

La Regione Emilia-Romagna ha emanato a inizio anno la Delibera n.2309/2016 in tema di Pubblicità sanitaria-Informazione scientifica.

Confesso che, nel leggere il titolo, avevo sperato in un documento che superasse la situazione di oggettiva confusione, anche semantica, sancita dal D.Lgs. 219/06 (art 119). Pubblicità e Informazione medico-scientifica dovrebbero a mio parere essere per quanto possibile differenziate. Spiace vedere testi legislativi che utilizzano i due termini come sinonimi.

Ma devo esternare anche altre preoccupazioni.

In primo luogo, la delibera denota palesemente lo scopo di limitare tale attività, apparentemente senza aver preso conoscenza del mutato scenario che si è creato, almeno per la MG, negli ultimi anni.

Non ho titoli per valutare lo stato delle cose in ambito ospedaliero, ma so che oramai tutte le aziende farmaceutiche hanno spostato la loro attività di propaganda (uso questo termine, ma mi piacerebbe fosse reale informazione medico-scientifica) nelle stanze dove è il potere decisionale. Il “core business” è centrato sui farmaci innovativi e oncologici, per i quali è strategico l’approccio agli Assessorati, Direzioni, Commissioni.

Ma la Delibera detta norme e restrizioni anche ai MMG, tali da rendere difficile se non impossibile mantenere un minimo di Informazione .

Reperire sedi specifiche, orari dedicati e ritmi compatibili col setting della Medicina Generale è estremamente arduo, e forse inconciliabile con le variabili che contraddistinguono il nostro lavoro (penso al numero non prevedibile di visite domiciliari, tanto per dirne una).

La delibera assume addirittura toni vagamente minatori nelle disposizioni finali che annunciano controlli ispettivi, che potrebbero logicamente colpire, oltre a casi di “malaffare” che nessuno vuol giustificare o coprire, anche mancanze puramente formali, come la mancanza di una targhetta o di uno specifico cartello in sala d’attesa.

Una impostazione di tipo poliziesco e fortemente penalizzante della libertà e autonomia di gestione e organizzazione del lavoro e della dignità professionale. Lavoro e professione che, piaccia o meno, sono di tipo libero professionale convenzionato.

Legiferando in questa materia, e in questi termini, la RER sembra avere come obiettivo il rendere di fatto sempre più difficile l’informazione e l’aggiornamento dei MMG in campo farmacologico. Un obiettivo -ahimè- coerente con altre azioni, come l’imposizione di limitazioni alla prescrivibilità di alcuni prodotti, o la necessità di appositi Piani Terapeutici. Anche l’enfasi con cui viene costantemente promossa la prescrizione di farmaci “generici puri” va nella stessa direzione (e in questo caso parlare di pubblicità è assolutamente legittimo).

A chi detta questa strategia, pare essere elemento fondamentale e prioritario tenere per quanto possibile all’oscuro il MMG delle novità, sia di tipo clinico farmacologico, che di tipo commerciale. Solo un paio di esempi: nel campo delle terapie anti-ipertensive, negli ultimi

anni abbiamo visto l'immissione in commercio di un farmaco inibitore diretto della renina. Anzi non l'abbiamo vista, perché praticamente nessuno ce l'ha presentato. Nello specifico, forse, non si tratta di un danno grave: il prodotto ha una posizione di nicchia, e, alla prova nella real life, non ha mantenuto che in parte le promesse. Ma, sempre nel campo dell'ipertensione, sono uscite associazioni pre-costituite di due o tre farmaci, variamente dosati, che possono costituire una valida alternativa; forse un miglioramento in termini di compliance ed aderenza, oltre che di riduzione degli effetti collaterali e una miglior copertura sulle 24 ore. Questi prodotti hanno, oltretutto, un costo inferiore al costo dei farmaci presi singolarmente, anche nelle formulazioni generiche. Essere informati su queste novità, è un diritto dei professionisti. Già oggi, ciò è reso difficile a causa della riduzione degli organici delle aziende del farmaco, del complesso di norme vigenti, e delle scelte compiute da Tavoli e Commissioni tecniche. Si badi bene, che in molti di questi casi, non è sostenibile la motivazione di tipo economico, perché i prodotti che vengono ostacolati, hanno un costo minore, sia per l'assistito che per il SSN.

Come MMG, siamo preoccupati per gli scenari che si prospettano, nei quali il nostro ruolo di clinici, cui dovrebbe competere la scelta dei farmaci, tende ad essere sempre più limitato. Ce ne accorgiamo quotidianamente, a contatto con assistiti su cui ricadono gli effetti, ad esempio, della Distribuzione Diretta o PerConto. Si tratta di scelte di economia sanitaria forse necessarie, e sulla cui implementazione non abbiamo un rifiuto aprioristico. Ma di fronte alle quali, abbiamo il dovere professionale e deontologico, di sollevare obiezioni, per evitare effetti clinici negativi e pericolosi. Mi riferisco a difficoltà a recarsi ai punti di distribuzione; ai pericoli connessi alla modifica di nomi commerciali e confezioni nel caso di cambio tra un branded a un generico, o fra due generici...

Potrebbe sembrare, la mia, una posizione preconcepita; e potrebbe sembrare preconcepita la lettura delle intenzioni strategiche che vedo sottese al complesso delle azioni messe in atto dalla Regione Emilia-Romagna. Ma a convincermi ancor più della correttezza della mia visione, noto che, nella Delibera di cui sopra, vengono messi pali e paletti, lacci e laccioli, alla Informazione Scientifica sui Farmaci, ma nulla viene detto o normato per quanto riguarda il variegato mondo degli "integratori". Una fetta sempre maggiore del comparto chimico-farmaceutico, il cui comportamento "propagandistico" è davvero aggressivo. Con norme come quelle introdotte dalla Delibera n.2309/2016, sarà sempre maggiore la tendenza dei produttori-commercianti al "declassamento" di prodotti anche di uso diffuso.

Ciò porterà inevitabilmente ad una riduzione della spesa, ma a scapito di un abbassamento pericoloso del controllo, della qualità, della sicurezza.

Enrico Delfini

Direttivo Fimmg BO

Bologna, gennaio 2017