

Condividere le scelte terapeutiche

A Verona un seminario sugli equivalenti è l'occasione per un salutare confronto tra medici di medicina generale e farmacisti. Punti di contatto e qualche attrito ma il dialogo è possibile sul terreno dell'appropriatezza

Giuseppe Tandoi

Il Veneto è terra di sperimentazione per ciò che concerne la medicina generale, con le esperienze in chiaroscuro delle Utap e una vocazione, a livello locale, a puntare su progetti in grado di aggregare i medici sul territorio. Questo lo sfondo del seminario veronese organizzato dalle Asl 20, 21 e 22 del Veneto, con il sostegno di Doc Generici: "Bioequivalenza e pregiudizio: un'esperienza condivisa sul farmaco a brevetto scaduto".

Le tre Aziende sanitarie, situate nella provincia veronese, hanno stipulato un accordo con i medici di medicina generale, un patto di area vasta che ha condotto alla nascita di "team" di medicina generale: 48 squadre composte da 15-20 medici raggruppati per aree omogenee e diretti da un capo team. "Un'esperienza che va avanti dal 2005 - ricorda **Alessio Micchi**, coordinatore provinciale dei capi team - e che l'amministrazione regionale si appresta a estendere a tutto il territorio veneto, nell'ambito di una più generale riorganizzazione della medicina generale (Dgr 1666/11). Riteniamo quello dei team un fondamentale momento di aggregazione, formazione e condivisione di esperienze. Ma più ancora i team sono il luogo nel quale il medico ha modo di verificare la propria condotta professionale, in termini di appropriatezza, prescrittiva e organizzativa. Il confronto con i colleghi non può che essere di grande utilità". Logica conseguenza del lavoro in team è la presa in carico di specifiche attività, come il Progetto Arpa avviato dalla Asl 20 e illustrato nel

corso del seminario da **Margherita Andretta**, dirigente del Servizio farmaceutico dell'azienda sanitaria. Un progetto incentrato, appunto, sull'appropriatezza, con particolare attenzione alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto: "In questo ambito - rileva Andretta - sono previsti incentivi economici, come del resto previsto dai contratti nazionali della medicina generale. Il medico si sottopone a un periodo formativo per poi essere valutato (e nel caso premiato) per i risultati ottenuti".

► Equivalenti a cosa?

Terreno di confronto tra medici e farmacisti, il generico in Italia non decolla. Non solo, ma è il farmaco "fuori brevetto" in generale a diventare meno appetibile. "Da noi succede infatti - spiega **Giorgio Colombo**, docente di Organizzazione aziendale a Pavia - che una volta scaduto il brevetto un farmaco viene meno prescritto. È in generale l'*off patent* ad avere poco appeal. I generici puri, da parte loro, coprono solo il 12 per cento del mercato complessivo, siamo i penultimi in Europa. Peggio di noi solo la Grecia".

A concorrere al mancato decollo degli equivalenti un po' di confusione, soprattutto in termini di comunicazione al pubblico, ma non solo. "Si deve infatti distinguere - spiega **Achille Caputi**, ordinario di Farmacologia all'Università di Messina - tra equivalenza farmaceutica, equivalenza terapeutica e bioequivalenza. La definizione di



equivalenza farmaceutica implica che due medicinali che contengono la stessa quantità di principio attivo e hanno la stessa forma farmaceutica sono per definizione equivalenti farmaceutici. La bioequivalenza invece presuppone l'equivalenza farmaceutica ma non si limita a essa: due farmaci devono raggiungere, una volta somministrati al paziente, concentrazioni plasmatiche simili. Se questo succede, essi avranno anche un'equivalenza terapeutica". È difficile che due farmaci, siano essi *branded* o generici, determinino la stessa identica concentrazione plasmatica. Questo perché esiste una variabilità intra-e-interindividuale che influisce sull'assorbimento e che vale per tutti i farmaci. Come è noto il dosaggio di un farmaco è tarato sui 70 chilogrammi di peso, e quindi la sua concentrazione non può essere la stessa in individui che pesano 90 o 50 kg. "Convenzionalmente - sottolinea Caputi - un farmaco può essere considerato equivalente se i suoi parametri farmacocinetici (curva concentrazione/tempo) rientrano nell'intervallo del $\pm 20\%$ rispetto a quelli del farmaco originatore. Non è tanto importante, quindi, dimostrare la bioequivalenza assoluta tra due farmaci quanto evidenziare che non vi sia una differenza clinica rilevante. Quella che bisogna cercare è l'*essential similarity*". E gli eccipienti? Non possono fare la differenza. Quanto alla letteratura scientifica, Caputi ricorda che i dati attuali non supportano la superiorità terapeutica del *branded* rispetto al generico. Attenzione semmai "all'effetto nocebo": "Se il medico per primo non è convinto del generico - chiarisce Caputi - ancor meno lo sarà il paziente".

► In tema di sostituibilità

Da alcuni medici in platea arriva l'obiezione che non è la sostituibilità tra *branded* e generico a creare problemi ma quella tra generico e generico. Questa "sostituibilità continua" - che ha nel farmacista il suo braccio operativo - avrebbe effetti terapeutici negativi, oltre a ingenerare confusione nei pazienti. Riprende l'argomento **Lorenzo Adami**, segretario della Fimmg Verona, che pure ricorda come la gran parte dei medici di medicina generale del veronese sia del parere che occorra rendere più stretto il dialogo con i farmacisti. Lo hanno dichiarato in un apposito sondaggio formulato dalla Fimmg provinciale, che ha dato però anche altre risultanze, dalle quali emerge la propensione dei medici a considerare la prescrizione come un atto prioritario rispetto alla dispensazione del farmaco, anche se la legge consente al farmacista un certo margine di manovra. "La verità - afferma Adami - è che una volta fatta la prescrizione, noi non sappiamo che farmaco effettivamente prende il nostro assistito, proprio a causa della sostituibilità. Senza contare che molto spesso il paziente anziano rischia di confondere un medicinale con un altro". Una criticità tra le altre, legate all'improprio uso dei farmaci da parte dei cittadini in età avanzata. Per porre rimedio a questo stato di cose nasce il progetto, ancora in fase preparatoria, sulla "Compliance terapeutica del paziente anziano e fragile", per il quale la Fimmg cerca l'appoggio dell'associazione dei titolari di farmacia. Adami però invoca un maggiore ricorso alla dicitura "non sostituibile", da intendersi "non come una provocazione da parte del medico ma come un se-

gnale di *alert* rivolto al farmacista". E qui i motivi di attrito con il farmacista medesimo potrebbero non mancare. In ogni caso, l'obiettivo comune, per Adami, deve essere uno: far sì che il paziente anziano segua la propria cura utilizzando sempre il farmaco di quella determinata marca di generici, scelta ad hoc per lui.

"Riguardo alla sostituibilità - replica **Marco Bacchini**, presidente di Federfarma Veneto - bisogna pur ammettere che di fronte a numerose aziende produttrici di generici attive sul territorio anche il farmacista può trovarsi in difficoltà nella gestione del farmaco. Tanto più che a volte è il cittadino a non volere il farmaco prescritto dal medico ma quello a cui è abituato. Ricordiamoci che il farmacista è il tecnico del farmaco; in ogni caso la condivisione delle scelte terapeutiche, a 360 gradi, con il medico è fondamentale. Per questo spingiamo tanto per la ricetta elettronica. Questa interazione finora è un po' mancata, anche a causa di qualche reciproco pregiudizio".

In chiusura **Luigi Mezzalana**, responsabile del Dipartimento farmaceutico della Regione Veneto, ricorda che la nuova era dei farmaci biotecnologici - ad alto contenuto tecnologico e costosissimi - è alle porte e occorre che la sanità territoriale sia pronta all'evenienza: "Medici di base e farmacisti devono essere più informati sui farmaci biotecnologici. Attualmente, a dire il vero, entrambe le categorie sono tagliate fuori, visto che tali farmaci vengono distribuiti, in regime di distribuzione diretta, dalle strutture sanitarie pubbliche. "Per il futuro - ipotizza Mezzalana - si potrebbe pensare a una distribuzione diretta di questi medicinali per i primi due/tre anni, per poi passare alla distribuzione per conto, cioè attraverso la rete delle farmacie".