



ELSEVIER 27 gennaio 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Farmaci innovativi: fondo farmaceutico autonomo e abolizione prontuari regionali per non farli mancare

Farmaci inaccessibili per l'esportazione parallela, per autorizzazioni in commercio rimpallate tra stato e regione, per vincoli prescrittivi, perché la Regione è in deficit: motivi legati al controllo della spesa in Italia ogni giorno provocano situazioni di disparità nell'accesso alle medicine. E si fa largo la proposta di un Fondo Farmaceutico Nazionale distinto dal Fondo Sanitario che permetterebbe una programmazione a lungo termine (si applicherebbe, infatti, su un arco di 3-4 anni), assicurando la copertura a condizioni vantaggiose di grandi aree terapeutiche anche in funzione della prevista approvazione, anno dopo anno, di principi attivi dal costo elevato. La proposta è stata rilanciata dal direttore dell'Agenzia italiana del farmaco, Luca Pani, alla XIII Conferenza Nazionale sulla Farmaceutica all'Università di Catania, sul tema dell'appropriatezza prescrittiva, alla presenza di rappresentanti dell'Assessorato alla Salute della Sicilia ed Agenas. La ritrae Filippo Drago, coordinatore del Master in Discipline regolatorie del Farmaco dell'università etnea: «Da una parte – dice Drago - Farindustria propone di aumentare il tetto per i farmaci ospedalieri, o trovare risorse alternative; ma nell'attuale situazione del Paese appare più realistico lavorare a un Fondo sganciato dall'attuale tetto calcolato su base percentuale in rapporto alla spesa Ssn». Da Catania arrivano altre due proposte. La prima è quella di valutare l'abolizione dei prontuari terapeutici regionali che spesso limitano la disponibilità di un farmaco. Spiega Drago: «Non c'è l'obbligo di mantenere un prontuario regionale ed esiste una marcata differenza tra le varie regioni nell'accesso ai trattamenti autorizzati. Alcune non hanno adottato il Prontuario, mentre altre non lo considerano vincolante per la prescrizione ospedaliera e beneficiano di un efficiente sistema di distribuzione diretta o per conto. Nelle regioni con piano di rientro spesso la prescrizione dei farmaci approvati in Prontuario è limitata da norme restrittive che, tuttavia, non vengono verificate da un efficiente sistema di controllo sul territorio». Una terza questione riguarda i farmaci oncologici di costo elevato: «In alcuni casi il prezzo non è giustificato dal valore terapeutico che manca della dimostrazione di un aumento della sopravvivenza; il rebus è se continuare a sobbarcarsi il loro costo o liberare le risorse per altre terapie di provata efficacia, anche se di costo sostenuto».

Mauro Miserendino

Meno spesa per dispositivi: Assobiomedica, conseguenza dei tagli

Diminuisce la spesa del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici, secondo il primo rapporto del ministero della Salute sull'argomento, diffuso nei giorni scorsi. La ragione è chiara, afferma il Direttore generale di Assobiomedica Fernanda Gellona: «negli ultimi anni si è puntato a ridurre la spesa sanitaria introducendo tagli lineari che hanno portato a un calo netto della spesa in dispositivi medici, quando sarebbe stato meglio tagliare sprechi e inefficienze». Dai dati elaborati dal centro studi dell'associazione, risulta infatti che gli effetti delle manovre sanitarie 2012-2014 portano a risparmi nella spesa in dispositivi medici pari a 1.905 milioni di euro nel 2013 e a 2.291 milioni nel 2014. Ci sarebbe stata, secondo Gellona, «una sottostima da parte del Governo degli effetti derivanti dall'introduzione del tetto di spesa dei dispositivi medici (L. 111/2011), mentre decisamente più contenute sono le differenze relative ai successivi inasprimenti del tetto stesso. La riduzione di spesa pubblica in dispositivi medici conseguente all'introduzione del tetto ci risulta dunque di circa il 27% nel 2013 e del 33% nel 2014, quindi decisamente superiore a quella implicita nelle stime ufficiali (18% e 25% rispettivamente)». Fernanda Gellona si esprime comunque in modo favorevole sul rapporto ministeriale: «Va sicuramente incontro all'approccio metodologico da sempre suggerito da Assobiomedica, ovvero la messa a punto di un sistema di rilevazione dei consumi e degli acquisti, che ben si avvicina all'Osservatorio degli acquisti che da anni chiediamo alle istituzioni in alternativa alla centralizzazione spinta». Si tratta infatti di uno strumento utile per conoscere il mercato e, quando sarà a regime e ben costruito, potrà essere aiutare le strutture sanitarie a gestire meglio l'acquisto dei dispositivi medici, confrontandosi con amministrazioni ed enti simili per analizzare e prendere ad esempio le dinamiche di acquisto e gli investimenti. «Non deve però essere utilizzato alla stregua di un prezzario, - ammonisce Gellona - acquistare bene non significa inseguire il prezzo più basso».

Renato Torlaschi

Aceti (Tdm), sì a rivedere Lea se si tutelano più i cittadini

«Sì a una revisione dei Livelli essenziali di assistenza ma solo se serve a migliorare l'offerta di prestazioni per i cittadini ma se tutto il lavoro del tavolo governo-regioni si risolvesse nella riduzione della spesa sanitaria e delle tutele per i cittadini si aprirà un problema e diremo no, così come al tavolo del patto non consentiremo sia posta mano ai Lea senza un confronto con le associazioni dei cittadini».

Tonino Aceti coordinatore del Tribunale dei Diritti del Malato torna sul tema della revisione dei Lea, all'ordine del giorno del tavolo del "patto per la salute", dopo che il rapporto Osmad dell'Agenzia del Farmaco sottolinea come il ticket sia cresciuto del 5,2% in un anno e ogni paziente cronico spenda circa 1500 euro annui di tasca sua per farmaci. In questo scenario, il direttore Agenas **Fulvio Moirano** alla presentazione del Rapporto Oasi in Bocconi non ha escluso il taglio di alcune prestazioni "inefficienti" tra quelle oggi offerte dal Servizio sanitario. Ad esempio, in gravidanza. E' in vista un ridimensionamento del diritto alla Salute? «L'efficientamento di alcuni servizi ci trova d'accordo – dice Aceti – ma la priorità non è eliminare o ridurre prestazioni bensì aumentare le tutele, e nello specifico aggiornare dei Lea che sono fermi a dieci anni fa. Ricordo che il Decreto Balduzzi prevede l'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare esenti da ticket per alcune prestazioni, e va adeguato l'elenco delle patologie croniche esenti; inoltre va aggiornato il nomenclatore tariffario delle protesi, sempre a norma di decreto Balduzzi, e fin qui non si è visto niente». «Beninteso, aumentare le tutele non vuol dire evitare il confronto sui Lea, tanto più – afferma Aceti - che i risparmi ottenuti eliminando prestazioni inutili od obsolete si possono ri-orientare su altri fronti. Per TdM, oltre alle tre esposte, l'assistenza odontoiatrica è una priorità del Ssn».

Mauro Miserendino

Social network e medicina, l'esperto: coinvolgere istituzioni

Un maggior coinvolgimento istituzionale nei social media in medicina, tale da garantire informazioni accurate e strumenti affidabili: è quanto auspica **Eugenio Santoro** dell'Irccs - Istituto Mario Negri di Milano, che sull'argomento ha pubblicato due volumi. Partecipando all'incontro "Smart media e social network in medicina" tenuto venerdì scorso presso l'Università Bicocca, Santoro ha individuato due fronti principali sui quali Asl, Regioni e ministero della Salute dovrebbero lavorare. Il primo fa riferimento a una delle relazioni presentate al convegno milanese: «Un'indagine dell'Università Bocconi, ha dimostrato che i cittadini sentono in modo molto forte l'esigenza di disporre di applicazioni basate su smartphone e tablet, che consentano di usufruire dei servizi offerti dagli ospedali». Creazione diretta di applicazioni dunque, ma non solo: le istituzioni dovrebbero, secondo l'esperto del Mario Negri, «mettere a punto strumenti partecipativi, penso all'Asl con una semplice pagina su Facebook, gestita però da persone competenti in comunicazione istituzionale basata sui social media e che si faccia carico di fare promozione della salute; è anche importante rispondere alle esigenze del cittadino mettendo a disposizione spazi: ci sono molti studi a dimostrare che il semplice racconto delle proprie esperienze fornisce un valido supporto psicologico ai pazienti e ne migliora la qualità della vita». Quanto all'affidabilità delle informazioni, negli Stati Uniti si è già mossa la Fda stabilendo, lo scorso novembre, che alcune applicazioni devono essere sottoposte a regolamentare autorizzazione da parte dell'ente, come avviene per i dispositivi medici. Del resto, applicazioni e social network – in particolare le community online – stanno già cambiando il mondo della medicina: «Gli strumenti più diffusi sono quelli che riguardano il benessere, l'alimentazione e l'esercizio fisico – ricorda Santoro – ma quel che conta è il cambio di prospettiva, che assegna al cittadino un ruolo sempre più attivo e consapevole nelle scelte che lo riguardano».

Renato Torlaschi

Bpco e asma, identikit per personalizzare meglio la terapia

Grazie a nuove tecniche diagnostiche sofisticate è possibile tracciare l'identikit fenotipico del singolo paziente affetto da asma o broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) allo scopo di personalizzarne la terapia, massimizzandone i benefici per i pazienti. Se ne è parlato al Convegno "Aspetti clinici e farmacologici in medicina respiratoria", svoltosi all'Università Cattolica di Roma. «Sia per l'asma che per la Bpco non si parla più di una malattia unica, ma di una sindrome caratterizzata da diversi fenotipi» spiega Salvatore Valente, dell'Unità operativa di Pneumologia del Policlinico "A. Gemelli" di Roma. «Questi fenotipi differiscono per danno anatomico, meccanismi patogenetici, responsività alla terapia. Per farne l'identikit ci si basa su storia clinica, habitus clinico, esame della funzione respiratoria, quadro radiologico e una serie di valutazioni biologiche». «Le caratterizzazione del paziente basata sull'integrazione di dati clinici, funzionali, cellulari e molecolari fornisce informazioni utili alla scelta del tipo e della dose del farmaco, oltre a predirne l'efficacia» aggiunge Paolo Montuschi, dell'Unità operativa di Farmacologia del medesimo ospedale. «Attualmente abbiamo due parametri standardizzati, validati e clinicamente accettati quali indicatori non invasivi di infiammazione che possono essere utili nella scelta della terapia farmacologica (in particolare i glucocorticoidi inalatori): l'analisi delle cellule infiammatorie come gli eosinofili nell'espettorato indotto e, limitatamente ai pazienti asmatici, la misurazione del monossido d'azoto nell'aria espirata». La fenotipizzazione sul piano molecolare si basa invece sull'analisi di molecole presenti nel respiro (Metabolomica del respiro) tramite diverse metodiche. «Mediante il "naso elettronico" si riconoscono profili selettivi di molecole nel respiro (non identificate singolarmente) differenti tra soggetti sani e patologici, e tra sottogruppi di pazienti potenzialmente con diversa prognosi e risposta al farmaco. L'identificazione delle molecole responsabili delle differenze e la misura della loro concentrazione si ottiene mediante gascromatografia con spettrometria di massa». Queste tecniche sono ancora nell'ambito della ricerca, ma l'obiettivo è di traslarle nella clinica come previsto dallo studio europeo U-BIOPRED sull'asma al quale partecipa l'Università Cattolica del Sacro Cuore con un centro coordinato da Paolo Montuschi.

Arturo Zenorini