

La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere molto soddisfatto/soddisfatto dalla partecipazione; di questi, l'88% ha espresso un alto grado di interesse nell'imparare prendendo parte ad una sperimentazione e l'80% ha dichiarato di voler prendere parte a sperimentazioni nei successivi 12 mesi. Ai partecipanti è stato anche chiesto di classificare per ordine di importanza i fattori che reputano rilevanti nella partecipazione ad un trial: opportunità di miglioramento della salute degli altri, reputazione dell'istituzione promotrice, possibilità di coprire le cure mediche in caso di evento avverso derivante dalla sperimentazione e, infine, remunerazione conseguente la partecipazione.

DISCUSSIONE

In un campione di oltre 1600 pazienti con patologie croniche gli autori hanno rilevato un'ampia disponibilità a prendere parte alle sperimentazioni accompagnata da una tasso variabile di soddisfazione da parte di coloro che ne hanno preso parte. Il grande ostacolo è rappresentato dal fatto che i medici spesso non coinvolgono sufficientemente i pazienti e non li invitano a partecipare. I pazienti con patologie più 'rare' (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica e Parkinson) hanno maggiore esperienza delle sperimentazioni e questo dovrebbe far riflettere su fattori rilevanti come la percezione circa la gravità della patologia, la disponibilità di terapie utilizzabili, l'opportunità di scelta fra varie sperimentazioni, il coinvolgimento con le organizzazioni che supportano la ricerca. I pazienti sono entusiasti di entrare a far parte delle sperimentazioni per ragioni altruistiche, ma raramente ne hanno la possibilità. Una volta arruolati, vivono un'esperienza che può essere ulteriormente arricchita tramite il confronto con altri pazienti nelle stesse condizioni di salute e che può portare anche al miglioramento del protocollo della sperimentazione. Anche se i fattori associati ai pazienti sono solo un aspetto per condurre una buona sperimentazione con successo, lo studio dimostra che vi sono anche requisiti etici, scientifici ed economici che incoraggiano l'implementazione di un approccio paziente-centrico.

Letizia Orzella

*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*

Prescrivere informati anche sul costo dei farmaci

Tseng CW, Lin GA, Davis J et al

Giving formulary and drug cost information to providers and impact on medication cost and use: a longitudinal nonrandomized study

BMC Health Services Research 2016; 16: 499

BACKGROUND

La spesa per medicinali nei Stati Uniti sta crescendo a dismisura e sempre più spesso viene chiesto a medici e pazienti di scegliere il trattamento farmacologico nel modo più consapevole possibile. Allo stesso tempo, i benefici derivanti dai farmaci divengono sempre più complessi, con un numero crescente di piani sanitari per la copertura delle spese farmaceutiche e diversi tipi di compartecipazione a seconda della copertura scelta. Il presente lavoro vuole indagare le differenze nella prescrizione dei farmaci da parte dei medici che hanno ricevuto la Prescribing Guide (ovvero una guida sui piani terapeutici e sul costo dei farmaci) rispetto al gruppo di controllo che non l'ha ricevuta.

METODI

Per individuare i casi, sono stati utilizzati i data base amministrativi dei pazienti con diabete nel periodo 2007-2009 che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica. Per ogni paziente sono state calcolate le variazioni di costo dal 2007 al 2009 legate all'uso del medicinale (numero di prescrizioni, numero di giorni di terapia), i costi del trattamento (pagati dal paziente e dal piano assistenziale) e i costi sostenuti esclusivamente dai pazienti all'anno e per mese di trattamento.

RISULTATI

Il campione è costituito da 6433 pazienti di età compresa fra i 21 e i 64 anni. I prescrittori sono stati principalmente internisti, medici di famiglia, endocrinologi e cardiologi. Il campione genera una spesa di circa 43 milioni di dollari dovuti ai costi dei medicinali, quasi 6 milioni in spese *out of pocket*, 433.945 prescrizioni e circa 15 milioni di giornate di terapia che coprono

l'arco dei due anni. Nella fase iniziale dell'analisi, i due gruppi (caso e controllo) presentano valori abbastanza sovrapponibili sia in termini di costi per farmaci che per giornate di terapia. Tuttavia, i valori del gruppo di controllo evidenziano un minor utilizzo di farmaci generici rispetto ai casi. In termini di costi complessivi annui, il gruppo di controllo presenta una spesa mediamente maggiore di 208 dollari per paziente e tale incremento è presente sia per i farmaci di marca che per quelli generici, anche se i casi presentano una maggiore tendenza all'utilizzo degli equivalenti. Per quanto riguarda invece i costi sostenuti direttamente dai pazienti (*out of pocket*) non vengono rilevate differenze significative.

CONCLUSIONI

Migliorare l'accesso alle informazioni sui medicinali genera non solo una razionalizzazione in termini di spesa farmaceutica per paziente ma favorisce anche una partecipazione condivisa fra pazienti, prescrittori e assicurazioni.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Prevenzione delle patologie cardiovascolari: con più fondi si potrebbe fare di più Uno studio australiano

Volker N, Williams LT, Davey RC et al

Implementation of cardiovascular disease prevention in primary health care: enhancing understanding using normalisation process theory

BMC Family Practice 2017; 18: 28

INTRODUZIONE

Riorientare l'assistenza primaria verso la prevenzione è fondamentale per contenere in particolare il carico delle patologie croniche. Nel 2011 le patologie cardiovascolari hanno rappresentato la maggior causa di morte in Australia. L'assistenza primaria svolge un ruolo cruciale nel supporto alla gestione di queste patologie, anche se le attività orientate alla prevenzione non sono sempre del tutto implementate e è sempre più difficile mettere in atto meccanismi di cambiamento in grado di avere un impatto significativo sulla gestione di tali patologie. L'obiettivo dello studio dei ricercatori australiani è stato quello di determinare la fattibilità di alcuni esiti (finora considerati solo teorici), applicandoli all'attività quotidiana degli operatori sanitari.

METODI

Il MoFoP (Model for Prevention study) è uno studio pilota relativo all'ambito cardiovascolare integrato nell'ECCM (Expanded Chronic Care Model), un approccio basato sulle evidenze disegnato appositamente per la prevenzione e la gestione delle patologie in questione. Con il MoFoP si è voluto ridisegnare un nuovo modello di assistenza cardiovascolare che coinvolgesse maggiormente la prevenzione e che facesse interagire fra loro strategie legate al miglioramento dei sistemi informativi clinici e di comunità, al supporto ai medici di base nella gestione del rischio e ai pazienti nel modificare i loro stili di vita nell'ottica di un cambiamento di 'sistema'. Il modello è stato testato su un campione di soggetti, ai quali sono stati mostrati tutti i possibili interventi migliorativi e è stata chiesta un'opinione in merito. I dati sono stati raccolti tramite

CAMBIAMENTO NELL'IMPIEGO E NELLA SPESA PER I FARMACI DAL 2007 AL 2009 NEI DUE GRUPPI DI PAZIENTI STUDIATI

	Tutti i farmaci			Farmaci generici			Farmaci di marca		
	Controllo	Casi di studio	p	Controllo	Casi di studio	p	Controllo	Casi di studio	p
Uso dei farmaci									
N. di prescrizioni	3,2	2,7	0,24	2,1	1,9	0,43	1,1	0,8	0,32
Giorni di terapia	141	129	0,40	93	89	0,63	48	41	0,45
Spesa totale per i farmaci (\$)									
Per anno	792	584	0,02	2	-34	0,053	790	619	0,07
Al mese	9,40	6,08	0,03	-3,42	-5,11	0,065	30	25	0,20
Spesa out of pocket (\$)									
Per anno	41	31	0,36	15	14	0,44	26	17	0,44
Al mese	-0,23	-0,19	0,996	0,30	0,13	0,19	0,32	-0,23	0,27

I medici dei casi di studio avevano ricevuto la Guida prescrittiva, quelli del gruppi di controllo no.