



Rimborso dei farmaci tra logica e scelte economiche

Prendo spunto da quanto letto sul sito dell'AIFA (www.agenziafarmaco.it): "Le attività connesse all'autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci con procedura nazionale, sono finalizzate ad assicurare l'unitarietà dell'assistenza farmaceutica su tutto il territorio nazionale, l'accesso ai farmaci innovativi e per le malattie rare. Con il supporto di un "pool" di esperti interni ed esterni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e della Commissione Tecnico Scientifica (CTS), su ciascun farmaco destinato a essere immesso sul mercato italiano vengono effettuate valutazioni chimico-farmaceutiche, biologiche, farmaco-tossicologiche e cliniche al fine di assicurarne i requisiti di sicurezza ed efficacia. Tali valutazioni, che iniziano all'atto della prima autorizzazione all'immissione in commercio, si protraggono per l'intero ciclo di vita del farmaco e, in particolare, per ogni successiva modifica dell'autorizzazione stessa (estensioni di linea, estensioni di indicazioni terapeutiche, ecc.)".

A parte qualche errore di italiano, non c'è nulla di trascendentale in questa enunciazione: Come in tutto il resto del mondo civile, anche in Italia un farmaco può essere messo in commercio solo se è:

1. Sicuro (cioè con una tossicità tollerabile).
2. Efficace (cioè deve produrre in una percentuale sufficientemente alta di casi gli effetti che gli vengono attribuiti).

Se ne dovrebbe dedurre che, se un farmaco è in commercio, ciò significa che è sicuro ed efficace, o per lo meno che tale viene "ufficialmente" considerato dallo Stato.

Deduzione sbagliata. Prendiamo per esempio un farmaco tra i più venduti in Italia, il lorazepam. Se è in commercio, vuol dire che è sicuro ed efficace. Però il Ssn non lo

rimborso. Non è che il Ssn prenda un ticket, magari salato: proprio non lo rimborsa affatto, come se, anziché essere un farmaco regolarmente registrato e autorizzato all'immissione in commercio, fosse un gelato all'amarena. O come se, anziché sicuro ed efficace, fosse stato riconosciuto dagli "esperti interni ed esterni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e della Commissione Tecnico Scientifica (CTS)" un bidone.

L'argomento è già stato affrontato altre volte, ma la questione non può essere lasciata cadere. I medici di medicina generale si preoccupano quasi esclusivamente di criticare le "note" dell'AIFA dimenticando che queste sono criticabili a rigor di logica solo quando si discostano dalle indicazioni ufficiali riconosciute al farmaco in sede di autorizzazione all'immissione in commercio. Se un farmaco è stato autorizzato per la cura dell'ipertensione, è ovvio che non potrà essere prescritto per la cura delle infezioni delle vie urinarie ed è quindi legittimo (anche se superfluo) che il Ssn attivi delle note a carico di quel farmaco.

Se quel farmaco viene prescritto per curare un paziente iperteso, il Ssn non può rifiutarne il rimborso senza violare quel contratto di prestazione di servizi che è implicito in un'assicurazione malattia gestita dallo Stato. E lo stesso ragionamento vale quando è prescritto un ansiolitico a un paziente ansioso. Il Ssn potrebbe rifiutare il rimborso di un farmaco ansiolitico regolarmente commercializzato come tale sul territorio nazionale solo se gli esperti dell'AIFA dimostrassero che il farmaco non può più essere considerato sicuro ed efficace, o se lo Stato disconoscesse con una legge lo status di "malattia" all'ansia. In

questi casi però l'AIFA dovrebbe proporre il ritiro del farmaco dal commercio, in quanto nel primo caso non sarebbe più considerato sicuro ed efficace, e nel secondo caso, non esistendo più la malattia da curare, il farmaco non sarebbe più ufficialmente un "farmaco".

A queste considerazioni di pura logica non è legittimo opporre considerazioni di opportunità economica basate sulla necessità di fare dei risparmi, primo perché non si può risparmiare a favore di alcuni malati danneggiandone altri ai quali pure si chiedono gli stessi contributi; secondo perché se i fondi di un'assicurazione sono insufficienti si devono aumentare i premi, terzo perché nell'assistenza di base ci sono ampi spazi per risparmi più validi dal punto di vista logico e scientifico attraverso una limitazione, anche attraverso "note", degli accertamenti strumentali e di laboratorio rimborsabili.

Non ha senso né scientifico né logico né morale rifiutare il rimborso di un ansiolitico (o di un qualunque altro farmaco in "fascia C" ma regolarmente autorizzato al commercio) e poi pagare senza batter ciglio un numero illimitato di risonanze magnetiche a un paziente affetto da "mal di schiena" o un numero illimitato di esami del sangue a un paziente astenico o francamente ipocondriaco. Se vogliamo dirla tutta, non ha neppure senso permettere ai perditempo il libero accesso agli studi dei Mmg, solo perché "prevenire è meglio che curare" e su ogni mille mal di pancia ci potrebbe essere un infarto del miocardio.

Non ha senso perché quelle novecentonovantanove visite inutili faranno attendere il paziente con infarto abbastanza a lungo da consentirgli di morire, oltre ad esaurire le risorse fisiche e mentali del medico, impedendogli di accorgersi dell'infarto, ammesso e non concesso che abbia comunque la potenziale capacità di accorgersene.

In conclusione, l'assistenza medico-farmaceutica di base va ripensata e ridisegnata integralmente su

fondamenti strettamente logici e scientifici, eliminando tutto ciò che non supera un esame di coerenza fra obiettivi, fini e mezzi. Qualsiasi tentativo di mettere delle pezze a un tessuto ormai troppo logoro è solo una presa in giro.

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

Governare la domanda di salute senza demagogie

La domanda di salute in cui il medico di medicina generale si imbatte è sempre più variegata e in crescita ed è difficile da controllare; ecco alcuni esempi di vita professionale quotidiana che ben rappresentano questo stato di cose.

Primo caso. La paziente entra nello studio richiedendo un ECG. Conosco la paziente, si sente rassicurata solo facendo indagini a ripetizione pur non avendo alcuna patologia seria. Visito la paziente, le assicuro che il suo cuore è sanissimo come risulta dalla mia visita e soprattutto da un precedente controllo cardiologico comprensivo di ECG ed ecocardiogramma eseguito non più di 3 mesi fa. Dopo circa 20 minuti in cui ho dispiegato tutta la mia arte oratoria e persuasiva la paziente esce apparentemente rassicurata. Mi congratulo con me stesso per aver apportato un risparmio all'esaurito sistema sanitario oltre ad aver accorciato la fila per pazienti che necessitano realmente di un ECG. La mia soddisfazione cessa bruscamente la mattina dopo allorché la paziente torna esibendo i risultati, ovviamente tutti negativi, della visita effettuata presso il locale Pronto Soccorso dove non solo ha eseguito l'ECG, ma anche una radiografia del torace, un'ecografia dell'alto addome e le analisi del sangue, il tutto, mi sottolinea trionfante, senza spendere un euro. Sconsola-

to concludo che se le avessi prescritto "solo" l'ECG richiesto avrei risparmiato il mio tempo, quello del Pronto Soccorso e parecchio denaro pubblico.

Secondo caso. Il paziente entra in ambulatorio e, raggiante, mi mette al corrente che ha appena compiuto 65 anni. Pertanto vorrebbe fare "tutti" gli esami del sangue perché tanto da oggi non paga niente. Ha messo molta enfasi nel sottolineare il "tutti". Mentre mi accingo alla prescrizione degli esami di routine, il paziente, temendo che voglia limitarmi nelle indagini, mi prega di "chiederli tutti, anche quelli inutili" tanto, sottolinea di nuovo, non deve pagare niente. Sono tentato di richiederle, a lui maschio sessantacinquenne, anche il test di gravidanza, esame sicuramente inutile ma per lui gratuito. Mi trattiene solo il senso del ridicolo.

Terzo caso. Al paziente affetto da pluripatologie ho appena prescritto tutti i farmaci che deve assumere nei prossimi 30 giorni per un costo complessivo a totale carico del Ssn di 243,03 euro. Il paziente mi chiede di prescrivere anche una benzodiazepina e il paracetamolo per una spesa complessiva di 7,30 euro. Sto compilando la "temuta" ricetta bianca quando il paziente cercando con lo sguardo la mia complicità afferma: "È proprio vero, oggi la mutua non passa più niente".

Quarto caso. La signora quarantacinquenne mia assistita da vari anni entra in studio con la lista degli esami prescritti dallo specialista (oltre 35). La richiesta della mia paziente è la seguente: "Poiché Lei mi conosce da molto tempo, può trascrivermi solo le indagini che ritiene necessarie? Sa, non vorrei "disanguarmi" con i vari ticket". Un tempo ai medici veniva insegnato di arrivare a un sospetto clinico con l'anamnesi e la semeiotica, poi di richiedere poche e selezionate indagini per confermare la diagnosi, oggi, al contrario, si richiede una "mitragliata" di analisi, poi si comincia a "lavorare" su quelle risultate alterate.

Da questi pochi esempi risulta evi-

dente che la domanda di salute diviene sempre più ampia e pressante, sia per le nuove conoscenze della medicina, sia per l'affinamento delle tecniche diagnostiche e delle più moderne ed efficaci terapie, sia per una maggior consapevolezza della propria salute da parte della popolazione (conoscenze, a dir la verità non sempre adeguate). Tale domanda dovrebbe, a mio parere, non essere semplicemente monitorata o addirittura incrementata, ma "governata" dagli operatori sanitari sia per non sprecare le sempre più scarse risorse economiche dedicate alla sanità, sia per evitare patologie iatrogene (quanti tra medici e pazienti sono al corrente che una TAC equivale a 350 radiografie del torace? E quanti conoscono l'entità della morbilità e mortalità provocata da farmaci? A proposito non ho mai visto un ECM o una trasmissione televisiva dedicata a questi argomenti).

È lampante che la maggior parte di questo "governo" spetta a noi medici, soprattutto ai medici di medicina generale, ma in parte dovrebbe dipendere anche dai pazienti. Questo si ottiene applicando un ticket su tutte le prestazioni.

In Germania, per esempio, da molto tempo si paga il 10% del costo dei farmaci fino ad un tetto massimo di 50 euro. In tal modo il cittadino ha modo di rendersi subito conto quanto (90%) è dispensato dal Servizio sanitario nazionale e ciò lo induce sia ad apprezzare la sanità pubblica sia a fare economia responsabile, quando possibile.

È giusto che vi siano le esenzioni, ma in Germania queste sono poche e limitate alle persone realmente indigenti. In Italia fra veri e falsi invalidi, fra veri non abbienti e tanti evasori, fra esenzioni per patologia, invalidi di guerra, prevenzione, attività sportive ecc. ecc. solo pochi veri "sfortunati" pagano il ticket. Mi chiedo allora se sia possibile affrontare questo argomento anche nel nostro Paese in maniera non strumentale e demagogica.

Augusto Agostini

Medico di medicina generale, Fano (PU)