

**Nel mirino****Cefalosporine**

■ Nella categoria degli antibiotici ci sono ad esempio Augmentin (principio attivo Amoxicillina), Tazocin (Piperacillina), Glazidimin (Ceftazidima)

**Ace inibitori**

■ Tra gli anti ipertensivi: Triatec (Ramipril), Enapren (Enalapril) ed Elitan (Fosinopril)

**Anti ipertensivi**

■ Tra i sartani: Lortaan, Neolotan e Losaprex (Losartan); Tevetens, Beneprex e Alpran (Eprosartan); Valpresion e Tareg (Valsartan); Karvea e Aprovel (Irbesartan)

**Insuline**

■ Tra i medicinali per diabetici: Tresiba (insulina degludec) e Lantus (insulina glargine)

**2700**

**medicinali**  
Secondo l'associazione dei medici di famiglia il piano delle regioni riguarderebbe 2700 specialità farmaceutiche (1700 ad uso ospedaliero)



MARCÒ DONA/ FOTOGRAMMA

**1,6**

**miliardi**  
È lo sfioramento della spesa ospedaliera per farmaci su un budget di 3,5 miliardi

## Farmaci rimborsabili, scure delle Regioni

Il piano sospeso per tre mesi: mettere all'asta quelli "terapeuticamente equivalenti"  
A rischio ci sono circa 1.500 medicinali, quasi tutti innovativi e per malati cronici

**PAOLO RUSSO**  
ROMA

La stretta che rischia di far fuori dalla rimborsabilità circa 1.500 medicinali innovativi e per malati cronici si nasconde dietro un'operazione apparentemente buona per le casse pubbliche e innocua per gli assistiti.

«Aste per farmaci terapeuticamente equivalenti», propongono le Regioni nel loro piano per tenere sotto controllo la spesa per pillole e sciroppi. Come dire: tra farmaci della stessa categoria rimborso solo quello con il prezzo più basso.

Poco male si dirà. Ma il diavolo spesso si nasconde nei dettagli. «Terapeuticamente equivalenti», secondo i medici di famiglia della Fimmg, non significa infatti uguali. «Si tratta di medicinali che possono contenere anche

principi attivi diversi, insomma un'altra terapia, un'altra storia», denuncia Giacomo Milillo, segretario nazionale della Federazione.

**La previsione**

Almeno in partenza l'operazione, secondo il centro studi Fimmg, dovrebbe riguardare 2.700 specialità farmaceutiche, 1.700 ad uso ospedaliero, dove la spesa sta sfiorando di 1,6 miliardi, mentre all'asta andrebbe anche un altro migliaio di farmaci a distribuzione diretta o "per conto", ossia acquistati dalle Asl a prezzi scontati e poi distribuiti in farmacia. Anche se non è escluso che il metodo venga usato per tutti i medicinali mutuabili. Ma già così uscirebbero dalla rimborsabilità almeno 1.500 medicinali. Questo perché per ogni ca-

tegoria terapeutica, che i tecnici chiamano "di quarto livello Atc", rimarrebbe rimborsabile solo il prodotto che batte il prezzo più basso, mentre tutti gli altri sarebbero a totale carico dell'assistito. «Che sarebbe anche costretto a cambiare di anno in anno terapia, a seconda di chi vince l'asta regionale», rimarca sempre Milillo.

Per capire meglio facciamo un esempio. Un primo livello di classificazione è quello che raggruppa tutti i farmaci per il sistema nervoso centrale. Poi, al secondo livello, il cerchio si stringe agli psicoanalitici, al terzo troviamo tutti gli antidepressivi, al quarto, quello dove scatta la selezione, troviamo gli "inibitori della serotonina". Che raggruppano ben 38 medicinali e 7 molecole diverse, che corrispondono a prodotti

come il Cipraxel, l'Entact il Tralisen e molti altri. Che salvo uno non saranno più mutuabili. Tra le cefalosporine, una delle categorie più diffuse di antibiotici, tra Augmentin, Tazocin e Glazidimin uno soltanto resterebbe nel paradiso della rimborsabilità.

**I criteri**

La stretta è stata messa nero su bianco anche dall'Aifa, l'Agenzia pubblica del farmaco, che con una determina del 31 marzo scorso ha fissato i criteri per mettere all'asta i medicinali. Salvo poi sospendere tutto per 90 giorni con un altro provvedimento della scorsa settimana. Un dietrofront momentaneo, deciso tenendo conto «delle possibili criticità avanzate ai vertici dell'Agenzia da più parti». Da

qui la necessità «di avviare un approfondimento», si legge nella nuova determina. Ma le regioni non sono intenzionate a rinunciare a un'arma che potrebbe rimettere a posto i conti della farmaceutica.

A indovinare la pillola ci sarebbe comunque quel 20% di ciascuna categoria di farmaci che, in base alle indicazioni dell'Aifa, non andrebbe messa all'asta per consentire un po' di libertà prescrittiva ai medici. «Uno specchietto per le allodole, visto che - sostiene Milillo - dovremmo motivare per iscritto perché si richiede la somministrazione di un farmaco non acquistato dalla Regione, rischiando sanzioni e richiami». Sempre meno di quel che pagheranno gli assistiti se i farmaci andranno all'asta.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

**I pareri****L'assessore regionale del Piemonte**

“Così si recuperano risorse e ai medici resta la libertà di indicare il prodotto”



**ALESSANDRO MONDO**  
TORINO

«Sono principi scontati, che se applicati rappresenterebbero una rivoluzione copernicana nel settore della farmaceutica».

Antonio Saitta, assessore regionale alla Sanità in Piemonte e coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, ne è convinto. Anzi: è stato lui ad elaborare il testo, poi approvato dagli altri presidenti di Regione ed ora girato al Governo.

**Cosa chiedete, di preciso?**

«Poter introdurre il principio di concorrenza sui prodotti farmaceutici similari per i quali è stata accertata l'equivalenza terapeutica: mi riferisco ai farmaci sintetici, i farmaci equivalenti, e ai biotecnologici, cioè i biosimilari»

Ciò a parità di beneficio sulla salute dei malati?

«Sì. Naturalmente al medico resta la libertà di prescrivere il farmaco che ritiene più idoneo».

**A quali condizioni?**

«Motivare la propria scelta, sotto la propria responsabilità».

Come si traduce il principio della concorrenza?

«Nella possibilità, per le Regioni, di mettere a gara questi prodotti».

In Piemonte è già così?

«Sì, grazie a due fattori: il consolidamento della giurisprudenza e una delibera dell'Aifa».

Di che si tratta?

«Stabilisce l'equivalenza terapeutica di una serie di prodotti».

E quindi apre la strada alle gare...

«Non è così semplice. Fatti salvi i ricorsi delle case farmaceutiche che prevedibilmente non intendono cedere quote di mercato, in Piemonte ne sappiamo qualcosa, pochi giorni fa quella delibera è stata sospesa».

Perché?

«L'Aifa l'ha congelata per tre mesi, in via cautelare. Il tavolo previsto giovedì tra Regioni, ministeri della Salute e dell'Economia, e la stessa Aifa, sarà un momento di confronto importante».

Altre richieste?

«La prima è che il prezzo dei farmaci venga stabilito in base al volume delle vendite e all'efficacia».

La seconda?

«L'allineamento tra i prezzi fissati da Aifa all'atto della registrazione dei farmaci e quelli successivi».

Perché?

«Perché esistono prodotti sintetizzati anni fa per malattie poco diffuse che talora sono diventate croniche: a nostro avviso il prezzo dei farmaci deve tenere conto».

Qual è l'obiettivo di queste richieste?

«Liberare risorse per l'acquisto dei "farmaci innovativi": come quelli per l'epatite C, che hanno prezzi spropositati, e per le malattie neurodegenerative»

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

**Il docente di Farmacologia**

“Soltanto i generici garantiscono lo stesso effetto su tutti i pazienti”



**ROMA**

«Ogni persona reagisce in modo diverso a un farmaco, per questo può diventare un problema per gli assistiti rimborsare solo quello dal prezzo più basso, anche quando si parla di medicinali equivalenti». Il professor Francesco Scaglione, cattedra di farmacologia all'Università di Milano boccia il piano delle regioni.

Tra farmaci terapeuticamente equivalenti rimborsare solo quello meno costoso. Bene per i conti pubblici ma per i pazienti?

«Può diventare un problema. Qui non si tratta dei generici, che sono in tutto e per tutto identici ai medicinali "di marca". Per medicinali terapeuticamente equivalenti si intendono prodotti costituiti anche da molecole diverse, che non è detto si adattino tutte allo stesso modo alle caratteristiche del singolo paziente. Insomma, il fatto che abbiano la stessa indicazione terapeutica e che gli studi ne dimostrino l'equivalenza non significa che vadano bene per tutti».

Può fare qualche esempio?

«Prendiamo una categoria di antibiotici molto in uso, le cefalosporine. Alcune

infezioni sono più sensibili a un tipo di farmaco che rientra in quella classe, altre rispondono meglio ad un altro prodotto. I betabloccanti, che servono a curare l'ipertensione e a prevenire lo scompenso cardiaco, ricomprendono almeno 7 o 8 principi attivi, ai quali ciascun paziente reagisce in modo diverso».

E questo cosa comporta?

«Che in alcuni casi la terapia potrebbe funzionare meno bene o addirittura creare effetti avversi, perché qualcuno può essere intollerante a una molecola piuttosto che a un'altra, anche se entrambe sono classificate sotto la stessa categoria. Studi e classificazioni non bastano se poi il medico non considera, caso per caso, chi ha davanti».

Però la spesa per i farmaci ospedalieri vola. Come arrestarla?

«Educando i medici a prescrivere in modo più appropriato. Invece di dire che rimborso solo uno tra tutti gli inibitori della pompa che combattono ulcere gastriche ed esofagiti, meglio impedire che vengano usati quando non serve, ossia come gastroprotettori, come spesso accade. E poi bisogna migliorare l'aderenza alle terapie, visto che oggi il 50% dei pazienti prende in farmaci irregolarmente, rendendoli così inefficaci. Ma soprattutto dobbiamo smetterla di pensare solo a comprimere la spesa farmaceutica che è quella che invece fa risparmiare, evitando tanti e più costosi ricoveri».

[PA. RU.]

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI