

Legislatura 17 Atto di Sindacato Ispettivo n° 3-03145

Atto n. 3-03145 (*in Commissione*)

Pubblicato il 22 settembre 2016, nella seduta n. 684

MANDELLI , D'AMBROSIO LETTIERI , RIZZOTTI , FUKSIA , PICCINELLI - Al Ministro della salute. -

Premesso che l'art. 8 del decreto-legge n. 347 del 2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 405 del 2001, dispone che "Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di: a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale; b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale";

considerato che:

la prima modalità prevista alla lettera a), anche denominata "distribuzione per conto", è relativa a quei farmaci che, per la loro particolarità di richiedere un controllo ricorrente, sono stati inseriti nel PH-T (prontuario ospedale territorio) introdotto dall'AIFA con la determinazione del 29 ottobre 2004 al fine di garantire la continuità assistenziale;

qualora, diversamente, la Regione non intenda stipulare accordi con le farmacie convenzionate, potrà distribuire tale categoria di farmaci (PH-T e H) direttamente nelle strutture pubbliche in applicazione e secondo le condizioni previste alle lettere b) e c);

rilevato, inoltre, che:

l'applicazione di tale disposizione normativa è attualmente estremamente disomogenea nelle varie regioni italiane;

in alcuni casi le aziende sanitarie locali hanno attuato la distribuzione diretta prevedendo che i medicinali vengano forniti ai pazienti in dimissione o a seguito di visita per alcuni mesi di terapia e, nel caso in cui si tratti di terapie croniche, i pazienti stessi vengano presi in carico dalla struttura ospedaliera e invitati a recarsi in via continuativa a ritirare i farmaci presso strutture pubbliche, inquadrando automaticamente il paziente cronico in politerapia come "paziente complesso";

in questo modo vengono identificati i pazienti affetti da patologie che richiedono un controllo ricorrente con tutti i pazienti portatori di patologie croniche o che, assumendo più tipi di farmaci, sono solo per questo pazienti complessi, e quindi pazienti che devono essere presi in carico dalle strutture ospedaliere pubbliche e riforniti per via diretta di tutti i farmaci necessari;

tale modalità applicativa interpreta in maniera distorta anche quanto disposto dalla lettera a), ove si prevede di fornire agli assistiti esclusivamente "quelle categorie di farmaci che richiedono un controllo ricorrente";

in particolare, la Asl di Rimini sta utilizzando l'erogazione diretta di farmaci per terapie di lunga durata e con modello prescrittivo "farmaci a controllo ricorrente", ampliando le categorie ed il numero di principi attivi dispensati, anche con quelli non inseriti nel PH-T della distribuzione diretta della Regione Emilia-Romagna;

valutato che:

diventa importante che la scelta della singola Asl rispetti il dettato normativo, cioè che non risulti contrastante con quanto disposto espressamente dalla citata norma, e che rispetti quanto previsto dalle direttive regionali;

la Costituzione garantisce l'assistenza sanitaria pubblica universalistica e non vi possono essere differenze così marcate tra Regione e Regione con pregiudizio dei LEA (livelli essenziali di assistenza) come previsti dalla recente normativa in materia;

inoltre, con l'avvento della ricetta dematerializzata, valida su tutto il territorio nazionale, non è possibile che vi siano disparità tra Regione e Regione riguardo alla dispensabilità di un farmaco;

viene arrecato ai pazienti il disagio derivante dal fatto di doversi recare esclusivamente presso le farmacie ospedaliere, che non hanno di certo una dislocazione capillare e posizioni raggiungibili da tutte le fasce di cittadini come le farmacie territoriali; tale disagio è ancora più evidente per le persone con maggiore difficoltà di spostamento (anziani e persone con problemi di deambulazione);

in caso di modifica della terapia o, peggio, del decesso del paziente è evidente come vi siano impiegate in modo improprio le risorse del Servizio sanitario nazionale a causa del mancato utilizzo di farmaci già erogati, in particolare quando le strutture pubbliche consegnano farmaci in quantità superiore alle immediate ed effettive esigenze del paziente;

non può essere garantita l'aderenza alla terapia in quanto al domicilio del paziente viene meno ogni controllo in merito, sebbene per alcuni farmaci vi siano strumenti e dispositivi di rilevazione in uso sperimentale ancora poco diffusi (telemedicina e telefarmacia); infatti, è solo con il costante intervento del farmacista, con la sua attività di consiglio e di monitoraggio, che può essere garantita l'aderenza alla terapia,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto esposto;

quali provvedimenti di competenza intenda assumere per impedire il verificarsi di procedure quali quelle descritte.