MOTORE SANITÀ

DOCUMENTO DI SINTESI

IL RUOLO SOCIALE DEL FARMACO EQUIVALENTE

CALL TO ACTION

www.motoresanita.it

MOTORE SANITÀ

22 Marzo 2023

dalle 10.30 alle 13.00

Roma

ASL ROMA 1

Salone del Commendatore

Borgo Santo Spirito, 3

Con il patrocinio di

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

FIMMG Federazione Italiana Medici di Famiglia Sezione Provinciale di Roma

OMCeO Roma
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

SNAMI
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI

RAZIONALE SCIENTIFICO

L'ingresso dei farmaci equivalenti nel mercato farmaceutico mondiale è un fenomeno di notevole interesse in termini economico-sociali, che dovrebbe aver modificato significativamente sia le strategie aziendali sia i comportamenti di tutti gli attori coinvolti nella filiera assistenziale.

Questo poiché oramai sono inconfutabili le evidenze scientifiche disponibili di come questi farmaci siano uno strumento di cura che garantendo la medesima efficacia terapeutica supporta la sostenibilità dei nostri sistemi sanitari, generando risorse fondamentali da investire nell'innovazione.

Gli esperti concordano nell'affermare che questi farmaci attraverso il ripristino della concorrenzialità aumentano l'efficienza del sistema (più salute a parità di risorse spese), stimolando la competizione etica sul prezzo dei produttori, dando a più cittadini facile accesso a cure di qualità. Paesi, Regioni, aziende sanitarie che hanno da subito appoggiato questi farmaci si sono trovati ad avere un mercato decisamente progredito.

Purtroppo, ad oggi in Italia i farmaci branded ogni anno generano ancora un copayment di oltre un miliardo all'anno e nei diversi territori vi è ancora una strana proporzione inversa tra la spesa per farmaci di marca e reddito pro capite. Risorse queste che potrebbero essere impiegate dai cittadini per acquistare migliori e più utili servizi. Molto si è fatto e molto si farà per diffondere informazioni corrette in questo ambito.

Ma esistono ancora grosse sacche di resistenza tra operatori del settore e soprattutto pazienti, ai quali le informazioni arrivano senza opportuni approfondimenti e da fonti spesso prive di autorevolezza in materia.

Motore Sanità in questo percorso attraverso le aziende sanitarie Italiane, intende fare chiarezza su questi aspetti con il supporto dei più autorevoli esperti, condividendo strumenti utili per una migliore scelta e buone pratiche disponibili già messe in atto.

SALUTI E APERTURA LAVORI

Sul tema dei farmaci equivalenti la ASL Roma 1 da tempo lavora per riuscire ad aumentare il consumo degli equivalenti anche al di fuori delle strutture sanitarie e ridurre quindi la spesa compartecipata dei cittadini.

Su questo tema ha poco iniziato una importante iniziativa di sensibilizzazione rivolta ai cittadini per l'utilizzo dei farmaci equivalenti, ancora poco utilizzati nel Lazio per dubbi, pregiudizi o scarsa consapevolezza.

L'obiettivo della dirigenza della ASL e dell'iniziativa è mostrare la realtà sui farmaci equivalenti: si tratta di farmaci che hanno gli **stessi requisiti**, garantiti dall'AIFA, di **efficacia, qualità e sicurezza** del medicinale di riferimento brandizzato e un profilo rischio/beneficio molto più definito rispetto a qualsiasi nuovo medicinale, trattandosi di principi attivi utilizzati da almeno 20 anni.

Inoltre, il **loro utilizzo indubbiamente favorisce la riduzione della spesa a carico delle persone e il miglioramento dell'aderenza alla terapia una ricaduta positiva in termini di salute.**

INTRODUZIONE DI SCENARIO

I farmaci si definiscono generici o equivalenti quando presentano lo stesso principio attivo, stessa concentrazione, stessa forma farmaceutica, stessa via di somministrazione, stesse indicazioni di un farmaco di marca non più coperto da brevetto (originator).

Sono dunque, dal punto di vista terapeutico, equivalenti al prodotto da cui hanno origine e possono quindi essere utilizzati in sua sostituzione. Inoltre, i farmaci equivalenti sono molto più economici dei prodotti originali, con risparmi che arrivano da un minimo del 20% ad oltre il 50%.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha promosso da sempre iniziative tese a sensibilizzare la popolazione generale e gli operatori sanitari sul ruolo prezioso rivestito dai farmaci equivalenti.

Ruolo che viene definito fondamentale per il mantenimento della sostenibilità del SSN consentendo da un lato di liberare risorse indispensabili a garantire una sempre maggiore disponibilità di farmaci innovativi, dall'altro, al cittadino di risparmiare di propria tasca all'atto dell'acquisto dei medicinali.

"I dati ottenuti dall'uso consolidato del medicinale di riferimento" evidenzia un documento AIFA "nel corso degli anni, consentono di delineare per questa tipologia di medicinali, un profilo rischio/beneficio più definito rispetto a quanto sia possibile per qualsiasi nuovo medicinale".

È errato quindi credere come spesso accade ancora oggi che il basso prezzo corrisponda ad una qualità inferiore o a controlli limitati, mentre sarebbe opportuno comprendere che rispetto ai farmaci originator vi sono da sostenere i soli costi di produzione e non più quelli relativi alla ricerca ed alle varie fasi di scoperta, sperimentazione, registrazione e sintesi di un nuovo principio attivo.

Nonostante gli equivalenti abbiano caratteristiche di qualità identiche ai prodotti originator, con identiche procedure che certificano la purezza delle materie prime e la loro qualità, identici controlli nelle procedure di produzione, ispezione e verifica, il loro utilizzo in particolare nel Nostro paese è ancora basso rispetto ai medicinali "griffati".

Questo indica che molto lavoro di comunicazione deve ancora essere fatto, sebbene la situazione sia molto diversa tra le regioni d'Italia. Infatti, l'analisi dei consumi per area geografica, nei primi nove mesi 2019 ci dice che il consumo degli equivalenti di classe A è risultato concentrato al Nord (37,3% unità e 29,1% valori), rispetto al Centro (27,9%; 22,5%) ed al Sud Italia (22,4%; 18,1%).

I farmaci equivalenti tra dubbi perplessità e false credenze

La scelta e l'utilizzo del farmaco equivalente è una decisione che coinvolge almeno tre figure: il medico prescrittore, il farmacista ed il paziente. Ad oggi, poco si sa del grado di soddisfazione del paziente nei confronti dell'uso del farmaco equivalente.

In realtà, l'introduzione dei farmaci equivalenti è stata percepita come una scelta finalizzata al "risparmio" non solo in termini economici ma anche di qualità, sicurezza ed efficacia del medicinale.

Invece il significato di "Generic medicinal product" va ben al di là del mero concetto di risparmio e rappresenta in tutti i Paesi del mondo un modello in grado di garantire la presenza sul mercato di validi strumenti terapeutici e contestualmente la possibilità di liberare risorse economiche da investire in nuove strategie sanitarie.

I farmaci equivalenti hanno contribuito in molti Paesi Europei, come il Regno Unito e la Germania in maniera sostanziale, a riequilibrare la spesa sanitaria per la farmaceutica senza intaccare la qualità del sistema di cura.

Anche in Italia, sia pur con ritardo, il farmaco equivalente è oramai una realtà consolidata, nonostante rappresenti una quota di mercato ancora molto bassa rispetto al totale della spesa per farmaci.

L'utilizzo del farmaco equivalente nella realtà italiana ha sempre sofferto di una sorta di "pregiudizio" che, di volta in volta, ha valutato la concentrazione del principio attivo, l'uso degli eccipienti, la reale efficacia.

A causa di queste considerazioni, l'utilizzo del farmaco equivalente, che in termini di costo/efficacia può rendere di sicuro un "buon servizio" all'economia della salute pubblica, in Italia è cresciuto con grande lentezza e tutt'oggi mantiene sacche di scetticismo che ne limitano ampiamente l'impiego.

Le cause del sottoutilizzo dei medicinali equivalenti in Italia non sono del tutto chiare, ma potrebbero essere imputabili a diversi fattori. In passato è stata dimostrata una maggiore ritrosia da parte dei pazienti ad assumere medicinali equivalenti a causa di dubbi e pregiudizi.

In questo contesto, l'influenza degli operatori sanitari sembra però avere un importante ruolo nelle scelte dei pazienti relativamente alla loro propensione ad utilizzare medicinali equivalenti.

Farmaci equivalenti sostenibilità di sistema, valore clinico ed evidenze scientifiche

I farmaci equivalenti come strumento di contenimento della spesa

Tra i meccanismi di contenimento della spesa farmaceutica meritano attenzione gli strumenti che si propongono non tanto di bloccare i consumi, imporre sconti o tagliare i prezzi, ma quelli che mirano ad aumentare l'efficienza del sistema economico attraverso il ripristino della concorrenzialità e stimolando la price competition dei produttori.

Farmaci a brevetto scaduto Generico branded vs. Generico puro (equivalente)

Branded (innovatore o originatore):

è il prodotto che per primo ha ottenuto uno dei brevetti possibili nel campo farmaceutico ed è commercializzato con un proprio nome di fantasia registrato.

Puro (equivalente):

è commercializzato senza un nome di fantasia e con l'unico riferimento del produttore.

- In particolare, qualora abbia un proprio marchio commerciale, si ha un equivalente Company branded
- Diversamente, il medicinale è unbranded.

Spesa dei farmaci a carico del SSN per copertura brevettuale nel 2019:

-32,7% Farmaci coperti da brevetto

-67,3% Farmaci a brevetto scaduto

- 47% Ex-originator compresi i co-marketing
- 20,3% Farmaci equivalenti.

Compartecipazione dei cittadini alla spesa

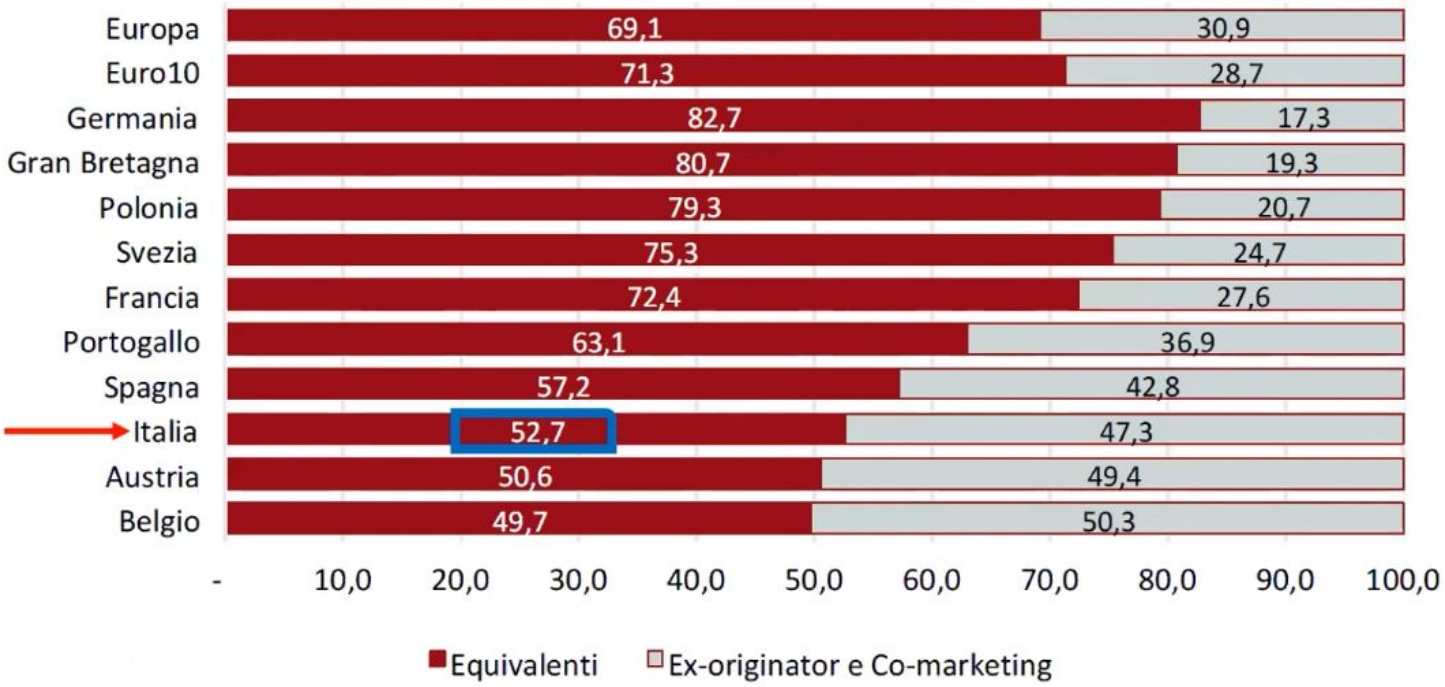
- A livello nazionale, la compartecipazione alla spesa sostenuta dai cittadini italiani ammonta a 1,58 miliardi di euro, pari al 15,7% della spesa farmaceutica convenzionata.
- La compartecipazione dei cittadini per il 70% è data dalla differenza di prezzo tra il medicinale a brevetto scaduto prescritto ed il prezzo di riferimento definito dalle liste di trasparenza AIFA.
- Con un valore di spesa pari a 1.126 milioni di euro.
- In crescita del +7,2% rispetto all'anno precedente.
- Il ticket per confezione ha pesato solo per il 30%, con un valore di spesa di 482 milioni di euro.

In un momento in cui le risorse sono scarse, le diverse Regioni prima di tagliare la spesa per l'assistenza sanitaria dovrebbero in primo luogo guardare alle opportunità per migliorare l'efficienza. Tutti i sistemi sanitari, infatti, potrebbero ottenere un miglior utilizzo delle risorse, attraverso superiori pratiche di acquisto, uso più ampio di prodotti generici, migliori incentivi per i fornitori o procedure amministrative o di finanziamento semplificate.

FARMACI EQUIVALENTI: IL PUNTO DI VISTA DELL'ASL

Il SSN italiano e il SSR laziale sul tema dei farmaci equivalenti pagano ancora lo scotto di un avvio normativo (e anche approccio culturale) tardivo del farmaco equivalente. Questo tempo perso si è trasformato in una netta differenza di consumi tra l'Italia ed il resto d'Europa.

Confronto internazionale della distribuzione percentuale del consumo territoriale 2021 per i farmaci a brevetto scaduto:



Il quadro normativo italiano:

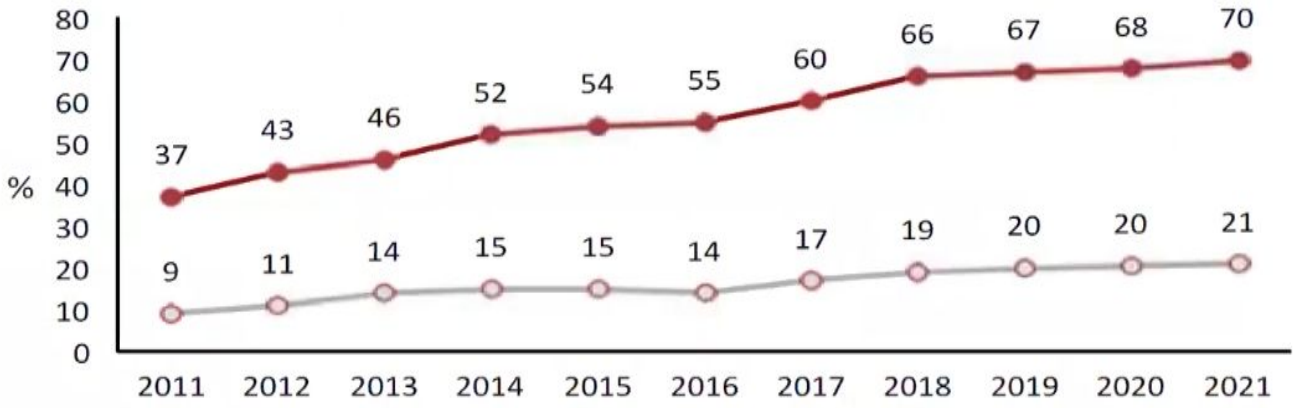
La dinamica dei costi ed il valore del farmaco equivalente

L'introduzione dei generici ha determinato un risparmio di spesa sia in termini diretti, grazie al livello di rimborso fissato al prezzo di riferimento, sia in termini indiretti, grazie all'induzione di abbassamento di prezzo delle specialità branded.

I meccanismi virtuosi di competizione nella produzione dei farmaci hanno comportato una riduzione dei prezzi fino al 70% a beneficio del SSN e dei cittadini.

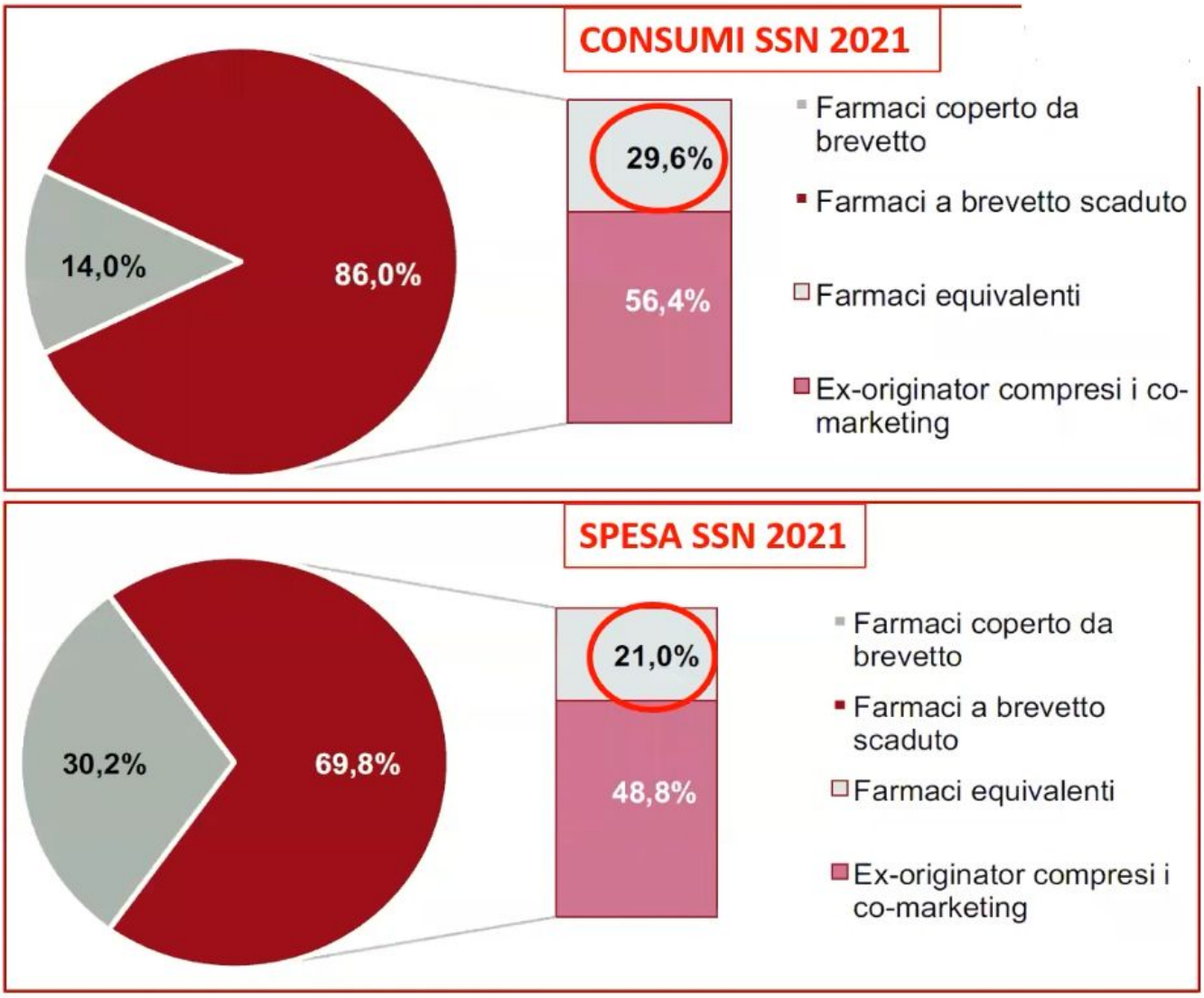
Però negli ultimi anni si è registrato un incremento dei farmaci a brevetto scaduto ma più contenuto per i farmaci equivalenti.

Andamento dell'incidenza della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale del consumo dei farmaci classe A-SSN: confronto 2011-2021:



Distribuzione spesa e consumi in Italia

Quota di farmaci equivalenti ancora molto limitata rispetto ai branded (lieve aumento vs 2020).



Quali sono i farmaci a brevetto scaduto che incidono di più sui consumi

Le patologie con i maggiori consumi:

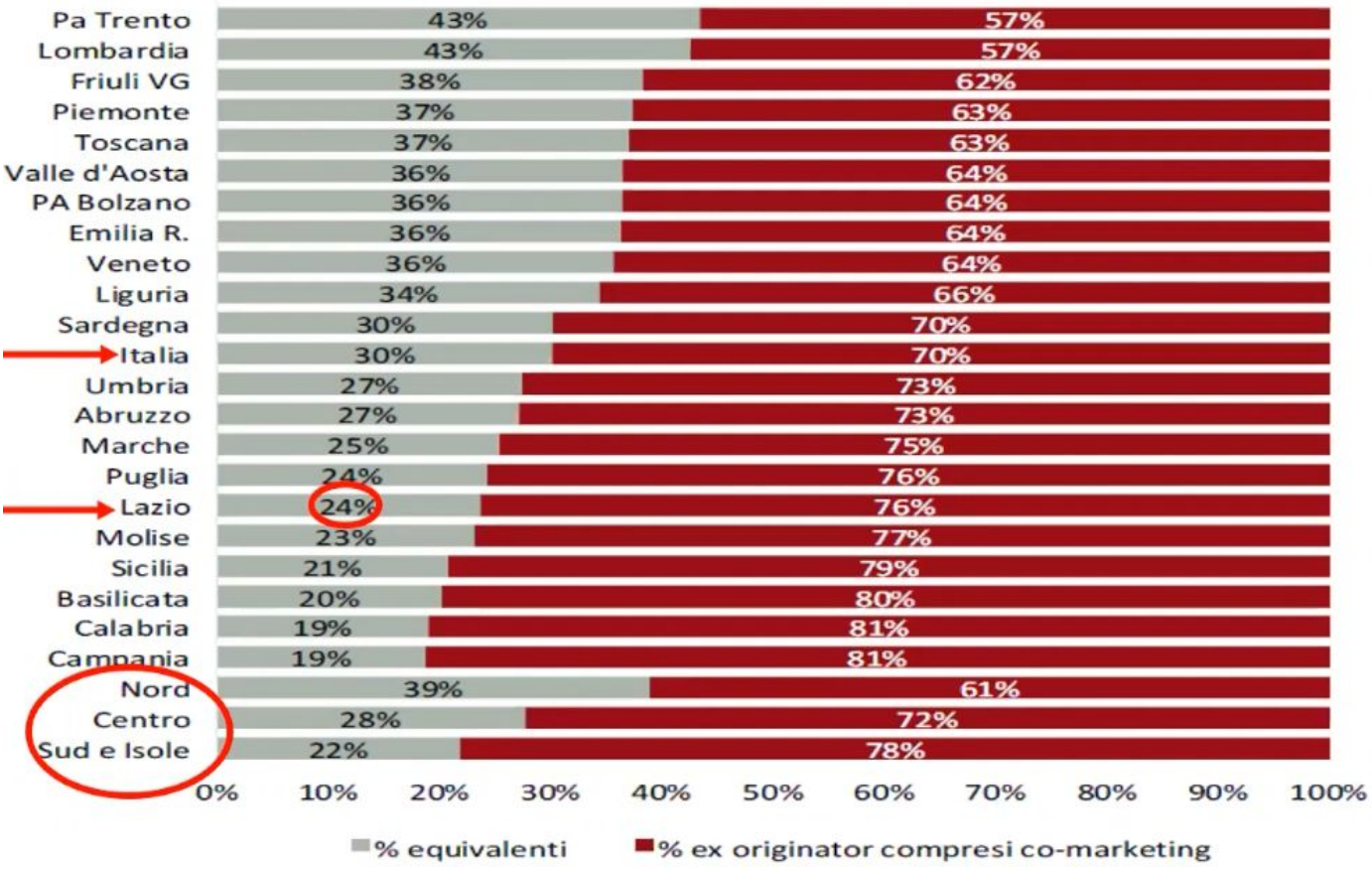
- Cardiovascolari: 96,2%
- Antinfettivi: 93.2%
- Gastrointestinali: 82.6%

ATC	Principio attivo	Spesa *(milioni)*	Inc.%^	Δ % 21-20	% equivalente**	DDD/1000 ab *die*	Costo medio DDD
C	atorvastatina	273,7	4,0	2,1	37,7	50,2	0,3
A	pantoprazolo	260,5	3,8	2,6	56,4	27,5	0,4
A	colecalciferolo	242,6	3,6	20,5	19,9	114,9	0,1
C	bisoprololo	160,9	2,4	3,7	32,1	12,3	0,6
A	lansoprazolo	135,6	2,0	-5,2	70,9	13,8	0,5
A	omeprazolo	131,9	1,9	-2,3	40,7	17,6	0,3
A	esomeprazolo	130,9	1,9	0,1	35,9	15,3	0,4
C	omega 3	123,4	1,8	7,1	39,5	4,9	1,2
J	amoxicillina/acido clavulanico	122,2	1,8	-4,5	17,8	4,2	1,4
C	ramipril	119,6	1,8	-0,7	40,0	62,4	0,1
C	olmesartan	105,4	1,5	6,9	20,9	15,5	0,3
A	metformina	96,6	1,4	3,2	32,7	23,0	0,2
C	amlodipina	96,0	1,4	-1,0	33,1	28,1	0,2
N	levetiracetam	93,6	1,4	-1,9	39,5	2,1	2,0
C	ezetimibe	91,9	1,3	10,7	39,6	5,7	0,7
C	nebivololo	90,6	1,3	1,3	23,4	16,5	0,3
C	simvastatina	86,1	1,3	-5,6	52,6	12,2	0,3
C	rosuvastatina	83,7	1,2	4,2	29,3	14,9	0,3
L	letrozolo	83,6	1,2	2,5	45,7	1,7	2,3
C	olmesartan/amlodipina	77,7	1,1	11,6	16,2	8,9	0,4
	Totale primi 20	**2.606,3**	**38,3**	**3,0**	**37,0**	**451,8**	**0,3**
	Totale	**6.811,1**	**61,7**	**-7,1**	**30,1**	**974,2**	**0,3**

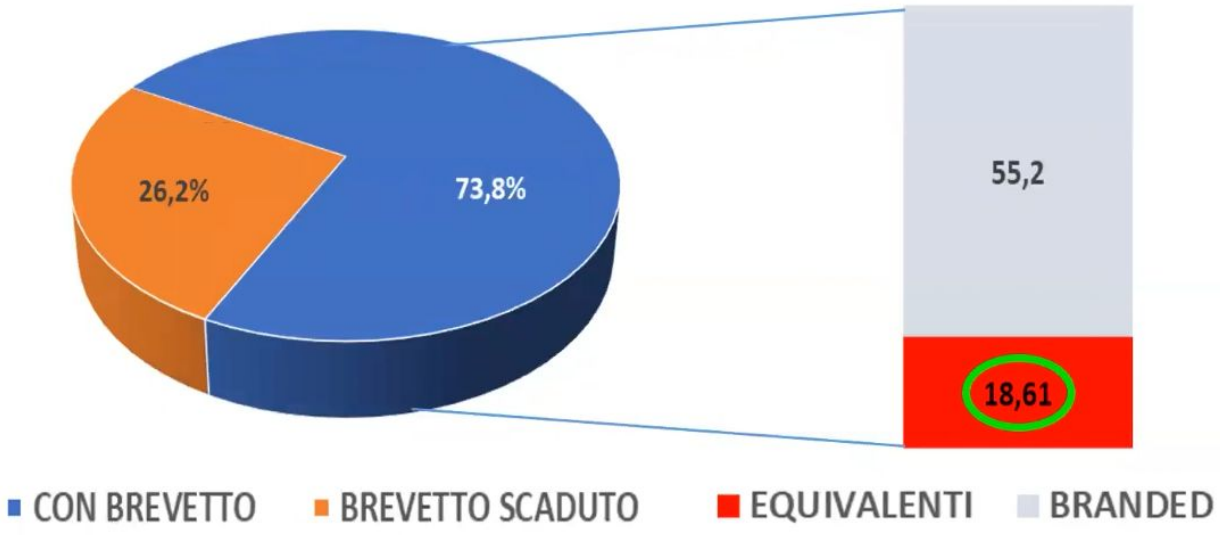
Variabilità regionale:

In Italia ci sono profonde eterogeneità regionali sia in termini di spesa che di consumi dei farmaci equivalenti con un gradiente in crescita da sud a nord.

Composizione per Regione della spesa in regime di assistenza convenzionata 2021 per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN

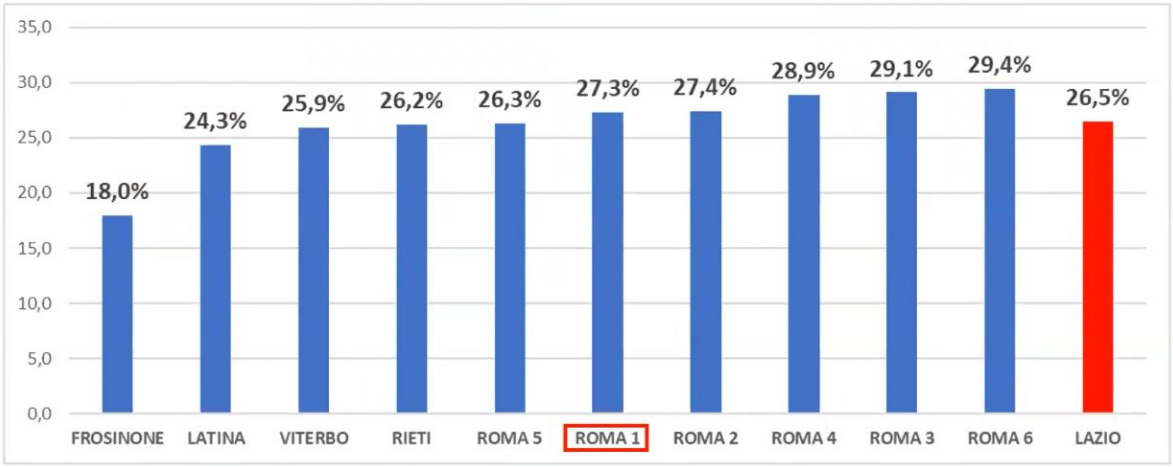


Monitoraggio dei consumi nella Regione Lazio - ANNO 2022



Farmaci a brevetto scaduto vs 2021: +14,6%
Farmaci equivalenti vs 2021: +8,2%

Anche all'interno della stessa Regione Lazio si riscontra una variabilità, anche molto marcata, tra le aree di pertinenza delle ASL.



La Regione Lazio, nonostante l'aumento del consumo di farmaci equivalenti degli ultimi anni, se confrontata al resto d'Italia ha un consumo di farmaci equivalenti ancora troppo basso; il che si traduce in una spesa compartecipata da parte dei cittadini tra le più alte d'Italia ed in ulteriore crescita.

Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-ottobre 2022 (dati AIFA)

Regione	Totale compartecip. Gen-Ott 21	Totale compartecip.Gen-Ott 22	Var	Var %	Quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento 2022	Var % rispetto al 2021	Ticket fisso per ricetta 2022	Var % rispetto al 2021	Inc.% Quota P.rif. sulla compartecipazione totale	Inc.% Ticket Fisso sul totale
PIEMONTE*	51.701.739	51.552.938	-148.800	-0,29	51.187.757	-0,4	365.181	22,6	99,3	0,7
V. D'AOSTA	2.486.018	2.529.530	43.512	1,75	1.354.052	0,2	1.175.478	3,6	53,5	46,5
LOMBARDIA	211.137.281	219.017.442	7.880.161	3,73	114.128.683	0,9	104.888.759	7,0	52,1	47,9
P.A. BOLZANO	8.387.604	8.658.246	270.642	3,23	4.925.756	1,6	3.732.490	5,4	56,9	43,1
P.A. TRENTO*	5.677.807	5.829.750	151.943	2,68	5.733.506	2,3	96.244	28,8	98,4	1,7
VENETO	102.337.048	105.029.425	2.692.377	2,63	57.073.358	0,9	47.956.068	4,8	54,3	45,7
FRIULI V.G.^	15.154.986	15.052.099	-102.887	-0,68	15.052.099	-0,7			100,0	
LIGURIA	35.253.505	36.174.049	920.544	2,61	20.618.891	0,9	15.555.158	5,0	57,0	43,0
E. ROMAGNA*	54.209.873	55.367.726	1.157.852	2,14	55.045.815	2,0	321.910	29,1	99,4	0,6
TOSCANA*	43.839.933	43.988.077	148.144	0,34	43.710.034	0,2	278.044	28,1	99,4	0,6
UMBRIA*	14.946.360	14.264.183	-682.177	-4,56	14.225.131	-4,6	39.051	19,3	99,7	0,3
MARCHE^	24.241.939	24.194.584	-47.355	-0,20	24.194.584	-0,2			100,0	
LAZIO #	133.680.608	134.247.819	567.211	0,42	118.076.732	1,2	16.104.754	-6,2	88,0	12,0
ABRUZZO	28.158.951	28.580.134	421.183	1,50	22.855.464	1,7	5.724.669	0,8	80,0	20,0
MOLISE	7.486.629	7.632.802	146.173	1,95	5.436.909	1,2	2.195.893	4,0	71,2	28,8
CAMPANIA	168.794.645	168.944.529	149.884	0,09	108.668.377	-0,3	60.276.152	0,7	64,3	35,7
PUGLIA	106.323.095	106.835.643	512.548	0,48	70.552.749	0,5	36.282.894	0,5	66,0	34,0
BASILICATA*	10.742.456	10.920.791	178.334	1,66	10.866.783	2,0	54.008	-38,9	99,5	0,5
CALABRIA	45.761.867	46.852.928	1.091.061	2,38	38.420.274	0,9	8.432.654	9,5	82,0	18,0
SICILIA	128.924.301	131.122.242	2.197.941	1,70	92.222.432	-0,5	38.899.811	7,2	70,3	29,7
SARDEGNA^	23.800.241	23.963.468	163.226	0,69	23.756.805	-0,2	206.663		99,1	0,9
ITALIA	1.223.046.886	1.240.758.405	17.711.519	1,45	898.106.191	0,5	342.585.880	4,1	72,4	27,6

Anche per la spesa pro-capite di compartecipazione il Lazio è tra le peggiori regioni italiane.

Distribuzione della quota su prezzo di riferimento per Regione (Tabella e Figura) (anno 2021)

Regione	Spesa *pro capite* pesata	Δ % 21-20	CAGR 2017-2021	Δ % media nazionale
Piemonte	13,9	-1,1	-0,9	-24,0
Valle d'Aosta	12,9	-1,7	1,3	-29,3
Lombardia	13,9	0,0	1,2	-24,0
PA Bolzano	11,8	0,5	1,6	-35,2
PA Trento	12,7	1,0	2,4	-30,3
Veneto	14,0	0,9	1,2	-23,3
Friuli VG	14,4	-1,8	0,1	-21,0
Liguria	14,9	-1,5	0,5	-18,5
Emilia R.	14,5	2,7	1,9	-20,6
Toscana	13,8	2,1	0,4	-24,6
Umbria	19,9	-0,3	2,3	8,9
Marche	18,9	0,3	1,6	3,5
Lazio	25,0	1,2	1,8	37,0
Abruzzo	20,8	0,3	2,1	13,8
Molise	21,2	-2,3	1,5	15,8
Campania	25,1	0,5	2,4	37,3
Puglia	22,0	0,8	0,9	20,4
Basilicata	23,3	3,2	2,8	27,7
Calabria	25,2	0,9	3,3	37,9
Sicilia	23,9	-1,1	0,8	31,0
Sardegna	17,4	-0,4	1,0	-4,9
Italia	18,3	0,4	1,3	-
Nord	13,6	0,3	0,8	-25,7
Centro	20,2	1,2	1,5	10,7
Sud e Isole	23,8	0,2	1,7	30,2

Compartecipazione del cittadino della Regione Lazio – anno 2022

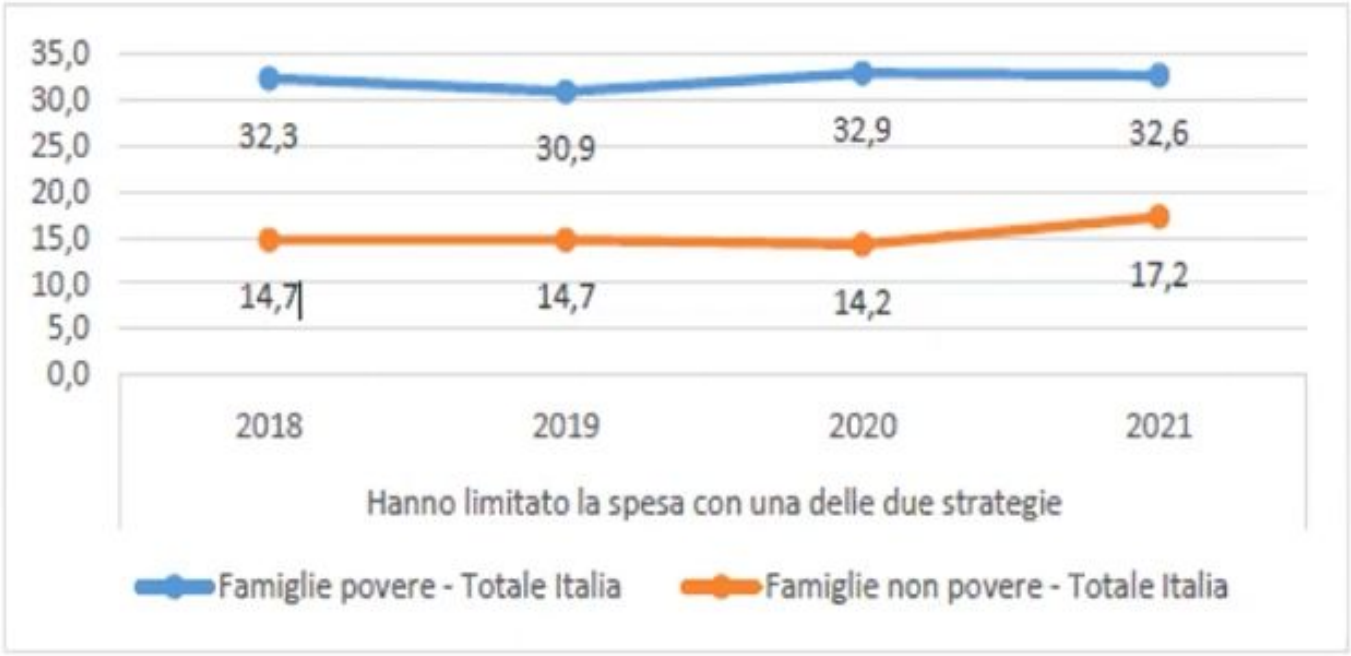
I dati raccolti sono allarmanti poiché mettono in luce che ogni giorno i cittadini laziali spendono 392.000 euro di compartecipazione.

ASL	TICKET TOTALE	TICKET	COMPARTECIPAZIONE	VAR. % vs 2021	COMPARTECIPAZIONE PRO-CAPITE
RIETI	4.942.758 €	390.204 €	4.552.555 €	1,0	28,7 €
FROSINONE	14.967.147 €	1.397.093 €	13.570.054 €	1,0	27,2 €
LATINA	15.826.916 €	1.631.009 €	14.195.907 €	0,5	25,3 €
ROMA 5	13.321.762 €	1.530.595 €	11.789.581 €	1,2	25,0 €
ROMA 2	35.885.210 €	4.300.733 €	31.580.774 €	0,9	24,6 €
ROMA 6	15.282.869 €	1.706.625 €	13.576.244 €	1,0	24,3 €
VITERBO	8.666.525 €	903.766 €	7.762.759 €	1,9	24,0 €
ROMA 3	15.992.754 €	2.039.693 €	13.941.833 €	1,2	22,9 €
ROMA 1	29.188.469 €	4.171.051 €	24.999.905 €	1,1	22,5 €
ROMA 4	8.405.332 €	1.270.096 €	7.102.931 €	-0,1	22,3 €
TOTALE LAZIO	162.479.741 €	19.340.865 €	143.072.543 €	1,0	24,3 €

Anche sul tema della compartecipazione pro-capite ci sono differenze sostanziali all'interno della stessa regione Lazio.

Lo scarso utilizzo di equivalenti e l'altissima spesa compartecipata, secondo gli esperti intervenuti nel panel, sono probabilmente indicativo di una scarsa consapevolezza da parte dei cittadini di quanto gli stia costando realmente rinunciare ai farmaci equivalenti.

Tutti i dati precedentemente presentati infatti vanno in dissonanza con gli studi che mostrano quanto un numero sempre maggiore di famiglie italiane vadano a limitare la spesa in ambito sanitario per ragioni economiche.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Secondo i dati ISTAT nel 2021 hanno cercato di ridurre le spese sanitarie (rinunciando o rinviando visite mediche/accertamenti periodici) complessivamente oltre 4milioni 768mila famiglia, di cui 639mila in povertà assoluta.

La compartecipazione non è solo un problema economico e sociale ma anche clinico

Numerosi studi di settore hanno messo in evidenza il rapporto tra aderenza terapeutica e compartecipazione, dove la compartecipazione alla spesa farmaceutica riduce i consumi e l'aderenza terapeutica. Gli studi hanno inoltre dimostrato come sussista un vero rapporto di proporzionalità inversa: **all'aumento della compartecipazione corrisponde una diminuzione di aderenza.**

L'aderenza rappresenta un fattore fondamentale per la salute dei cittadini ed una mancata aderenza può comportare un peggioramento delle condizioni del paziente e alla possibilità maggiore di manifestare eventi acuti di malattia comportando un esborso maggiore per il SSN.

IL RUOLO DELL'MMG

I farmaci equivalenti rappresentano dei capisaldi per l'ottimizzazione della spesa farmaceutica territoriale. Il counseling dei MMG nell'informazione dei pazienti è da sempre fondamentale, in quanto i pazienti sono spesso abituati all'utilizzo brand e si sentono rassicurati dall'uso continuativo del farmaco che già assumono.

Uno dei grandi problemi individuato dagli esperti MMG presenti al panel non è tanto il prescrivere i farmaci equivalenti da parte del territorio, poiché in Lazio la maggioranza degli MMG già prescrive utilizzando la molecola e non il Brand; la problematica si crea quando il MMG deve rinnovare una terapia prescritta in prima battuta dalla medicina ospedale che ancora troppo spesso usa prescrivere con il brand del farmaco.

Questa situazione molto spesso annulla il lavoro di counseling portato avanti dall'MMG sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci equivalenti. È quindi fondamentale garantire la continuità sui farmaci equivalenti tra tutti gli attori del SSR, grazie alla cartella sanitaria elettronica questo è possibile.

QUALE POSSIBILE PARTNERSHIP CON L'INDUSTRIA PER UN APPROPRIATO IMPIEGO DEI FARMACI EQUIVALENTI

Il paziente è l'unico in grado di portare un reale cambiamento nell'ambito dei suoi consumi e abitudini; I medici, i farmacisti e gli infermieri che lo hanno in cura sono i primi e principali attori nella raccolta dei feedback sull'utilizzo degli equivalenti da parte dei pazienti.

Quindi, creare tavoli di dialogo tra questi attori e l'industria del farmaco può portare alla luce possibili cambiamenti (ad esempio il packaging, il colore dello stesso, la forma delle pillole, etc.) in grado di facilitare, e di conseguenza aumentare, l'utilizzo dei farmaci equivalenti.

CONCLUSIONI

Attualmente è stimato che in Italia la differenza nell'utilizzo di farmaci brande a dispetto di quelli equivalenti comporti una spesa da parte dei cittadini di 1,58miliardi di euro (pari al 15,7% della spesa farmaceutica convenzionata convenzionata).

Una cifra sostanziosa e spesso sottostimata che di fatto viene tolta al Sistema Paese e che se venisse reinvestita stesso nella sanità potrebbe portare enormi vantaggi a tutta la cittadinanza senza in tutto questo intaccare il valore delle cure erogate. Sono infatti moltissime le evidenze scientifiche che mostrano che gli esiti relativi ai farmaci equivalenti sono invariati rispetto ai branded.

Le proposte su cui lavorare sono quelle di continuare verso un'informazione corretta, che possa trasmettere una conoscenza, sia da un punto di vista scientifico ma soprattutto anche in termini di vantaggio economico e sostenibilità, una formazione adeguata e diffusa per medici e farmacisti, campagne istituzionali di sensibilizzazione.

Infine, siamo arrivati al punto in cui potrebbe essere determinante una attuazione di politiche sanitarie e di welfare regionali che possano incentivare la prescrizione e la dispensazione di farmaci equivalenti, in modo tale da poter ridurre significativamente quella che è la compartecipazione dei cittadini in un momento storico dove il Paese soffre una crisi economica rilevante.

IL PANEL CONDIVIDE

1. Attualmente il livello di formazione e di informazione sui farmaci equivalenti tra i cittadini è inadeguato.
2. La formazione e l'informazione sui farmaci equivalenti è stata promossa attraverso varie campagne da diversi attori della sanità Regionale e da Privati, visti gli scarsi risultati servirebbe un'azione più di concerto tra tutti gli stakeholder.
3. C'è stato per un lungo periodo un disinteresse da parte dei medici su questo tema, ma deve essere anche un loro obiettivo quello di rendere il sistema sostenibile.
4. Non c'è stata ancora una correlazione diretta tra risparmi in sanità a re-investimenti positivi, una correlazione visibile potrebbe servire da stimolo sia per i medici che per i pazienti a risparmiare sulla spesa farmacologica.
5. La legislazione vigente potrebbe essere migliorata per favorire l'uso dei farmaci equivalenti.

CALL TO ACTION

1. Una corretta informazione nei confronti dei cittadini/pazienti è fondamentale per far sì che la scelta tra farmaci equivalenti e branded sia consapevole.
2. Le farmacie ed i farmacisti possono svolgere il ruolo di vettore per una corretta informazione nei confronti dei pazienti.
3. Per incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti nella medicina territoriale bisogna fare maggiore formazione e informazione nei confronti delle nuove generazioni di medici sulle attuali molecole farmacologiche consolidate.
4. Studiare le quote prescrittive dei singoli medici può aiutare nell'obiettivo del contenimento di spesa.
5. Le Regioni potrebbero condividere tra di loro le buone pratiche in materia di prescrizione e consumo dei farmaci equivalenti.
6. Bisogna che tutti gli operatori sanitari (ospedalieri, territoriali, privatisti) si impegnino nel garantire la continuità prescrittiva per il paziente

SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Francesco Buono, Segreteria Organizzativa FIMMG Roma

Alberto Chiriatti, Vice Segretario Regionale Vicario FIMMG Lazio

Alberto Giovanzana, Associate Director Government & Regional Affairs Teva Italia

Giuseppe Lanna, Presidente Provinciale SNAMI Roma

Daniela Ricciardulli, Responsabile UOSD Farmaceutica Convenzionata ASL ROMA 1

Massimo Sabatini, MMG FIMMG Nazionale

Roberta Volpini, f.f. Direttore Generale ASL Roma 1

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Con il contributo incondizionato di

teva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Anna Maria Malpezzi
329 9744772
Elisa Spataro
350 16 26 379

segreteria@panaceascs.com

www.motoresanita.it