

Prescrizioni per principio attivo: i temi in discussione al Tavolo tecnico



Un testo unico, armonico e condiviso che regolamenti i provvedimenti normativi che si sono susseguiti in questi anni sulla prescrizione dei farmaci; un elenco chiuso di motivazioni di non sostituibilità: sono questi alcuni dei temi salienti in discussione al Tavolo tecnico istituito presso il ministero della Salute. *M.D.* ne ha parlato con **Guido Marinoni**, componente del Comitato Centrale FNOMCeO e tra i rappresentanti della Federazione al Tavolo ministeriale

► **Anna Sgritto**

Medico di famiglia, tesoriere dell'Ordine dei Medici di Bergamo, componente del Comitato Centrale della FNOMCeO e rappresentante della Federazione ai tavoli ministeriali per la Formazione specifica in medicina generale e sulla prescrizione di farmaci per principio attivo, **Guido Marinoni**, prima di entrare nel vivo dell'intervista, tiene a specificare che sul fronte farmaco è impegnato un gruppo di lavoro composto da diversi presidenti di Ordine e che al Tavolo ministeriale ci sono altri suoi colleghi tra cui **Gianluigi Spata**, presidente OMCeO di Como e **Francesco Alberti**, presidente OMCeO di Imperia. La sottolineatura non ha il sapore di un atto formale, ma di chi crede che il lavoro di gruppo sia un valore aggiunto. Ed infatti Marinoni è stato un antesignano della medicina di gruppo che ha iniziato a sperimentare

già nei primi anni Novanta. "Da quando ho iniziato ad esercitare la professione di medico di famiglia, il mio sogno era di poter realizzare una medicina di gruppo perché consideravo una cosa strana, rispetto all'evolversi dell'esercizio professionale e della domanda di salute, vedere i Mmg lavorare da soli. Quando si è presentata l'opportunità, insieme a sei colleghi nel 1991 abbiamo organizzato una delle prime medicine di gruppo. Sto parlando di un periodo in cui questo tipo di organizzazione era più che sperimentale, allora gli incentivi non erano ancora previsti. Ma credevamo molto in quel progetto e ci abbiamo dedicato lavoro e risorse. In seguito mi sono impegnato nell'attività sindacale e ordinistica proprio per poter incidere in prima persona su di un cambiamento che ho sempre ritenuto necessario nell'erogazione e strutturazione delle cure primarie".

► **Una predisposizione all'innovazione che sembra caratterizzare i medici di Bergamo e Provincia, vista la numerosa partecipazione ai Creg, il nuovo modello sperimentale di controllo delle cronicità made in Lombardia...**

"Bergamo ha aderito alla sperimentazione regionale con una cooperativa che ha oltre 200 medici iscritti, una delle più grandi coop d'Italia. Sono da ascrivere a questo risultato una serie di situazioni facilitanti, non ultima un'iniziativa dell'OMCeO che ha rivisto sotto il profilo deontologico sia il patto di cura tra medico e paziente sia il contratto tra medico e coop di cui il medico è socio. L'Ordine è deputato a verificare che nel contratto di operatività venga rispettata l'autonomia del medico, che non vi siano condizionamenti e un uso delle risorse strumentali. Definire queste

problematiche ha dato sicurezza a chi desiderava intraprendere una strada di grande innovazione. Stiamo assistendo ad un cambiamento epocale della nostra professione che dobbiamo cercare di governare. Non possiamo permetterci di scivolare nella deriva del *burnout* perché siamo deputati a preparare un futuro importante alla medicina di famiglia che è chiamata a garantire la sostenibilità del welfare, non solo a livello nazionale, ma europeo. In Europa infatti sono in crisi tutti i modelli su cui si sono sino ad oggi retti i sistemi sanitari, dal modello Bismarck al modello Beveridge”.

► **Un cambiamento epocale che ha radicalmente modificato anche il rapporto dei Mmg con l'industria farmaceutica?**

“Non è una nostra decisione, ma è una conseguenza di scelte della politica e dell'economia. Noi però di questo rapporto non possiamo fare a meno e professionalmente parlando, siamo chiamati a difendere il nostro ruolo e la nostra autonomia professionale, salvaguardando l'interesse dei cittadini/pazienti”.

► **Rispetto all'introduzione dei farmaci generici e delle novità prescrittive, introdotte dalla *spending review*, i Mmg sono stati accusati di essere animati da pregiudizi e di ostacolare percorso e sviluppo...**

“C'è chi ha descritto così la questione, ma io non conosco un'organizzazione della medicina di famiglia che non abbia sostenuto che l'utilizzo del farmaco a brevetto scaduto non sia uno strumento fondamentale proprio per consentire l'immissione

sul mercato dei farmaci innovativi sui quali sarebbe opportuno fosse investito anche il Mmg. Il Tavolo tecnico istituito presso il ministero della Salute è stato fortemente voluto dall'Ordine dei Medici proprio per potere applicare una normativa rendendola compatibile con la professione. Stiamo lavorando fattivamente per questa finalità. Il farmaco e il suo iter prescrittivo sono stati sottoposti a svariati interventi legislativi e quindi non è un caso che la Federazione abbia evidenziato la necessità di redigere una sorta di testo unico, non inteso come provvedimento legislativo, ma come una sintesi che renda coerente tutte le norme di una complessa materia. Altro problema è quello della *non sostituibilità*. Se il medico deve motivare la *non sostituibilità* dovrebbe poter disporre di un elenco chiuso di motivazioni e a ciascuna motivazione sintetica dovrebbe corrispondere un razionale abbastanza simile, per interderci, alle note Aifa. Anche il professionista più bravo nell'attività di ambulatorio può trovarsi in difficoltà a sintetizzare una motivazione e questa, giusta o sbagliata che sia, senza codifiche può dare adito a contestazioni infinite. Per questo motivo abbiamo inoltrato all'Aifa una serie di proposte, in forma di appunti, che prendono in considerazione eventuali intolleranze agli eccipienti, o particolari condizioni del paziente, come quella della concomitante presenza di più patologie, fino alla palatabilità, che riveste particolare importanza in ambito pediatrico. Altra questione aperta è quella relativa ai farmaci a ristretto indice terapeutico. Il generico a ristretto indice terapeutico è una risorsa importante per garantire la sostenibilità del nostro servizio farmaceutico, mi riferisco ai farmaci antirigetto, agli antiepilettici e per alcuni casi agli

antiaritmici. In questo caso non è la *non sostituibilità* il problema, ma si pone quando vi è una differenza di prezzo importante tra l'*originator* e il generico, di cui si deve fare carico il paziente. Una criticità che abbiamo evidenziato e che ci sembra meritevole di essere risolta. C'è poi il fronte della ricetta online e delle relative codifiche. Tanto è vero che la prima proposta avanzata da Sogei (Società di *Information and Communication Technology* del Ministero dell'Economia e delle Finanze) non è risultata adeguata. Così nel merito abbiamo dato qualche indicazione e altre sono emerse dal Tavolo. Bisogna poi considerare che i codici degli equivalenti non vanno a coprire tutte le forme farmaceutiche, per esempio non sempre distinguono le compresse dalle capsule. Si tratta di un problema apparentemente banale, ma che comporta un rifacimento *in toto* delle codifiche, diversamente non si potrà realizzare una prescrizione 'appropriata' per principio attivo. L'attuale modello elettronico infatti ci obbliga a partire dai codici AIC. Inoltre, per garantire una prescrizione di qualità, auspichiamo anche alla realizzazione dell'*Orange Book*, aggiornabile online, che metta a disposizione tutte le informazioni sui farmaci equivalenti, tra cui i parametri di biodisponibilità, bio-equivalenza, equivalenza terapeutica e nome della ditta produttrice”.

www.qr-link.it/video/1312



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code