

Dalla Regione Lazio nuove incombenze per il Mmg

Nella manovra di rientro per il deficit sanitario la Regione Lazio, in merito alla spesa farmaceutica, si propone in primis di incentivare le prescrizioni di farmaci equivalenti, introducendo i cosiddetti "codici di valorizzazione", ovvero una nuova incombenza per il medico di medicina generale che non mancherà di suscitare polemiche e dibattiti.

Messa alle strette dal ministro dell'Economia Padoa Schioppa, pena il commissariamento dell'Ente, la Regione Lazio ha dovuto sfornare in gran fretta a fine anno una dozzina di delibere per riempire la voragine del deficit sanitario accumulato negli anni precedenti. La manovra di rientro orchestrata riguarda tutti i settori della sanità laziale, dai piccoli ospedali ai posti letto, dal turn-over degli operatori agli appalti, e interessa naturalmente anche la medicina generale. Così è finito nel mirino della Giunta regionale il capitolo di spesa che più spesso è interessato da questo tipo di interventi "tampone", vale a dire la spesa farmaceutica. Con la delibera emanata il 31 dicembre 2007 la Regione Lazio si è proposta prima di tutto di incentivare le prescrizioni di generici, attraverso i cosiddetti "codici di valorizzazione", ovvero una nuova incombenza per il Mmg.

In sostanza sono stati introdotti alcuni criteri generali di "appropriatezza" che devono essere soddisfatti prima di poter prescrivere un farmaco branded - cioè con brevetto ancora vigente - che rientra in una delle classi terapeutiche ATC indicate nella delibera stessa. La "valorizzazione" della prescrizione consiste in alcuni codici, da apporre sulla ricetta del farmaco branded, funzionali al cosiddetto "governo delle eccezioni", rispetto alla regola che si vuole incentivare, ovvero l'uso prioritario del farmaco equivalente. Praticamente con questa decisione sarà possibile prescrivere un farmaco non-generico solo in seconda battuta, cioè dopo aver verificato problemi con un farmaco equivalente, per esempio effetti collaterali o inefficacia clinica, sulla falsariga di quanto contenuto nella delibera sugli IPP emanata dalla Regione Lazio un anno fa e nello spirito della Nota AIFA che regolava la prescrizione

dei sartani fino a qualche anno fa (ammessi in alternativa agli ACE inibitori in caso di tosse). La prescrizione di un farmaco coperto da brevetto sarà possibile come prima scelta in due soli casi: nei pazienti portatori di "particolari rischi" (espressione generica e indeterminata) e in "proseguimenti di terapia ospedale-territorio", vale a dire solo per le terapie iniziate durante la degenza ospedaliera che proseguono sul territorio dopo la dimissione. Va precisato che l'adesione ai codici di valorizzazione è volontaria e a discrezione del singolo medico.

Il medico che accetterà di apporre i codici nei casi previsti dovrà sobbarcarsi un impegno professionale che verrà tuttavia compensato da un vantaggio, vale a dire l'esonero dai controlli sull'appropriatezza prescrittiva. All'opposto il medico che prescriverà farmaci branded

I codici di valorizzazione

"I Mmg e i pediatri di libera scelta, nonché gli specialisti che prescrivono a carico del Ssn, tramite l'apposito modello ministeriale, medicinali coperti da brevetto branded, appartenenti alle classi ATC indicate sono tenuti a indicare la situazione clinica farmacologia caratteristica di ciascun paziente che ha indotto tale prescrizione e che ne indica l'appropriatezza prescrittiva. (...) Tale indicazione ha come finalità la valorizzazione dell'atto medico ed è volta ad assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione della Regione mediante l'apposizione di un codice di valorizzazione in calce alla ricetta che identifica la situazione clinico farmacologia del singolo paziente e che consente la prescrizione del farmaco branded:

- ▶ **Codice A, B o C**
Documentata intolleranza, allergia, interazioni o non-risposta/inefficacia ai farmaci di cui è scaduta la copertura brevettale, appartenenti alla stessa categoria terapeutica omogenea.
- ▶ **Codice D**
Pazienti con particolari rischi.
- ▶ **Codice E**
Pazienti in prosecuzioni di terapia ospedale-territorio".

Categorie ATC soggette a codici di valorizzazione

- ▶ C10: statine anche in associazione e anti-dislipidemiche in genere.
- ▶ C09AA; C09BA; C09CA; C08C; C07AA; C07AB; C07AC: antiipertensivi (ACE-inibitori e sartani anche in associazione con diuretici, calcioantagonisti e betabloccanti).
- ▶ M01A; M05BA; M05BX: Fans e farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa.
- ▶ R03AC; R03BB: beta-adrenergici e anti-colinergici.
- ▶ R03BA: glicocorticoidi.
- ▶ N06AB; N06AX: antidepressivi SSRI e in genere.
- ▶ B01AB; B01AC: eparine e antiaggreganti piastrinici.
- ▶ J05AB; J01AA; J01BA; J01CA; J01CE; J01CF; J01CR; J01DB; J01DC; J01DD: antibatterici (penicilline anche in associazione, cefalosporine di tutte le generazioni, ecc.)

Nell'elenco delle categorie ATC soggette al codice di valorizzazione non compaiono i farmaci soggetti a Nota AIFA e Piano Terapeutico, antidiabetici, chinolonici, antiepilettici, antineoplastici e antipsicotici in genere.

senza annotare il “codice di valorizzazione” sarà soggetto a monitoraggio specifico da parte della Commissione per l’appropriatezza prescrittiva territorialmente competente, per una valutazione di spesa nonché di appropriatezza clinico farmacologica.

■ **Ambiguità e difficoltà pratiche**

I nuovi codici potrebbero finire sotto la lente del governo poiché modificano i criteri vigenti (ovvero il branded solo come seconda scelta, anche quando sarebbe appropriato in prima) e di fatto si intrecciano con Note AIFA e indicazioni del foglietto illustrativo, introducendo nuovi vincoli prescrittivi di natura specifica in quanto validi indistintamente per le categorie ATC individuate. Inoltre le aziende produttrici di branded potrebbero adire le vie legali contro il provvedimento, forti di alcuni precedenti in materia e soprattutto di una recente norma di legge emanata dal governo per bloccare provvedimenti regionali che modificano le disposizioni AIFA.

Il punto più delicato della delibera è tuttavia un altro: l’obbligo di apporre i codici non si applica agli specialisti ambulatoriali. Infatti il codice E fa esplicito riferimento ai “pazienti in prosecuzione di terapia ospedale-territorio”, espressione che indica una cura iniziata durante la degenza e continuata sul territorio dopo la dimissione, mentre non riguarda il consiglio terapeutico formulato dallo specialista ambulatoriale. Inoltre non si comprende perché l’incombenza di indicare il codice sia a carico di chi riceve l’indicazione terapeutica alla dimissione e non di chi la formula. Di fatto lo specialista nel momento in cui prescrive un farmaco branded è esonerato dai vincoli a cui dovranno invece sottostare i medici del territorio. Insomma lo specialista ambulatoriale, non essendo tenuto a indicare il codice, continuerà a delegare tale compito al Mmg, a meno che quest’ultimo non decida di sostituire il farmaco branded con un “generico”. Come si dovrà comportare, per

esempio, il Mmg a fronte del consiglio di un sartano in prima battuta da parte del cardiologo, formalmente esonerato dai codici di valorizzazione? L’esperienza accumulata dalla pubblicazione sul rispetto di Note CUF/AIFA dimostra quanto gli specialisti siano refrattari alle limitazioni prescrittive che vigono sul territorio, nonostante l’emanazione dell’obbligo di appropriatezza contenuto nella riforma ter del 1999. Non mancheranno altre difficoltà. Prima di tutto i medici aderenti al progetto di valorizzazione dovranno attendere presumibilmente alcune settimane prima che le aziende informatiche aggiornino il software professionale che gestisce le prescrizioni. Nel frattempo dovranno apporre manualmente il codice su ogni ricetta, analogamente ai colleghi non informatizzati che volessero aderire al progetto.

In secondo luogo la delibera regionale non precisa se i codici dovranno

no essere attribuiti alle nuove prescrizioni di farmaci branded, oppure se si applicheranno alle terapie già in atto prima della pubblicazione della stessa sul BUR.

Ecco il processo decisionale a stadi che dovranno affrontare a ogni prescrizione i medici aderenti al programma di valorizzazione:

1. considerare se esiste un farmaco equivalente per ogni molecola che si intende prescrivere, sia consigliata dallo specialista sia decisa dal Mmg;
2. in caso negativo valutare quale delle codifiche si può adattare al singolo caso;
3. fatta la scelta, stampare la ricetta con il relativo codice e con la bifatura della casella “suggerito”;
4. ripetere la scelta della codifica e del “suggerito” a ogni successiva prescrizione, a meno che il programma gestionale preveda la ripetizione automatica di entrambi i codici.