



**INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE  
DELL'ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**Audizione di ASSOFARM (Federazione che rappresenta 1637 Farmacie Comunali  
la cui titolarità è in capo agli Enti Locali) presso la COMMISSIONE  
PARLAMENTARE per la semplificazione  
Roma, Camera dei Deputati lunedì 8.6.2020**

## INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**Audizione di ASSOFARM (Federazione che rappresenta 1637 Farmacie Comunali la cui titolarità è in capo agli Enti Locali) presso la COMMISSIONE PARLAMENTARE per la semplificazione – Roma, Camera dei Deputati lunedì 8.6.2020**

### PREMESSA

L'indagine conoscitiva della Commissione Parlamentare per la semplificazione intende mettere a fuoco i possibili interventi di semplificazione volti a facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale. Strettamente collegato a tale obiettivo è il tema della competitività delle imprese che operano nell'attuazione dei processi di semplificazione con particolare riferimento ai processi amministrativi sanitari gestiti a distanza tramite il Fascicolo sanitario elettronico, la ricetta dematerializzata, le prenotazioni unificate delle prestazioni e la telemedicina. L'adozione e l'attuazione di tali processi si presentano alquanto diversificate nelle diverse regioni italiane, spesso per una difformità dei sistemi operativi esistenti tra regione e regione e, a volte, all'interno della stessa regione, tra ASL diverse. Bisogna poi tenere in considerazione il *digital divide* che, pur ridottosi negli ultimi anni, è ancora elevato nel nostro paese: ancora molti italiani non sono coperti da una connessione internet ed in particolare anziani, disoccupati, bambini che vivono in situazioni di disagio sociale, ecc. Pertanto la digitalizzazione in sanità, pur rappresentando un processo di semplificazione in grado di ridurre i costi economici e sociali della collettività, stenta a decollare. Solo prendendo in considerazione la categoria degli anziani che, come sopra detto, sono tra le categorie più svantaggiate per l'accesso ai servizi sanitari "a distanza", un coinvolgimento più diretto delle **farmacie di comunità**, porterebbe cospicue risorse da allocare in altri settori della sanità italiana. D'altra parte, le malattie croniche rappresentano nei paesi Occidentali una sorta di "epidemia" responsabile dell'85% dei costi sanitari. Nella Regione europea dell'OMS, le malattie croniche provocano circa l'86% dei morti. La prevalenza di tali patologie è in crescita soprattutto, a causa dell'invecchiamento della popolazione e della crescente esposizione a fattori di rischio ambientali e **sociali**.

## LE FARMACIE COMUNALI

Le Farmacie Comunali possono utilmente concorrere all'efficientamento del Servizio Sanitario, nella loro naturale evoluzione, assicurando – attraverso le proprie strutture ed i propri organici – un contributo finalizzato a:

- **Limitare gli accessi al Pronto Soccorso,**
- **Limitare, in ottico di sviluppo dell'autocura, l'ospedalizzazione impropria.**
- **Reimpostare la gestione del paziente cronico in una logica di "prossimità".**
- **Stimolare e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari,**
- **Promuovere un processo di crescita della consapevolezza paziente (soprattutto cronico) e dei Caregivers, in ottica di sviluppo dell'autocura.**
- **Promuovere modelli di comportamento condivisi nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza secondo i principi di efficienza e di efficacia, soprattutto nei pazienti anziani e nei pazienti fragili.**

## IL CONTESTO NORMATIVO

Il riordino dell'assistenza territoriale e della medicina generale previsto dall'art. 1 del **Decreto Balduzzi (Legge 189/2012)**, rappresenta in linea di principio un passaggio cruciale del riassetto del Servizio Sanitario Nazionale, che va letto e contestualizzato complessivamente tenendo conto del **Patto della salute**, della **riorganizzazione della rete ospedaliera**, del **rinnovo della Convenzione con la Medicina Generale** e, ci si augura, **con le Farmacie**, e della **sperimentazione della "Farmacia dei Servizi"** nell'area terapeutica.

L'implementazione delle cure primarie H(12)-24, si basa sul principio della "**presa in carico delle cronicità**" attraverso l'istituzione di **forme associative** della Medicina Generale (AFT-UCCP – Case della Salute) preferibilmente di tipo **poli-professionale**.

Alcune considerazioni:

- L'ospedale si fa carico attualmente di circa il 30% delle cronicità in regime di ricovero e cura con uno spreco enorme di risorse economiche e umane;
- La Medicina Generale tradizionale e l'assistenza territoriale sono basate sul rapporto "singolo medico-singolo paziente", che porta necessariamente a una medicina difensiva e che non può farsi carico della complessità della presa in carico delle cronicità;
- Peraltro, l'attuale emergenza sanitaria correlata alla Pandemia da Covid-19, ha evidenziato tutte le problematiche determinate dall'assenza di una forte struttura assistenziale nel territorio.
- E' imperativo che la Farmacia, in possesso dei requisiti necessari ad assicurare i servizi richiesti, assuma un ruolo "istituzionalizzato" per il supporto alla gestione dei pazienti cronici nella logica della promozione della medicina territoriale, al fine di
  - I. Limitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso",
  - II. Limitare l'ospedalizzazione impropria,

- III. Reimpostare la gestione del paziente cronico in una logica di “prossimità”,
- IV. Stimolare e diffondere l’appropriatezza clinica e organizzativa nell’uso dei servizi sanitari,
- V. Promuovere un processo di crescita della consapevolezza del paziente (empowerment), soprattutto cronico e dei caregivers.

E’ necessario, alla luce della sperimentazione della “Farmacia dei Servizi” già attivata in diverse Regioni, ridisegnare e reinterpretare il ruolo della Farmacia in una logica di integrazione stretta con tutti i protagonisti coinvolti nei processi che porteranno a **compimento** la riorganizzazione dell’assistenza territoriale.

## PERCHE’ IL FARMACISTA

1. La farmacia dispone di un sistema di dislocazione sul territorio che la rende **il presidio sanitario di prossimità di più agevole accesso da parte del cittadino**, dove si entra senza bussare, a ogni ora del giorno;
2. **Conosce la situazione sanitaria dei singoli soggetti** che risiedono nella zona di propria pertinenza, ne conosce l’assetto familiare ed è in contatto con i medici di medicina generale che esercitano nella zona;
3. **Conosce ovviamente le terapie in atto** ed è in grado sia di svolgere attività di **counseling** sia di effettuare tempestive segnalazioni circa eventuali ingiustificate interruzioni di terapia;
4. **Dispone di attrezzature informatiche e di know how** che consentono di condividere ogni informazione utile con il medico curante ma anche di inviare in automatico segnalazioni ai pazienti, ad esempio circa l’orario di assunzione dei farmaci;
5. **È già “in rete” con le strutture del SSN** e può quindi, alla bisogna, condividere la gestione del paziente in ogni aspetto anche, se necessario, di tipo burocratico e amministrativo.

Per queste sue peculiarità la Farmacia può utilmente rappresentare per i pazienti affetti da alcune patologie croniche e invalidanti **il più prossimo e agevole punto di accesso ai servizi resi dal SSN**, attraverso una rete di professionalità, fra cui ovviamente il farmacista, che operino in una logica di integrazione delle informazioni, degli interventi e delle valutazioni in maniera da coniugare efficacia dell’assistenza e sostenibilità dei costi.

Sono molti gli ambiti nei quali il farmacista può dare un apporto fondamentale al raggiungimento degli obiettivi dell’indagine conoscitiva intrapresa da questa Commissione parlamentare e di seguito ne citiamo alcuni.

- **Prevenzione:** approccio unitario al controllo dei **fattori di rischio**, alla **medicina predittiva**, agli screening e alla prevenzione delle **recidive e delle complicanze** di malattia; sostegno operativo all’adozione di misure efficaci di **profilassi delle malattie contagiose**.
- **Assistenza al paziente cronico:**
- **Implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi** (in particolare diabete, oncologia, scompenso e BPCO)

- L'assunzione di responsabilità e l'**educazione terapeutica del paziente cronico** e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia.
- **Assistenza al paziente fragile:** percorsi di **assistenza interdisciplinare integrata** ambulatoriale e domiciliare, a favore dei cronici anziani fragili, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale.
- Comunicazione: utilizzo proattivo delle informazioni, favorire una partecipazione attiva dei cittadini, utilizzo dei più innovativi strumenti di comunicazione, basati sulla tecnologia.
- **E-Health: Fascicolo sanitario Elettronico, Dossier Farmaceutico, Ricetta Elettronica.**
- **ADI:** Questo livello di assistenza sanitaria di base è costituito, in particolare, dal **trattamento individuale domiciliare a pazienti non deambulanti ed anziani** e può essere articolato in forma di "assistenza domiciliare integrata". E' direttamente connesso con il livello di medicina generale, affidata ai medici di base, ed al livello di **farmaceutical care** affidato ai farmacisti che operano sul territorio. In tale ambito l'"assistenza sanitaria di base" quindi, la **fornitura di medicinali viene svolta dai farmacisti che operano sul territorio.**
- **Telemedicina**
- **CUP, anche come front office per indirizzare il paziente cronico verso la Casa della Salute.**

## FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E DOSSIER FARMACEUTICO

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico** non è partito in modo uniforme nelle diverse Regioni italiane. Proprio l'avvio stentato di questa importante opportunità in tema di semplificazione per il cittadino, potrebbe permettere l'integrazione dello stesso con il **Dossier Farmaceutico**, elemento quest'ultimo essenziale per la presa in carico del cittadino e per la piena attuazione della **Pharmaceutical Care**.

Di seguito si riassumono le norme sul **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** e sul **Dossier Farmaceutico (DF)** recentemente modificate dall'art. 11 del Decreto Legge 34/2020 (Decreto Rilancio) che ha introdotto alcune modifiche all'art. 12 del DL 179/2012 (Agenda Digitale).

- Nel 2012 viene approvato il DL 179/2012 (Agenda Digitale). In tale ambito l'art. 12 prevede il FSE;
- Nel 2013 (art. 17, comma 1, lettera b), del DL 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98) all'art. 12 suddetto viene aggiunto il comma 2-bis che testualmente recita:
- "2-bis **Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione**". Questa norma che introduce il DF, è rimasta sostanzialmente non operativa;

- L'art. 11 del DL 34/2020 integra l'art. 12 del DL 179/2012 e, tra le altre cose, introduce alcune modifiche al comma 15-septies del citato art. 12. La parte che viene modificata e che rappresenta appunto un'accelerazione rispetto alla attuazione concreta del DF, è riportata di seguito, sottolineata in modo da evidenziare le modifiche che sono state apportate.
- “15 septies. Il Sistema Tessera Sanitaria realizzato in attuazione dell'art. 50 del Decreto Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, entro il 30 aprile 2017, rende disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, alle prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica comprensivi dei relativi piani terapeutici e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nonché le ricette e le prestazioni erogate non a carico del SSN, ai certificati di malattia telematici e alle prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa, nonché i dati di cui all'art. 3 del decreto legislativo n. 175 del 21 novembre 2014 comprensivi dei dati relativi alla prestazione erogata e al relativo referto, secondo le modalità stabilite previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter che individuerà le misure tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza del trattamento e le libertà degli interessati” 15-octies. Le specifiche tecniche dei documenti del FSE e del dossier farmaceutico, definiti con i decreti attuativi del comma 7, sono pubblicate sul portale del nazionale FSE, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali”

Assofarm ha sempre collaborato con la **Ragioneria Generale dello Stato (RGS)** e con **SOGEI** per l'alimentazione del Sistema TS con i dati delle ricette (art. 50, rx dematerializzata ulteriori accelerazioni intervenute proprio durante l'emergenza Covid-19) e con **l'Agenzia delle Entrate** per inviare i dati delle spese detraibili (730 on-line).

Siamo disponibili e pronti a proseguire in questa collaborazione adeguando le specifiche e i software gestionali delle farmacie per l'acquisizione e trasmissione dei dati dei farmaci a carico dei cittadini (le ricette e le prestazioni non a carico del SSN) in modo che il Dossier Farmaceutico sia comprensivo di tutti i farmaci che il cittadino assume.

**Abbiamo già un progetto che possiamo rendere operativo non appena la Parte Pubblica ci convocherà per avviare la programmazione della nuova implementazione.**

## **RICETTA DEMATERIALIZZATA E CUP**

L'emergenza sanitaria, dovuta al Coronavirus, ha accelerato il processo di dematerializzazione delle ricette. Ciascuna Regione sta attuando modalità diverse che spesso richiedono maggiore attività da parte dei farmacisti e prevedono processi complessi.

Numerose sono le APP che tutte le farmacie possono mettere a disposizione dei propri utenti per la semplificazione delle procedure. Tali applicazioni, del tutto integrate con i software gestionali, consentono di inviare la ricetta in farmacia o il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) consentendo ai farmacisti di velocizzare l'operatività al banco. Le APP in questione sono WebAPP e, quindi, immediatamente fruibili dal cittadino senza richiedere

nessun tipo di installazione né di registrazione. Inoltre, così come previsto dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 651 del 19 marzo 2020, recante "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili", pubblicata dalla G.U. n. 74 del 21 marzo 2020, *"al momento della generazione della ricetta elettronica da parte del medico prescrittore, l'assistito può chiedere al medico il rilascio del promemoria dematerializzato ovvero l'acquisizione del Numero di Ricetta Elettronica ... tramite a) trasmissione del promemoria in allegato a messaggio di posta elettronica, laddove l'assistito indichi al medico prescrittore la casella di posta elettronica certificata (PEC) o quella di posta elettronica ordinaria (PEO); b) comunicazione del Numero di Ricetta Elettronica con SMS o con applicazione per telefonia mobile che consente lo scambio di messaggi e immagini, laddove l'assistito indichi al medico prescrittore il numero di telefono mobile; c) comunicazione telefonica da parte del medico prescrittore del Numero di Ricetta Elettronica laddove l'assistito indichi al medesimo medico il numero telefonico"*.

Sarebbe auspicabile estendere il sistema della ricetta elettronica anche a tutti i farmaci di Fascia C, agli stupefacenti e all'ossigeno gassoso. Parallelamente, ai fini del risparmio dei costi della carta, occorre perseguire la piena dematerializzazione delle ricette superando l'attuale sistema del promemoria cartaceo.

Anche i servizi di Prenotazione delle visite mediche e degli accertamenti diagnostici (CUP) attraverso le farmacie territoriali, vedono ritardi nella piena ed efficiente adozione in alcune Regioni (es.Lazio). In altre Regioni dove il servizio funziona meglio si è provveduto ad ulteriormente semplificare l'accesso alle prenotazioni istituendo un call centre telefonico, attivo dal lunedì al venerdì, grazie al quale è possibile: a) prenotare, disdire e modificare visite ed esami specialistici; b) prenotare un appuntamento per effettuare il cambio del medico.

La sanità ha bisogno di una nuova *governance*. Abbiamo bisogno di grandi investimenti per migliorare l'appropriatezza degli atti professionali e dell'assunzione dei farmaci. Si stima che circa il 50% dei farmaci sia utilizzato in modo inappropriato e che, i costi di questa inappropriata, arrivino a livello europeo addirittura a 130 miliardi di euro. La percentuale di mancata aderenza alle prescrizioni mediche sale al 70% se riferita ad una fascia di pazienti in età avanzata. E' necessario rilanciare la storica sinergia tra le professioni della sanità, in particolare tra medici e farmacisti, per monitorare il corretto utilizzo del farmaco e per evitare che la cosiddetta cultura del fai da te finisca con il determinare effetti assolutamente dannosi sia sulla salute dei cittadini che sulle casse dello Stato.

Un approccio interdisciplinare nella cura della persona ben si inserisce nel processo di ammodernamento del sistema nel quale è coinvolta a pieno titolo la **Farmacia dei Servizi** e che dovrà trovare realizzazione anche attraverso la riorganizzazione delle cure primarie previste dal **Patto per la Salute**.