari farmaceutici) che vengono consegnati senza alcun limite ad oltre 6.000 soggetti e, quindi, una applicazione sistematica, seria e ben organizzata di questi controlli potrebbe produrre risultati notevolmente migliori oltre alla funzione di disciplinare un comparto nel quale disattenzione, indisciplina e certezza dell'impunità riescono a produrre e favorire una malversazione distribuita.

Se applichiamo la stessa aliquota di contrazione della spesa (- 13%) riscontrata nelle sperimentazioni alla spesa farmaceutica della regione Siciliana si potrebbe ipotizzare un risparmio valutabile in 180 milioni di Euro per ogni anno che rappresenterebbe circa il triplo del ticket incassato per ciascun anno negli ultimi 3 anni.

