

N°26 – 5 luglio 2017

In questo numero:

- Teleconsulti e teleprescrizioni da monitorare
- Si allarga la famiglia degli antivirali per l'HCV
- In Francia si teme una carenza di piperacillina-tazobactam
- Arduo ridurre le prescrizioni

PRIMO PIANO

Teleconsulti e teleprescrizioni da monitorare

Si chiama PushDoctor e, non sorprendentemente, è una “app” per accedere a un servizio online in cui un medico di medicina generale attua un videoconsulto e, all’occorrenza, procede a una prescrizione a distanza. E’ una delle conseguenze delle mai sanate ambiguità della normativa britannica sulla prescrizione, già all’origine di alcuni incidenti internazionali (si ricordi il caso della famosa clinica on line che rendeva disponibili al pubblico italiano farmaci etici attraverso una visita a base di questionari). Il servizio, comunque, è legale nel Regno Unito e non è nemmeno l’unico nel suo genere. E’ il primo però a essere incappato nelle maglie dei controlli effettuati dalla Care Quality Commission (Commissione per la qualità delle cure), che in un accesso dello scorso marzo ha riscontrato una serie di irregolarità. I rilievi vertono su diversi aspetti, il più importante dei quali è aver prescritto medicinali ad alto rischio senza aver verificato che il paziente fosse stato sottoposto a un monitoraggio adeguato e ai necessari test emato-chimici. Ha destato preoccupazione anche il fatto che alcune terapie non siano state attuate rispettando standard e linee guida basate sull’evidenza, a cominciare da quelle elaborate dal General Medical Council. Secondo l’ispettore capo della Commissione, Steve Fields, “il servizio deve migliorarsi decisamente in diverse aree, quali l’istituzione di protocolli che tutelino salute e sicurezza degli utenti, la previsione di sistemi che consentano allo staff di ricevere segnalazioni a proposito della sicurezza del paziente e dei medicinali attraverso il sistema”. Ovviamente l’azienda titolare del servizio si è detta felice di lavorare con la CQC per rimediare alle carenze rilevate, ha accettato quasi interamente i rilievi e, in attesa della conclusione dei lavori di revisione, ha assicurato di aver sempre obbedito a standard di qualità adeguati. Come si ricorderà, qualche mese fa la Commissione aveva censurato quattro farmacie online per comportamenti analoghi. Se la telemedicina, che però è anche ben altro rispetto a questi servizi, sembra destinata a una sempre maggiore diffusione, pare sensato concludere che anche i controlli dovranno fare un salto di qualità. (Iacobucci G. Online GP service prescribed drugs without safety checks, says CQC. BMJ 2017;357:j3194)

FARMACI INNOVATIVI

Si allarga la famiglia degli antivirali per l’HCV

L’Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha raccomandato l’autorizzazione all’immissione in commercio per Maviret e Vosevi, due nuovi farmaci per il trattamento dell’infezione da virus dell’epatite C cronica (HCV) negli adulti. Entrambi i medicinali sono attivi contro tutti i genotipi del

virus e, considerato il grande interesse in termini di innovazione terapeutica per la salute pubblica, sono stati valutati nel quadro del meccanismo di valutazione accelerata, finalizzato a rendere più rapido l'accesso dei pazienti a nuovi farmaci per un bisogno medico non soddisfatto.

Maviret e Vosevi agiscono bloccando l'azione delle proteine essenziali alla replicazione del virus e appartengono dunque alla medesima classe del sofosbuvir e non richiedono quindi l'associazione a interferone. Maviret contiene due agenti antivirali ad azione diretta di nuova generazione, glecaprevir e pibrentasvir. Vosevi è composto da sofosbuvir e velpatasvir, già precedentemente approvati, cui è stato aggiunto voxilaprevir. Maviret e Vosevi sono i primi farmaci per i quali è stata effettuata la valutazione accelerata entro 120 giorni, dopo la recente revisione del calendario di questo meccanismo.

Il parere adottato dal CHMP nel meeting di giugno costituisce un passo intermedio nel percorso di accesso a Maviret e Vosevi per i pazienti. Il parere del CHMP sarà infatti inviato alla Commissione Europea per l'adozione di una decisione relativa all'immissione in commercio in tutta l'Unione Europea mediante procedura accelerata. Una volta autorizzato in UE, ogni Stato membro dovrà assumere una decisione sul prezzo e il rimborso in base al ruolo/uso potenziale del medicinale nel contesto del proprio servizio sanitario nazionale.

[Ulteriori dettagli](#)

FARMACOVIGILANZA

In Francia si teme una carenza di piperacillina-tazobactam

Tra gli effetti della globalizzazione ci potrebbe essere anche una carenza a livello mondiale di piperacillina-tazobactam, dovuta all'esplosione di un centro di produzione di materie prime avvenuto in Cina. Lo rivela il francese *Quotidien du Pharmacien*, sottolineando che la scarsità del farmaco ha già interessato la Francia, dove l'agenzia del farmaco ANSM aveva attuato un sistema di contingentamento della distribuzione che avrebbe dovuto concludersi alla fine di giugno. Meno ottimista il Servizio sanitario britannico (NHS) di Fife, in Scozia, secondo il quale invece, come scritto in un documento datato maggio, non era da escludersi l'impossibilità di un approvvigionamento per un periodo non quantificabile. Tra i paesi toccati anche Francia, Canada e Svizzera. Le autorità britanniche hanno correttamente argomentato che esistono alternative efficaci alla piperacillina-tazobactam, ma richiedono somministrazioni più frequenti e un monitoraggio più complesso.

LETTERATURA

Arduo ridurre le prescrizioni

Deprescribing, cioè de-prescrizione, è un termine oggi di uso frequente in ambito anglosassone. E' anche al centro di uno studio statunitense, condotto su poco meno di 2500 professionisti sanitari abilitati alla prescrizione (medici, naturalmente, ma anche infermieri, specialisti di clinical pharmacy), che operano in centri di cure primarie della Veteran Administration statunitense. La partenza è il dato sulla poliprescrizione, in costante aumento così come le sue conseguenze: reazioni avverse, scarsa compliance, e maggiore spesa. Ma pesa pure il dato relativo alla presenza, tra le terapie indicate, anche di medicinali che a rigore non dovrebbero essere più assunti dal paziente, perché non sussistono più le condizioni, per la scarsa efficacia del farmaco o per condizioni soggettive del paziente. Tuttavia, eliminare queste prescrizioni inutili o controproducenti non è facile: di qui l'indagine per stabilire quali circostanze favorirebbero la deprescribing tra gli operatori. E' emerso che la scelta per l'operatore di prima linea sarebbe più semplice se, in ordine di importanza, 1) nelle cartelle cliniche fosse sempre riportata l'indicazione per la quale si è prescritto ciascun farmaco; 2) si potesse contare sull'assistenza di un altro membro del team in cui si opera per seguire il paziente nella fase di interruzione del trattamento, 3) il paziente fosse più direttamente coinvolto nelle scelte di cura. Lo studio è piccolo, ma le indicazioni coincidono con il buon senso (e non con il senso comune). (Linsky A et al. Supporting medication discontinuation: provider preferences for interventions to facilitate deprescribing. *BMC Health Serv Res.* 2017 Jun 28;17(1):447. doi: 10.1186/s12913-017-2391-0.)

[Lo studio integrale \(gratuito\)](#)