

Filippo D'ADDIO

Presidente SNAMI Caserta

Il Presidente della Regione Campania, ovviamente ancora CALDORO, Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario ha pubblicato il DECRETO n. 56 del 29.05.2015 avente ad oggetto misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale.

Tale decreto rischia di incasinare ancora di più il nostro lavoro, oltre al rischio di attribuirci una serie di responsabilità economiche con il rischio di sanzioni pecuniarie relative. Per non parlare della pesante interferenza nella libertà prescrittiva del medico e della conflittualità che esso introduce verso la normativa nazionale (AIFA: note e indicazioni) che presiede alla prescrizione del farmaco.

I PRINCIPI

“la Regione Campania potrebbe conseguire risparmi potenziali per oltre 66 milioni di euro se utilizzasse farmaci a brevetto scaduto e **quantità di farmaci (DDD/abitanti)** in misura analoga a quanto rilevato nelle regioni più virtuose”

“con il decreto commissariale n. 27 del 15.03.2013 ad oggetto: “Misure di incentivazione della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci biosimilari”, sono stati stabiliti obiettivi di risparmio per i direttori generali delle aziende sanitarie concernenti la spesa farmaceutica, conseguenti al maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e di farmaci biologici e/o biosimilari di minor prezzo, ovvero di farmaci di pari efficacia terapeutica ma di minor costo, che tutti i medici prescrittori (MMG e/o PLS, lo specialista ambulatoriale interno e convenzionato esterno, il medico ospedaliero o universitario) debbano prediligere nelle prescrizioni farmaceutiche, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate”

“tali strumenti possano consentire quel “recupero delle inefficienze o inapproprietezze nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni” più efficace dei “tagli e tetti di spesa, a controlli stringenti su prezzi e volumi, all'aumento delle compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini”, da accompagnare ad un maggiore e più consapevole controllo della spesa e della verifica dell'appropriatezza”

Commento: l'appropriatezza è data non dal farmaco più adatto a quel paziente tenuto conto delle sue condizioni cliniche e del costo del farmaco, ma esclusivamente dalla indicazione del bugiardino e dal prezzo più basso, nonché da un minor numero di prescrizioni complessive di farmaci.

GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AI DIRETTORI GENERALI (e che Essi ribalteranno sui MMG)

categoria ATC4 C09CA - Antagonisti dell'angiotensina II, non associati –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare in termini in DDD almeno l'87% del totale delle confezioni entro il 31.12.2015; tale quota, entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno il 90% delle confezioni erogate;

categoria ATC4 C09DA – Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, in termini di consumi in DDD almeno l'80% del totale delle confezioni entro il 31.12.2015; entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno l'85% delle confezioni erogate;

categoria ATC4 C10AA – inibitori delle HMG CoA reduttasi –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare in termini di DDD almeno l'82% del totale delle confezioni erogate entro il 31.12.2015; entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno l'85% delle confezioni erogate;

categoria ATC4 J01MA – Fluorochinoloni –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare in termini di DDD almeno l'83% del totale delle confezioni erogate entro il 31.12.2015; entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno l'85% delle confezioni erogate;

categoria ATC4 C08CA – Antagonisti dell'angiotensina II non associati –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, in termini di DDD almeno il 90% del totale delle confezioni erogate entro il 31.12.2015; tale quota, entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno il 93%;

categoria ATC4 N03AX – Altri antiepilettici –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, in termini di DDD almeno il 69% del totale delle confezioni erogate entro il 31.12.2015; tale quota, entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno il 73% delle confezioni erogate;

categoria ATC4 N06AB – Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, in termini di DDD almeno il 96% del totale delle confezioni erogate entro il 31.12.2015; tale quota, entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno il 99% delle confezioni erogate;

categoria ATC4 R03AC – Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici –

i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, in termini di DDD almeno il 53% del totale delle confezioni erogate entro il 31.12.2015; tale quota, entro il 31.12.2016 dovrà rappresentare almeno il 55% delle confezioni erogate;

30% l'obiettivo di incidenza massima della prescrizione di confezioni di sartani sul totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina C09 e cioè: (C09CA + C09DA)/C09;

l'utilizzo ed apposizione delle condizioni di prescrizione dei sartani, nel campo di otto caratteri a disposizione della Regione nella ricetta SSN / promemoria, di cui al punto 3 del dca n 56 del 12.07.2011;

all'interno della categoria degli ACE-i (classi C09A e C09B) il medico prescrittore debba preferire quelle le cui molecole sono a brevetto scaduto e tra esse quelle a più basso costo;

nell'ambito delle associazioni precostituite di farmaci antipertensivi (ACE-inibitore più calcio-antagonista - ATC C09BB - e/o Sartano più calcio-antagonista - ATC C09DB e/o Sartano più calcio-antagonista più diuretico – ATC C09DX) il medico prescrittore debba preferire quelle le cui molecole sono a brevetto scaduto e tra esse quelle a più basso costo;

una puntuale applicazione della nota 13 nella parte che prevede la prescrizione in prima battuta di farmaci a brevetto non scaduto e che prevede la persistenza in tale prescrizione per i pazienti già in trattamento

una puntuale applicazione delle indicazioni, controindicazioni, dosaggi e prevenzione degli eventi avversi degli antiinfiammatori COXIB, preferendo la prescrizione di celecoxib che è in scadenza di brevetto.

STRUMENTI di MONITORAGGIO delle PRESCRIZIONI RIENTRANTI NEGLI OBIETTIVI di cui sopra

Il modello unico di prescrizione, allegato 2 al decreto 56,

compilato, con validità massima di 12 mesi (e quindi in caso di terapia cronica ogni 12 mesi) dal medico prescrittore (Medico di Assistenza Primaria, Specialista Ambulatoriale, Medico Ospedaliero, Medico Universitario), inviato al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza del paziente, e stampato contestualmente alla ricetta elettronica o al promemoria della ricetta de-materializzata sempre dal medico di assistenza primaria!

Quando va compilato tale allegato (modello unico di prescrizione):

molto spesso se si intende mantenere un minimo di libertà terapeutica:

- In tutte le prescrizioni di farmaci brand (brevetto non scaduto) delle classi ATC sopra citate negli obiettivi assegnati ai Direttori Generali
- Nelle prescrizioni di farmaci antiipertensivi anche a brevetto scaduto di tali classi ATC a più alto costo (non è specificato il cut-off di tale costo!)

Segue nella prossima puntata

Seguiteci su www.snamicaserta.it