

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LA SEMPLIFICAZIONE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

16.

SEDUTA DI LUNEDÌ 8 GIUGNO 2020

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE NICOLA STUMPO

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	2
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	
Audizione di rappresentanti di FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Federfarma e Assofarm:	
Stumpo Nicola, <i>Presidente</i>	2, 6, 9, 14, 15
De Toma Massimiliano (MISTO)	14
Gizzi Venanzio, <i>presidente di Assofarm</i>	6, 15
Le Pera Renzo, <i>vicesegretario nazionale della Federazione dei Medici di Medicina Generale</i>	2
Tobia Roberto, <i>segretario nazionale di Federfarma</i>	9

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
NICOLA STUMPO

La seduta comincia alle 10.35.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati, anche per consentire ai deputati e senatori che non hanno potuto essere presenti di seguire i lavori della Commissione.

**Audizione di rappresentanti di FIMMG –
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Federfarma e Assofarm.**

PRESIDENTE. Nella seduta odierna prosegue lo svolgimento dell'indagine conoscitiva sulla semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale e procediamo oggi con le tre audizioni stabilite. In particolare audiremo il vicesegretario nazionale della Federazione dei Medici di Medicina Generale, dottor Renzo Le Pera, il presidente di Assofarm, che rappresenta le aziende speciali, i consorzi, i servizi farmaceutici e le società che gestiscono le farmacie pubbliche, dottor Venanzio Gizzi, accompagnato dal vicepresidente di Assofarm, dottor Luca Pieri, e dal dottor Francesco Schito, il segretario nazionale di Federfarma, che rappresenta le farmacie private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, dottor Roberto Tobia. Gli auditi svolgeranno da remoto una relazione sulle questioni connesse alla possibilità di rendere i processi amministrativi sanitari gestibili attraverso servizi a distanza (Fascicolo Sanitario Elet-

tronico, sistema centralizzato informatizzato per la prenotazione unificata delle prestazioni, ricetta elettronica) e al rafforzamento della rete territoriale di assistenza attraverso lo sviluppo di nuove modalità di servizi erogabili anche da remoto. Ringrazio innanzitutto gli auditi, che hanno immediatamente aderito all'invito a partecipare ai nostri lavori, e do intanto la parola al vicesegretario nazionale della Federazione dei Medici di Medicina Generale, dottor Le Pera, ricordando che al termine degli interventi è previsto un breve spazio per le domande dei deputati e senatori presenti. Già in anticipo vi dico, avendo tre audizioni, che magari potremmo anche pensare di mandarvi le domande per iscritto per poi ricevere eventualmente le risposte per iscritto con delle *e-mail*. Questo per rendere a tutti agevoli i lavori ed evitare il rischio di diventare troppo lunghi. Quindi do a lei la parola, dottor Le Pera.

RENZO LE PERA, *vicesegretario nazionale della Federazione dei Medici di Medicina Generale*. Volevo ringraziare sia il presidente, sia tutti gli onorevoli presenti e tutti i membri della Commissione, da una parte per l'attenzione e dall'altra per aver dato la possibilità anche alla medicina generale, e in particolare alla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, di esprimere il proprio punto di vista su una problematica di cui si sta occupando la Commissione e che riteniamo anche noi di estrema importanza. Io cerco di essere sintetico; ditemi voi quanti minuti ho a disposizione.

PRESIDENTE. Abbiamo circa un'ora di tempo per concludere le audizioni.

RENZO LE PERA, *vicesegretario nazionale della Federazione dei Medici di Medi-*

cina Generale. Cerco di essere anche più sintetico, dichiarandomi da subito disponibile a fornire successivamente eventuali chiarimenti, se ve ne fosse bisogno. Abbiamo mandato questa mattina un testo scritto che riassume la nostra posizione, che può essere utile. Alcuni temi sono già stati affrontati, e concordiamo con gran parte delle considerazioni che sono state svolte al riguardo. In questa sede invece volevamo dare anche il punto di vista dei medici di Medicina Generale con due brevi e sintetiche premesse. La prima riguarda un concetto generale, per noi fondamentale, della semplificazione degli accessi. In Italia esistono 7.982 comuni. Di questi, 5.488 contano meno di 5 mila abitanti, vale a dire il 69,43 per cento per cento del totale, però vi risiedono circa 10 milioni di abitanti. Secondo i dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), 745 sono quelli con più di 15 mila abitanti e solo 106 con più di 60 mila. Ora, per quanto si continui a sviluppare una rete di teleassistenza, di teleconsulto nel sistema territoriale, una delle condizioni principali che determinano la facilità di accesso è la vicinanza del medico al proprio assistito. Questo è il motivo per il quale, sfruttando e non volendo abbandonare da parte della Medicina Generale, della FIMMG in particolare, la presenza capillare sul territorio, si esprime qualche dubbio su una tendenza generalizzata ad accentrare e accorpare le persone e le figure dei medici di medicina generale in strutture che adesso sono chiamate UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria), CCP (Punti di Controllo Critici), Case della Salute o altro. Questa è una situazione che può essere valida in centri a elevata concentrazione di abitanti, con vicinanza all'ospedale o meno, ma la riteniamo difficilmente percorribile su tutto il territorio nazionale. Noi non riteniamo che la sola figura del medico di medicina generale sia sufficiente. Perciò la proposta era quella di affiancare e costituire un micro *team* in cui, oltre al medico di medicina generale, ci sia perlomeno un assistente di studio o un infermiere, mantenendo la presenza capillare sul territorio, cioè una sorta di mini *équipe* che costituiscono gli *Spoke* e degli

hub che sono invece costituiti dai presidi territoriali, siano essi ospedali, ambulatori polispecialistici accreditati, Case della Salute.

La seconda premessa era quella che riguardava alcune opinioni legittime espresse nei confronti della Medicina Generale, alla quale veniva attribuita o imputata una forma di resistenza al progresso tecnologico e all'informatica in particolare. Volevo ricordare in questa sede che l'ambito della medicina territoriale è stato il primo settore del Servizio Sanitario Nazionale a scegliere autonomamente la via delle informatizzazioni di gran parte delle proprie prestazioni e a essere stato addirittura il primo, come settore della Medicina Generale, a inserire tale aspetto come compito obbligatorio nell'ambito dell'Accordo collettivo nazionale. Non esiste resistenza, ma anzi apprezzamento per il fatto che l'informatica sia di aiuto e non un limite allo svolgimento delle funzioni proprie del medico di medicina generale. Non si può dire altrettanto per altri settori sia della medicina convenzionata, che della medicina pubblica, perlomeno anche in termini di standardizzazione. Vengo ai punti fondamentali, molti dei quali sono già stati trattati. Dematerializzazione: è vero, la dematerializzazione della ricetta elettronica è stata normata nel 2011 con un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute. Viene descritto come un risultato raggiunto o quasi raggiunto. Esistono alcune criticità, invece, pur sottolineandone la fondamentale importanza, che va suddivisa in due momenti: quella della prescrizione dei farmaci e quella della dematerializzazione della prescrizione degli accertamenti diagnostici, delle visite specialistiche, degli esami eccetera. La diffusione della ricetta elettronica, quindi della dematerializzazione riguardo alla prescrizione dei farmaci, ha raggiunto — l'ha anche recentemente detto il Ministro della salute in una recentissima audizione — un 85-90 per cento della diffusione in tutto il territorio nazionale. Esistono però alcuni limiti. Il primo è che solo la recente pandemia ha risolto un problema fondamentale, che era quello di renderla non

solo dematerializzata, ma anche non accompagnata da un foglio di carta bianco, per cui fino a poco tempo fa si trattava di una decolorazione della ricetta e non di dematerializzazione. In pratica, si trattava del famoso promemoria, che doveva essere consegnato al cittadino. Invece, dimostrando una pronta risposta da parte del Governo e delle regioni a questo problema, in pochissimi giorni è stato risolto. Quindi non c'erano enormi difficoltà tecniche, informatiche e burocratiche. È stato possibile, e di questo ringraziamo, risolvere in pochi giorni. Rimangono alcune questioni di cui si fa fatica a comprendere la *ratio*. Molti farmaci, e in alcune regioni anche altri, quelli sottoposti ad esempio al piano terapeutico, quelli in distribuzione diretta, quelli in soluzione per conto, non hanno avuto il processo di dematerializzazione, ma in termini generali tutti i farmaci di classe C, nei quali vengono compresi, non solamente i farmaci di utilizzo banale, ma anche gli antidolorifici, importanti per la terapia del dolore, i barbiturici, tutti quelli tabellati, i sedativi, i tranquillanti, che hanno l'obbligo di dispensazione da parte della farmacia dietro presentazione di ricetta medica — quindi non in farmacie da banco — sono esclusi della dematerializzazione. La *ratio* è difficile da comprendere perché, se fosse un problema di falsificazione, è molto più facile falsificare una ricetta fatta a mano che non una ricetta elettronica, che contiene tutti i requisiti e i controlli al momento in cui è stata effettuata e quindi se ne sollecita l'inglobamento nella dematerializzazione. Ben diverso, invece, è il discorso della dematerializzazione degli esami diagnostici. Qualcosa si può fare a « macchia di leopardo ». Le diversità tra le regioni sono fondamentali: le motivazioni sono diverse; il meccanismo delle esenzioni è diverso da posto a posto; è diverso il meccanismo in base al quale un esame per essere dematerializzato deve essere compreso nell'ambito di quello che è chiamato « nomenclatore », cioè di un indice, di un elenco degli esami e degli accertamenti, che però, lungi da essere semplicemente quelli previsti nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) o uguali in tutto il territorio nazio-

nale, sono invece diversi addirittura all'interno delle stesse regioni, se non addirittura all'interno delle diverse province, delle diverse aziende sanitarie. Alcuni esami non esistono nel nomenclatore; alcuni hanno denominazioni leggermente diverse. Alcuni erogatori di prestazioni, siano essi poliambulatori, siano essi ospedali, hanno delle denominazioni proprie che, se non sono fedelmente riportate, escludono la possibilità di prescrivere in maniera informatizzata. Non vanno a finire in un *repository*, che è fondamentale anche per la programmazione sanitaria, e costringono il cittadino a peregrinazioni per poterle e doverle modificare. A questo scopo, due parole anche sui CUP (Centro Unico di Prenotazione). I CUP hanno segnato una svolta importante e fondamentale nel diminuire le peregrinazioni del cittadino per andare nelle sedi di erogazione e poter prenotare direttamente. Però risentono di questi limiti, vale a dire dell'anagrafe che non è diffusa, del regime delle esenzioni che non è identico in tutte le parti, del nomenclatore per la dematerializzazione che non è omogeneo, per cui più che CUP si tratta di CP (Centro di Prenotazione). L'aggiunta di quella « U » starebbe a significare un'unificazione vera del catalogo in tutto il territorio nazionale, laddove vengono eseguiti, e anche una selezione del personale, un *front office* all'utente che non sia determinato da personale avventizio o esposto ad un *turnover* elevato, secondo procedure al maggiore o minor ribasso che ne ostacolano la diffusione. Per quanto vengano spesso rifiutate delle prestazioni, basti pensare al regime delle priorità, che è diverso ed è cambiato continuamente, ognuno lo interpreta a modo suo e il risultato finale è che c'è un andirivieni che non è difficile sopperire con un meccanismo di una normativa omogenea in tutti i territori.

Fascicolo sanitario e *patient summary*: se n'è parlato molto. Mi permetto di dire che in alcune relazioni in alcuni momenti si sono confuse le due cose. Il fascicolo sanitario e il *patient summary*, anche se la definizione ufficiale è quella di « Profilo Sanitario Sintetico », sono due cose estremamente diverse. Il fascicolo sanitario è

uno strumento efficacissimo dal punto di vista della programmazione, del controllo della spesa, del controllo delle prestazioni, del controllo amministrativo. Il fascicolo sanitario lo è molto meno dal punto di vista clinico e assistenziale. È un elenco cronologico che assume nell'ambito del tempo dimensioni enormi, una serie di puntatori di indice che vanno a identificare le prestazioni eseguite a carico di quei cittadini. È chiaro che in una situazione di emergenza andare a consultare e distinguere per problemi e per la gravità qualcosa che è elencato per indice cronologico è un po' difficile e quindi non viene in questo senso utilizzato. Vengo all'altro aspetto (qui l'emergenza Covid ha risolto molti problemi). Ancora adesso in alcuni territori l'attivazione da parte del cittadino è una procedura estremamente complessa, farraginoso, che prevedeva la presenza di persone per l'identificazione, la disponibilità, il consenso e tutto il resto, per cui ha avuto una diffusione molto modesta. L'aver dato la possibilità ai cittadini di attivarlo *online*, con procedure molto più semplificate, ne sta progressivamente migliorando la diffusione. Una cosa da sottolineare è che il fascicolo sanitario elettronico si autoalimenta, vale a dire che ogni prestazione eseguita, tra quelle che poi ci rientrano, va automaticamente a incrementare il fascicolo stesso, tenendo presente che però molte di queste prestazioni ancora adesso non rientrano nel fascicolo. Non rientrano quelle del privato convenzionate, tutte quelle del privato in generale, anche molte di quelle della dipendenza; per cui rientra, e non sempre, la lettera di dimissione ospedaliera; non rientra la copia della cartella clinica; rientra dalle università qualcosa, molto meno rispetto agli ospedali pubblici. È diverso il *patient summary* o «profilo sanitario». Il *patient summary* è uno strumento agile. È molto diffuso anche in alcuni Paesi anglosassoni. Deve avere alcune caratteristiche: dalla facile concentrabilità, trasferibilità e anche la sinteticità. La parola «*summary*» o «profilo sintetico» sta a indicare proprio questo. Nel corso degli anni sono stati prodotti molti modelli, alcuni veramente ed eccessivamente ridon-

danti, dagli otto *item* della Scozia ai 114 di alcune proposte delle pubbliche amministrazioni, ma una differenza sostanziale rispetto al fascicolo sanitario elettronico è che non si autoalimenta. Non basta compilarlo. Immaginate quale difficoltà e quale possibilità di errore possa dare un «profilo sintetico» o quasi sintetico che non sia continuamente aggiornato in base alla storia clinica del paziente a un secondo o terzo operatore sanitario che ne prenda conoscenza: l'insorgenza di una terapia nuova, l'insorgenza di un'allergia scoperta, l'anagrafe vaccinale e quant'altro. Ora la Federazione dei Medici di Medicina Generale è disponibilissima – lo è sempre stata – a concordare sia un modello sintetico, sia le modalità dell'aggiornamento, sia la valutazione dell'impegno professionale in questo compito che riteniamo non possa che essere del medico di fiducia. Altri due punti e ho finito: farmaci erogabili in presenza di piano terapeutico. I piani terapeutici sono quegli strumenti delegati, neanche agli specialisti, ma ad alcuni specialisti per poter prescrivere a carico del servizio sanitario nazionale dei farmaci fondamentali per la cronicità, inizialmente definiti come «innovativi». Adesso non lo sono tanto, se alcuni sono scaduti o in prossimità di scadenza del brevetto. Non si chiede un'eliminazione totale della possibilità dei piani terapeutici perché alcuni effetti sono per definizione di competenza e di sorveglianza di un monitoraggio specialistico, ma ce ne sono tantissimi – e faccio un esempio banale: i «nuovi» farmaci per il diabete, gli anticoagulanti orali che stanno progressivamente sostituendo i dicumarolici, il vecchio Cumadin – che sono già in mano prescrittiva alla medicina generale, ma non possono essere concessi se non dietro l'erogazione e la scadenza trimestrale o semestrale di un piano terapeutico. Attualmente, proprio per l'emergenza Covid, è stata per decreto modificata la scadenza e allungata in maniera automatica. Non è un fatto automatico; è un fatto di valutazione, ma di una valutazione professionale, specialmente per questi, che la medicina generale, in collegamento funzionale anche con gli specialisti, soprattutto telematico,

può e deve supportare per motivi oltre che di facilità dell'ingresso, anche di economia e di farmacoeconomia.

Le campagne vaccinali sono un discorso importante. Sono un discorso importante che assumerà nel prossimo autunno ancora più importanza perché permetterà, se la diffusione sarà alta, per quello che riguarda l'influenza, maggiori capacità di distinzione se dovesse avere delle riprese, dei colpi di coda, o comunque momenti in cui sia necessaria una diagnosi differenziale. È un discorso da estendere anche ad altre vaccinazioni perché l'esperienza, e non l'autoreferenzialità, ci ha dimostrato che, quando queste campagne sono condotte dalla medicina generale, in accordo e in raccordo con altre strutture e categorie professionali, si raggiungono quei volumi e quelle percentuali che sono fondamentali per il successo della campagna vaccinale. Ci sono dei problemi. Esistono dei problemi perché attualmente i vaccini vengono forniti nella seconda e terza decade di ottobre, se non i primi di novembre. C'è la necessità di anticiparli sia per motivi clinici e assistenziali, sia per motivi organizzativi. È estremamente difficile che si possano al momento, come in altri momenti storici, avere affollamenti o sovraffollamenti degli studi dei medici di medicina generale, ma il buonsenso e la prudenza ci dicono che dovremmo trovare un modello organizzativo diverso, ampliare la domanda, ampliare gli orari, ampliare la disponibilità; ma soprattutto è necessario che questi vaccini siano forniti prima rispetto agli anni precedenti, perché normalmente le campagne si svolgono in trenta o quaranta giorni lavorativi. Adesso, solo per questi motivi, sarà necessario probabilmente il doppio. Quindi serve un'anticipazione, un raccordo con le farmacie territoriali per l'approvvigionamento dei vaccini stessi, evitando anche centri di distribuzione degli stessi che sono lontani e proprio un'anticipazione della campagna stessa. Ultima notizia e ultimo argomento: tediagnosi, teleassistenza e teleconsulenza. È fondamentale, non perché sostituisca il rapporto fisico medico-paziente, ma perché possa permettere, oltre a quello, anche un'integrazione maggiore tra

figure professionali fisicamente non prossime. Se il medico di medicina generale, con l'intenzione da parte nostra, come principio, deve garantire, insieme ai suoi collaboratori una presenza capillare e diffusa, è ovvio che l'assistenza di secondo livello non possa essere altrettanto diffusa, ma debba essere centralizzata. I rapporti, i confronti trovano soluzione solo nell'ambito di strumenti innovativi, a cui la nostra categoria è aperta, e con una piattaforma informatica collaborante, non autoreferenziale, diversa da posto a posto. Noi abbiamo ottenuto la possibilità di coordinare autonomamente le nostre piattaforme, che non credo sia né difficile né impossibile coordinare con quelle del servizio sanitario pubblico. Le differenze tra le varie strutture non sono tra i medici di medicina generale e le aziende. Semplicemente, laddove sono stati implementati dei piani territoriali diagnostico-terapeutici, nelle stesse aziende abbiamo visto che per ogni patologia esistono piattaforme informatiche e percorsi diversi, che non dialogano tra di loro. È un ostacolo che va superato nell'interesse generale del servizio, ma soprattutto nell'interesse di facilitazione di accesso e di implementazione verso il cittadino utente. Grazie.

PRESIDENTE. Sì. Grazie a lei, dottor Le Pera. Do la parola al presidente di Assofarm, dottor Gizzi.

VENANZIO GIZZI, *presidente di Assofarm*. Ringrazio il presidente e la Commissione. Strettamente collegato all'accesso dei cittadini ai servizi è il tema della competitività delle imprese che operano nell'attuazione dei processi di semplificazione e di organizzazione all'accesso, soprattutto per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico, la ricetta dematerializzata, le prenotazioni unificate delle prestazioni e la telemedicina. Tale competitività non deve andare a scapito dei cittadini, dei pazienti, di chi usufruisce dei servizi a causa delle diverse impostazioni amministrative e gestionali dei processi che variano da regione a regione o addirittura all'interno della stessa regione da un'azienda sanitaria al-

l'altra. Quindi, gentilissimi onorevoli, il primo punto – e la vicenda della pandemia del Coronavirus l'ha segnato perfettamente – è quello di rendere omogenei e quindi di praticare gli stessi percorsi, soprattutto per quanto riguarda l'accesso informatico e l'accesso dei processi amministrativi e gestionali a questo tipo di servizi. Poi il digitale di fatto divide anche la popolazione in fasi e fasce differenti; non consente magari agli anziani di avere degli accessi così immediati come alle persone più giovani; non consente, soprattutto ai disoccupati e a chi avverte un disagio sociale, di avere un accesso semplificato. In questa direzione soprattutto le farmacie comunali e le farmacie in generale sono molto sensibili perché possa essere allargata la platea di accesso ai servizi sia informatici sia di semplificazione per tutti i cittadini, guardando in modo particolare alle categorie più deboli e guardando in modo particolare ai malati cronici. Sappiamo bene che l'85 per cento dei costi del Servizio Sanitario Nazionale sono devoluti ai malati cronici; sappiamo che la mortalità dell'86-87 per cento è provocata proprio dai malati cronici e sappiamo anche che la popolazione, l'aumento dell'età, ma soprattutto l'esposizione a fattori di rischio ambientali e sociali, possono incrementare ulteriormente la cronicità dei malati e dei cittadini. In questa direzione allora le farmacie comunali e le farmacie in generale che contributo, che aiuto, che supporto possono dare? Abbiamo preparato proprio venerdì insieme al mio vicepresidente Luca Pieri, che è presente in questa audizione, un documento e l'abbiamo messo a disposizione della Commissione parlamentare. Le farmacie comunali e le farmacie in generale – in questo documento è riportato in maniera molto chiara e specifica – possono dare un contributo fortissimo: limitare gli accessi al Pronto Soccorso, limitare in un'ottica di sviluppo dell'autocura l'ospedalizzazione impropria. Sappiamo quali sono i costi delle ospedalizzazioni improprie; sappiamo quali sono i costi per il Pronto Soccorso; sappiamo cosa sta soffrendo il Pronto Soccorso del nostro Paese e soprattutto in quest'ultimo periodo. Quindi le farmacie possono dare un con-

tributo essenziale e sostanziale finalizzato proprio a limitare l'ospedalizzazione, a limitare gli accessi al Pronto Soccorso e quindi a reimpostare la gestione del paziente cronico in una logica di prossimità, stimolando e diffondendo l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'uso dei servizi sanitari. Questo è un ruolo importantissimo che porta economia al Servizio Sanitario Nazionale. Promuove un processo di crescita della consapevolezza del paziente, soprattutto cronico, in un'ottica di sviluppo dell'autocura e, infine, promuove modelli di comportamento condivisi nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché assistenza, secondo i principi di efficienza ed efficacia, soprattutto nei pazienti anziani e nei pazienti più fragili. Qui ci muoviamo in un contesto normativo interessante, delicato, che però denuncia ed evidenzia tutti i limiti e tutti i ritardi in questa direzione del sistema Paese. Sappiamo bene che il riordino dell'assistenza territoriale, quindi della medicina generale, previsto dall'articolo 1 del decreto-legge n. 158 del 2012, il cosiddetto decreto « Balduzzi », poi convertito, con modificazioni, dalla legge 189 del 2012, rappresenta un passaggio cruciale nel riassetto del Servizio Sanitario Nazionale, tenendo presente il Patto per la Salute, la riorganizzazione della rete ospedaliera, il rinnovo della convenzione con la medicina generale. Ci auguriamo che la sperimentazione della farmacia dei servizi vada sempre più in direzione di una facilitazione e quindi di una semplificazione dell'accesso alla salute dei cittadini, soprattutto con la convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Come farmacie comunali, ma anche come farmacie in senso generale, vogliamo che ci sia un'armonizzazione tra tutte le regioni per quando riguarda la distribuzione del farmaco, soprattutto la distribuzione per conto e quella diretta. Alcune considerazioni qui è utile farle. Attualmente l'ospedale si fa carico del 30 per cento della cronicità in regime di ricovero e di cura con uno spreco enorme di risorse sia umane che economiche. La medicina generale tradizionale è basata soprattutto sul rapporto tra il singolo paziente e il medico; porta necessa-

riamente a una medicina difensiva e non può farsi carico complessivamente del paziente, ma soprattutto della cronicità. Peraltro, l'emergenza con la pandemia ha evidenziato la mancanza, o meglio, la necessità di una rete, di una forte struttura, di una forte rete sul territorio che dia assistenza ai cittadini, coinvolgendo tutti gli operatori sanitari che operano proprio a favore della salute dei cittadini. Quindi, è imperativo che la farmacia abbia i requisiti necessari perché possa assicurare alcuni servizi richiesti, perché possa assumere un ruolo istituzionalizzato e perché il suo ruolo possa essere incardinato in una normativa di supporto strutturale, per far sì che si dividano gli accessi impropri al Pronto Soccorso, che si eviti l'ospedalizzazione impropria, nella prospettiva di impostare la gestione del paziente cronico in una logica di prossimità, facendolo deambulare il meno possibile, stimolando e diffondendo l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari e promuovendo un processo di crescita della consapevolezza del paziente, soprattutto cronico, della propria malattia e del contributo che lui stesso può dare in collaborazione all'interno di questa rete. Perché il farmacista può muoversi in questa direzione? Perché il farmacista dispone di una farmacia, dispone di una rete di prossimità che agevola l'accesso da parte dei cittadini; si entra senza buscare e ogni qualvolta si voglia negli orari giornalieri. Ovviamente, il farmacista conosce la situazione sanitaria dei singoli soggetti e conosce le terapie in atto; quindi, può segnalare eventuali ingiustificate interruzioni di terapia, può segnalare un'eventuale non conformità dell'assunzione dei farmaci, dispone di attrezzature informatiche e di conoscenze tali che consentono di condividere ogni informazione utile con il medico curante, ma anche di inviare in automatico segnalazione ai pazienti ed è già in rete con il Servizio Sanitario Nazionale. Per queste peculiarità la farmacia può rappresentare un punto di riferimento più prossimo per agevolare l'accesso ai servizi resi dal Sistema Sanitario Nazionale. Quindi, siamo perfettamente a dispo-

sposizione soprattutto per fornire i livelli di assistenza dovuti per quanto riguarda la telemedicina, per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico, su cui svolgeremo alcune riflessioni immediatamente, sul *dossier* farmaceutico e sulla ricetta elettronica stessa. Siamo a disposizione per i CUP anche come *front office* per indirizzare il paziente cronico verso la Casa della Salute, ma teniamo presente che anche sui CUP c'è una differenziazione sul territorio che effettivamente non dà buon esempio per quello che dovrebbe essere un accesso generale dei cittadini uniforme su tutto il Paese a questo tipo di servizi, che sono servizi che limitano molto nel tempo e nelle funzioni i cittadini stessi. Sul Fascicolo Sanitario Elettronico sappiamo bene che nel decreto-legge n. 69 del 2013, che è poi stato convertito, con modificazioni, dalla legge n. 98 del 9 agosto, all'articolo 12 prevede il comma 2-bis. Io testualmente lo leggo perché è importantissimo per giungere a conclusioni su questo aspetto. L'articolo 2-bis dice: « Per favorire la qualità, il monitoraggio e l'appropriatezza della dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il *dossier* farmaceutico quale parte specifica del Fascicolo Sanitario Elettronico, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione ». Questa norma, che introduce il registro farmaceutico, è rimasta sostanzialmente inapplicata. Mi riallaccio a quanto diceva il vicepresidente della FIMMG poco fa sui vaccini. Avere un registro farmaceutico che possa anche indicare e segnalare qual è il livello di vaccinazione nel nostro Paese da parte dei cittadini è una cosa estremamente importante, come anche vedere a che livello e in che maniera le farmacie possono subentrare soprattutto nel prossimo autunno in termini di vaccinazioni. In Europa la Presidenza dell'Unione Europea delle Farmacie Sociali ha visto che in Francia, per esempio, la vaccinazione viene eseguita sul 60-65 per cento del campione dei cittadini, che si sottopongono a questa vaccinazione importantissima per il periodo che stiamo vivendo. Con la messa a disposizione delle farmacie per le vaccinazioni dei cittadini

siamo arrivati all'85 per cento. Quindi c'è stato un salto notevolissimo in avanti. È su questo accesso e su queste formule che bisogna anche muoversi, perché questi argomenti sono di una sensibilità e di un'importanza tale che non permettono ulteriori deroghe e ulteriori distrazioni. In termini di registro, di *dossier* farmaceutico, denunciando in maniera molto aperta l'inattuazione e non riusciamo a comprendere per quale ragione le strutture sanitarie, che giustamente, in base all'articolo 50 hanno a disposizione tutti i dati per quanto concerne la spesa farmaceutica, non hanno i dati sotto il profilo sanitario, che dovrebbero essere inseriti all'interno del *dossier* farmaceutico. Siamo convinti che si possa andare incontro in maniera molto rapida all'attuazione di questo *dossier* farmaceutico, così come siamo disponibili a proseguire ogni collaborazione con la Ragioneria Generale dello Stato e la Sogei (Società Generale d'Informatica) per attuare il registro farmaceutico nella maniera più funzionale.

Passo ad affrontare la questione della ricetta dei dematerializzati, avvicinandomi alla conclusione. Per quanto riguarda il funzionamento, negli ultimi periodi, la pandemia ha di fatto messo in crisi questo sistema. Noi riteniamo che si possa estendere ai farmaci di Fascia C, agli stupefacenti e all'ossigeno gassoso. Noi riteniamo anche che la ricetta elettronica debba essere utilizzata per i farmaci in DPC (dispensazione per conto), ma anche in distribuzione diretta. Noi siamo convinti che la distribuzione diretta, fatta attraverso anche le farmacie, soprattutto per quei farmaci dove è necessario e dove è possibile, che si danno in farmacia e che rientrano nella presa in carico del paziente e quindi nell'osservazione dell'aderenza del farmaco sul paziente, debbano essere ben strutturati e modificati rispetto alla legge n. 405 del 2011. Siamo anche perfettamente consapevoli che in molte farmacie la ricetta dematerializzata, come per esempio nel Lazio, subisce alcuni ritardi, così come pensiamo e auspichiamo che per favorire l'accesso e quindi semplificare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini ci

siano delle regole univoche, omogenee e uguali su tutto il territorio nazionale. La sanità ha bisogno di una nuova *governance*. Abbiamo bisogno di investimenti per migliorare l'appropriatezza degli atti professionali e dell'assunzione dei farmaci. Si stima che circa il 50 per cento dei farmaci sia utilizzato in maniera impropria con un costo a livello europeo di 130 miliardi di euro. La percentuale di mancanza di aderenza alle prescrizioni mediche sale al 70 per cento dal 50, se viene riferita (sono dati significativi, importanti) a pazienti in età avanzata. Non è possibile avere questi sprechi e quindi non controllare, non verificare e non attuare una presa in carico adeguata. Il tutto dovrebbe partire attraverso la sperimentazione sulla farmacia dei servizi, che dovrà trovare realizzazione anche attraverso la riorganizzazione delle cure primarie. Dovrà trovare realizzazione, individuando nella semplificazione delle procedure un accesso facile e agevolato per tutti i cittadini. Le vicende di questi giorni hanno dimostrato che è necessario unire le forze, le professioni sanitarie, perché solo unendo le professioni sanitarie si possono dare delle risposte concrete e rispondere anche a delle tristi e insopportabili pandemie. Grazie per l'ascolto, siamo a disposizione io e il vicepresidente Schito, per rispondere a qualsiasi domanda.

PRESIDENTE. Grazie a lei, dottor Gizzi. Ora, per chiudere il giro delle relazioni, darei la parola al Segretario nazionale di Federfarma, dottor Tobia.

ROBERTO TOBIA, *segretario nazionale di Federfarma.* Grazie, presidente. Grazie a tutti gli onorevoli parlamentari che fanno parte della Commissione per questa possibilità di rappresentare le istanze della nostra federazione nazionale Federfarma, che mette insieme le quasi 19.000 farmacie operanti sul territorio, capillarmente distribuite sul tutto il territorio nazionale, nelle quali operano più di 65.000 farmacisti. Lo fanno senza distinzione di latitudine e longitudine nei centri rurali, nei comuni più piccoli, nei comuni montani, come nelle isole minori. È un ruolo che garantisce la

dispensazione dei farmaci, ma non solo, anche tutti quei servizi sanitari nonché di consulenza sanitaria, di informazione e di assicurazione nei confronti dei cittadini. Un ruolo che, ancor più in questa fase di grave emergenza sanitaria che ha colpito il Paese e non solo il Paese, ma tutto il mondo, è venuto fuori con forza, con prepotenza, evidenziando con chiarezza il ruolo che la farmacia ha sul territorio. Le farmacie italiane sono tutte convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale – rappresentandone una punta di diamante, rappresentando la porta di ingresso del cittadino nel mondo della salute – e sono tra loro tutte collegate in rete. Proprio queste caratteristiche hanno permesso alla farmacia italiana, in occasione di questa tristissima emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del Covid-19 di dare risposte mirate, di dare risposte certe, di farlo con efficienza ed efficacia al bisogno della popolazione, sia in termini di erogazione di farmaci, sia nel rifornimento di altri prodotti (uno su tutti le ormai « famigerate » mascherine chirurgiche), sia in termini di orientamento e supporto ai cittadini rispetto al timore che questi hanno avuto nell'accedere ad altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Questo, grazie anche al fatto che le farmacie sul territorio sono rimaste sempre aperte. Lo hanno fatto da sempre, ampliando addirittura gli orari di apertura delle zone rosse sin dal primo momento. Hanno messo a disposizione la propria rete con dedizione e professionalità per essere vicine al cittadino e hanno attivato in maniera attenta e precisa servizi di consegna domiciliare gratuita ai soggetti che non potevano uscire da casa, soprattutto nelle zone rosse, non solo dei farmaci, anche nella dispensazione dell'ossigeno, che è stato fondamentale nell'emergenza sanitaria, soprattutto nelle province che sono state più direttamente coinvolte in Lombardia e in Veneto. Quindi, hanno sicuramente rappresentato un punto di riferimento non solo per il cittadino, ma per l'intero sistema sanitario nazionale. Proprio grazie alla capillarità, alla informatizzazione del sistema delle reti della farmacia italiana e alla professionalità dei far-

macisti che vi operano è stato possibile introdurre alcune novità che ritengo essere sicuramente importanti in termini di semplificazione, che sono state tutte volte ad agevolare i cittadini, riducendone sicuramente gli spostamenti in un momento nel quale i cittadini erano costretti al *lockdown* e quindi si trovavano nella impossibilità di recarsi in farmacia. Si tratta principalmente della dematerializzazione completa delle ricette del Servizio Sanitario Nazionale che consente ai cittadini di presentare in farmacia solo il numero della ricetta elettronica che è trasmesso dal medico al cittadino tramite una *mail*, tramite il proprio cellulare, insieme al codice fiscale, che permette di ritirare i farmaci di cui ha normalmente bisogno, senza doversi recare presso il medico stesso per ritirare il promemoria cartaceo. Ovviamente questa è una grande innovazione che non deve portare a una dematerializzazione del rapporto tra il cittadino da una parte e il medico dall'altra, ma ha solamente la valenza di evitare gli assembramenti negli ambulatori di medicina generale e agevolare la richiesta soprattutto delle prescrizioni abituali, quelle che sono indirizzate ai cronici, che, chiaramente, attraverso questo sistema, possono arrivare in farmacia a ritirare il proprio farmaco. In prospettiva, è chiaro che l'introduzione definitiva totale nel Titolo V del Fascicolo Sanitario Elettronico, che purtroppo non è accessibile in ugual maniera in tutte le regioni, e l'applicazione del correlato dossier farmaceutico rappresentano sicuramente una nuova frontiera attraverso la quale le farmacie potranno inserire un rapporto di collegamento paritario tra il medico di medicina generale, lo specialista, il territorio del quale la farmacia fa parte e tutte le informazioni sui farmaci e non solo sui farmaci, ma su tutti quei prodotti per la salute che sono assunti dal cittadino (molto spesso integratori, prodotti erboristici e nutraceutici, prodotti che in alcuni casi influiscono sullo stato di salute del cittadino); questo è stato previsto per permettere un più attento monitoraggio delle terapie da parte della farmacia a supporto di quella che è l'attività del medico di medicina generale, consen-

tendo quindi di svolgere un'attività di verifica della corretta e regolare assunzione dei farmaci da parte dei pazienti. È quindi fondamentale che si attivi in maniera tempestiva il Fascicolo Sanitario Elettronico e il mio riferimento al Titolo V non era assolutamente casuale, perché purtroppo molto spesso in alcune regioni questo è già realtà, in altre ancora siamo alle fasi embrionali. Non è corretto né tantomeno giusto che un cittadino siciliano non abbia gli stessi diritti in ambito sanitario, in ambito di tutela della salute rispetto a un cittadino della Val d'Aosta piuttosto che del Trentino Alto Adige. Quindi è importantissimo che questo passo venga fatto e che venga fatto al più presto. A questo proposito bisogna segnalare in maniera chiara quella che è l'attività, già peraltro cominciata, della farmacia dei servizi che, in fase sperimentale a seguito del finanziamento stabilito nella legge di bilancio del 2008, integrata successivamente dalla legge di bilancio del 2020, è al momento sospesa a causa dell'emergenza sanitaria che prevede tra i servizi da sperimentare in regime di servizio internazionale in farmacia l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. È chiaro che l'attivazione è soltanto il primo passo. È necessario mettere tempestivamente in contatto e in collegamento tutti gli operatori sanitari, farmacie incluse, al fine di implementare il Fascicolo Sanitario Elettronico con i dati relativi. Questo è un passo sicuramente importante, perché la sinergia tra questi presidi, quello del medico di medicina generale presente sul territorio e la farmacia stessa, è fondamentale per creare una rete di protezione che sia una rete di protezione a favore non del sistema, ma del cittadino, in particolare di tutti quei soggetti fragili che sono più a rischio sicuramente rispetto ad altri. Quindi questo scambio di informazioni è fondamentale, affinché si possa procedere in questa direzione in termini celeri. Un'altra innovazione che è stata purtroppo introdotta sull'onda dell'emergenza sanitaria che tutti noi avremmo voluto scongiurare riguarda il trasferimento della dispensazione di alcuni farmaci precedentemente erogati in distribuzione diretta — quindi attraverso le strut-

ture sanitarie pubbliche — che è già avvenuto in varie realtà locali proprio per ridurre gli spostamenti dei cittadini che malvolentieri si recavano presso l'ospedale per paura di contrarre il Covid-19. Questa soluzione di spostare la dispensazione di farmaci, dispensati in diretta e in distribuzione per conto, ha permesso di fatto ai cittadini di trovare i medicinali necessari alla loro terapia direttamente nella farmacia sotto casa, che si trova in prossimità della loro abitazione, anziché doversi sottoporre a lunghi e costosi spostamenti, costosi non soltanto molto spesso dal punto di vista economico per il cittadino, ma anche dal punto di vista sociale. In precedenza, prima della emergenza sanitaria, erano tanti i cittadini che, dovendo accompagnare un parente, un familiare, a ritirare un farmaco presso la struttura ospedaliera, dovevano ottenere un giorno di permesso, un giorno di ferie, con costi sicuramente occulti, ma che sono costi sociali, che in ogni caso il sistema e lo Stato pagano nella stessa misura. Quindi questa modalità che nell'emergenza ha permesso la dispensazione attraverso le farmacie sotto casa — ma non in tutte le regioni, solo in alcune, (qui il mio riferimento al Titolo V è costante) — purtroppo mette il cittadino in situazioni diverse a seconda della latitudine rispetto alla quale vive; senza contare che la farmacia è sempre aperta 365 giorni l'anno, ventiquattro ore al giorno — il sistema dei turni permette una dispensazione continua sul territorio — mentre le farmacie ospedaliere hanno, oltre al problema della lontananza dal domicilio, la possibilità di essere aperte soltanto in orari limitati. Quest'ultima, in particolare, è un'innovazione importante, perché consente alla farmacia di svolgere meglio il proprio ruolo di struttura deputata alla dispensazione professionale, sicura e controllata dei farmaci e di attivare le procedure necessarie per un migliore utilizzo dei farmaci da parte dei cittadini; quindi a questo va unita l'aderenza alla terapia, cioè quella aderenza alle indicazioni, in termini di tempi e modalità di assunzione del farmaco stesso, nel quale il farmacista può svolgere un ruolo proprio per la sua presenza e il suo contatto con-

tinuo con i cittadini. Da anni Federfarma chiede con forza che tutti i farmaci e tutti i medicinali che non necessitano di particolari cautele in fase di somministrazione siano affidati senza indugi ai medici di medicina generale e alla dispensazione da parte delle farmacie piuttosto che alla prescrizione e alla distribuzione da parte delle strutture ospedaliere e delle ASL (Azienda Sanitaria Locale). Questa emergenza sanitaria ha reso ancor più evidente e forte la necessità di alleggerire le attività poste a carico di queste strutture, trasferendole al territorio, per tutte quelle prestazioni e per tutti quei servizi che servono e che possono essere erogati da presidi come la farmacia, che sono sicuramente vicini al cittadino. Quindi, in un concetto più ampio, è necessario cogliere questa opportunità, dataci purtroppo dall'emergenza sanitaria, in relazione a questa nuova consapevolezza riguardo a una maggiore territorializzazione dell'assistenza per procedere al trasferimento urgente delle prescrizioni da parte del medico di famiglia e del medico di medicina generale e alla dispensazione da parte delle farmacie del maggior numero di medicinali possibile, fatta eccezione ovviamente per tutti quei farmaci che richiedono particolari attenzioni da parte della struttura ospedaliera in fase di somministrazione o specifici controlli da parte del medico. Affidare alle farmacie questo servizio significa aumentare la possibilità di monitorare l'aderenza e ridurre di conseguenza anche gli sprechi. Infatti, succede da tempo, da sempre, che le ASL, per evitare che il cittadino debba recarsi con maggiore frequenza — e oggi il tema è di assoluta attualità — presso la struttura pubblica per ritirare questi farmaci consegnino ogni volta notevoli quantitativi di farmaci che sono sufficienti molto spesso a coprire diversi mesi di terapia. Ciò comporta due tipi di conseguenze che sono conseguenze logiche, conseguenze chiare che viviamo sulla pelle dei cittadini che arrivano in farmacia a chiedersi il perché di certe attività. Il paziente non viene controllato regolarmente e non ha quindi modo di confrontarsi con una figura professionale, quale è il farmacista in farmacia, sul cor-

retto uso dei farmaci o per segnalare eventuali difficoltà nell'assunzione o particolari effetti indesiderati, che potrebbero essere segnalati attraverso la farmacia.

Inoltre, se il paziente dovrà sospendere la terapia per una motivazione terza — perché è stato segnalato un effetto collaterale o perché il medico stesso, lo specialista, ha cambiato la terapia — questi grandi quantitativi di farmaci che vengono consegnati ai cittadini, restano di fatto inutilizzati e quindi vanno sprecati, apportando un notevole danno in termini anche economici all'erario, quindi allo Stato e a tutta la collettività. In questa fase, che è sicuramente una fase drammatica del nostro Paese (speriamo di uscirne al più presto dal punto di vista sanitario, ma anche economico) è evidente che il sistema non può permettersi questo genere di disfunzioni, che hanno un costo elevato. Deve assumersi necessariamente la responsabilità di attivare una serie di meccanismi per ottimizzare l'uso delle risorse — non solo economiche — ma anche per ottimizzare la possibilità per i pazienti di essere seguiti e curati con più attenzione. Quindi, le farmacie sono pienamente a disposizione, lo diceva prima il dottor Venanzio, parlando delle farmacie comunali, per concordare con le regioni le modalità di erogazione dei medicinali che possono essere trasferiti sul territorio. A questo proposito va ricordato che già oggi in tutte le regioni d'Italia sono applicati accordi regionali che regolano il rapporto tra le farmacie e le amministrazioni regionali stesse e tutte le Federfarma regionali per disciplinare in maniera attenta e precisa l'erogazione in farmacia dei farmaci che vengono acquistati dalle ASL e distribuiti per conto, la cosiddetta « distribuzione per conto » che sicuramente conoscete. Tutti questi accordi possono essere alla base di un possibile e necessario ampliamento della gamma dei farmaci che possono essere reperibili presso la farmacia sotto casa, ovvero da queste consegnati direttamente nel caso di necessità al domicilio del paziente, in caso dei soggetti a cui facevo riferimento prima (soggetti fragili, soggetti assistiti a casa).

Altra possibilità di semplificazione viene data dalla emergenza del Covid-19 che ha fatto emergere in maniera assolutamente chiara la necessità di procedere in maniera rapida e sintetica a una serie di semplificazioni anche in campo sanitario per rendere più agevole l'accesso da parte dei cittadini alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. Faccio riferimento a una serie di attività, che la farmacia ha svolto su questo fronte e vuole continuare a svolgere con l'attenzione che ha sempre posto nei confronti del cittadino. Faccio riferimento alle campagne di prevenzione ed educazione sanitaria per informare la popolazione e indirizzarla verso comportamenti e stili di vita che sono stati già in questa occasione posti all'attenzione dei cittadini, che hanno trovato una farmacia sempre aperta sul territorio, in situazioni di emergenza totale in cui gli stessi operatori delle farmacie, i farmacisti titolari, i nostri collaboratori, si sono trovati ad operare senza la disponibilità dei dispositivi di protezione individuale, mettendo a repentaglio la loro stessa salute. Purtroppo sono quindici i farmacisti che hanno perso la vita nello svolgimento del proprio lavoro e migliaia quelli che sono stati contagiati dal Covid-19. Un'altra disponibilità da parte della farmacia è quella di effettuare i test diagnostici e gli *screening* per l'individuazione precoce dell'insorgenza di patologie di forte impatto sociale, Covid-19 chiaramente *in primis*, ma non solo, anche tutte quelle forme croniche dal diabete all'ipertensione che non ci dimentichiamo — in questo momento l'attenzione viene spostata più sull'emergenza Covid-19 — perché sono poi alla base del lavoro dei medici di medicina generale. La cronicità impegna il 70 per cento circa dei pazienti e dei medici di medicina generale e quindi di conseguenza delle farmacie, sulle quali chiaramente non possiamo abbassare la guardia. Un'altra possibilità è quella della erogazione di prestazioni di telemedicina, di telemonitoraggio. Già in Italia, attraverso l'accordo che è stato stipulato tra una società specializzata nel settore, l'HTN, e la Promofarma, Federfarma, che consente al cittadino di effettuare, tramite la farmacia, l'elettrocar-

diogramma piuttosto che l'holter pressorio e cardiaco, sono quasi 5.000 le farmacie che svolgono questo servizio ormai da tempo, fornendo, attraverso la telerefertazione che avviene in pochi minuti, un risultato chiaro, immediato. Questo ha permesso di salvare tantissime vite umane. Abbiamo letto dalle cronache sanitarie quanti soggetti, in particolari aree, dove non è presente una struttura sanitaria, attraverso la farmacia, attraverso l'intervento del 118, attraverso una refertazione rapida del proprio elettrocardiogramma — con un infarto in corso — si sono salvati. Quindi anche questa è una possibilità utile che permette ai cittadini di ridurre gli spostamenti verso il centro sanitario. Questa evidenza della farmacia è un'innovazione fondamentale, importante, che consente alla farmacia di svolgere meglio sicuramente il proprio ruolo di struttura deputata alla dispensazione professionale sicura e controllata dei farmaci e di attivare tutte quelle procedure necessarie per migliorare l'utilizzo dei farmaci (faccio ancora un riferimento all'aderenza), consentendo ai medici di avere informazione in tempi rapidi, direi immediati, dell'assunzione dei farmaci, migliorando quindi l'aderenza alla terapia da parte del cittadino. Direi che questa emergenza sanitaria va vista anche nell'ottica delle campagne vaccinali — come diceva giustamente prima il dottor Le Pera — perché ci troveremo di fronte a un'emergenza nella quale l'intera popolazione avrà una richiesta sicuramente molto più alta rispetto agli anni precedenti della vaccinazione antinfluenzale, in un periodo nel quale purtroppo saranno sovrapposte due emergenze: l'emergenza di ogni anno, che è quella di vaccinare il maggior numero di cittadini per evitare gli effetti collaterali dell'influenza stagionale, e un potenziale, possibile, non chiaramente auspicabile, ritorno del Covid-19.

È quindi fondamentale che a supporto, in piena sinergia, dell'attività dei medici di medicina generale, la farmacia possa svolgere il proprio ruolo, permettendo l'effettuazione di vaccinazioni in farmacia, in particolar modo a tutti quei soggetti che non appartengono alle categorie che hanno

diritto alla vaccinazione gratuita: gli ultrasessantacinquenni, gli anziani, i pazienti cronici, i pazienti fragili. Come disposto già negli anni precedenti, quest'anno si parla di anticipazione e ampliamento agli ultrasessantenni e non agli ultrasessantacinquenni della vaccinazione antinfluenzale. Sicuramente alleggerirebbe in maniera importante l'attività dei medici e la pressione sui medici di medicina generale, che in un breve periodo di tempo, da settembre a fine ottobre, dovrebbero svolgere una attività frenetica di vaccinazione. L'attività svolta dal farmacista in farmacia garantirebbe un significativo aumento delle coperture vaccinali, un'attività che oggi il farmacista non può svolgere in farmacia, ma che, vista l'emergenza, attraverso la formazione all'innocuo del vaccino antinfluenzale, previa attività di anamnesi da parte del medico di medicina generale, potrebbe porre, come succede in diversi Paesi d'Europa, la farmacia e il farmacista in farmacia a supporto dell'attività del medico di medicina generale. Voglio ricordare a me stesso i dati che ci arrivano da Paesi nei quali la vaccinazione antinfluenzale è svolta dal farmacista in farmacia, dove, tramite questa attività, la copertura vaccinale è aumentata (come in Irlanda dell'83 per cento, in Spagna del 50 per cento). Quindi, in un momento di emergenza credo che sia fondamentale porsi una domanda e soprattutto darsi una risposta, penso positiva, a questa possibilità che la farmacia offre al Servizio Sanitario Nazionale.

È chiaro che tutte le considerazioni che ho svolto in questo mio intervento danno la possibilità di un potenziamento del servizio che le farmacie vogliono offrire al cittadino, ma tutto questo richiede chiaramente un investimento sia in termini professionali — formazione, specializzazione del farmacista, costante aggiornamento, che già avviene attraverso la formazione continua, ma che in questo momento emergenziale ha bisogno di ulteriori specificità — sia in termini di organizzazione della farmacia, ma anche in termini economici. Vanno allestiti spazi dedicati, migliorati i collegamenti Internet in termini di velocità, va assicurata la dotazione di apparecchiature

e la messa a disposizione di programmi informatici adeguati. Le disponibilità dei fondi per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, che sono in essere — al di là del MES (Meccanismo Europeo di Stabilità), della sanità o di quello che potrà essere deciso dal Governo nei prossimi giorni — deve essere l'occasione, a mio avviso assolutamente imperdibile, per destinare risorse che siano adeguate al rafforzamento del ruolo dei presidi chiave sul territorio (medici di Medicina Generale da una parte e farmacie dall'altra). Vi ringrazio per la vostra attenzione. Sono disponibile a rispondere a eventuali domande.

PRESIDENTE. Grazie a lei dottor Tobia. Do la parola ai deputati o senatori che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

MASSIMILIANO DE TOMA (MISTO)
Buongiorno, presidente e buongiorno a tutti gli auditi. Più che delle domande, vorrei svolgere una sintetica considerazione che rivolgo a tutti coloro che ci ascoltano. Noi siamo arrivati ormai alla conclusione di queste audizioni, manca molto poco e con le vostre arriviamo al nocciolo centrale, che è rappresentato dalla elaborazione di un documento conclusivo che indichi una strada, che effettivamente è quella della semplificazione in termini sanitari. Ovviamente, ho sentito parlare di ottimizzazione delle risorse; anche questo è un aspetto fondamentale, anche perché le stesse risorse in sanità — anche se poi vedremo più avanti nelle prossime settimane quello che accadrà con i vari fondi — devono essere utilizzate proprio per cercare di dare risposte concrete al paziente/cittadino. Tutto questo percorso lo abbiamo iniziato molto prima, quando della pandemia neanche ne sapevamo qualcosa e tutto quello che oggi è successo non farà altro che offrire nuovi spunti in vista di una risposta concreta. Sicuramente, la digitalizzazione, attraverso quello che già esiste o migliorando quello che esiste — secondo me è il punto centrale e focale di questa nostra iniziativa. Mi fa piacere sentire da parte vostra, come le farmacie siano ormai un presidio, un vero

front office. Io sono di Roma e, mi accorgo di come molte farmacie negli anni si siano anche ampliate, fornendo servizi diversi e vendita di prodotti diversi; venendo incontro alla sanità pubblica, trovo che sia doveroso cercare di dare un indirizzo in questa direzione. Magari mi permetto di suggerire, visto che si parlava di farmacie, anche il sistema delle ortopedie; ma questo lo dico non tanto per il tema farmaci (siamo pienamente d'accordo che deve essere tutela della farmacia stessa a poterli erogare). Mi riferisco al mondo della disabilità, visto che è un'altra delle situazioni dei pazienti in generale, sapendo delle difficoltà incontrate per poter avere quei servizi, costretti a volte ad andare in questa o in quella struttura. Quindi, la digitalizzazione, per quanto concerne l'aspetto sanitario dal mio punto di vista, e credo dal punto di vista di quello di tutta la Commissione, sia fondamentale. Apprezzo quanto ci avete detto, perché vi posso confermare che dall'inizio, da quando abbiamo iniziato questo percorso, era ben chiaro da parte nostra (poi il presidente Stumpo potrà confermare ciò che sto dicendo) di come sia fondamentale rivedere il sistema sanitario in generale, partendo da un'esperienza come questa.

VENANZIO GIZZI, *presidente di Assofarm*. Ringrazio per l'ultimo intervento, così come ringrazio per l'interessante momento di dibattito e di colloquio. Noi siamo completamente a disposizione. Sappiamo i sacrifici e sappiamo della mancanza di risorse di cui abbiamo sofferto, con tutto il depauperamento che le farmacie hanno subito. Noi di Assofarm abbiamo più volte richiesto un'attenzione proprio nella direzione auspicata adesso dall'onorevole che abbiamo appena avuto modo di ascoltare — per digitalizzare, per informatizzare, per tecnologizzare le nostre farmacie. Siamo a disposizione. Nel documento abbiamo accennato ad alcuni passaggi. Con la segreteria generale, con il dottor Schito possiamo recepire ogni sollecitazione e ogni contributo in merito per arrivare — per quello che possiamo con tutta la nostra onestà intellettuale — a creare il presupposto per un sistema digitalizzato, per un

sistema omogeneo di accesso da parte dei cittadini su tutto il territorio nazionale. Assofarm è a disposizione con il suo segretario generale Francesco Schito e con tutti gli organi preposti per lavorare in questa direzione.

PRESIDENTE. Naturalmente vi ringrazio per le relazioni e vi chiedo formalmente di poter mettere a disposizione della Commissione quelle che ci avete inviato, in modo tale da disporre di tutto il materiale, che era più ampio delle relazioni; per cui vi ringrazio anche per aver cercato di sintetizzarle. Io vorrei soltanto svolgere poche riflessioni, perché, come diceva l'onorevole De Toma, abbiamo iniziato in questa nostra Commissione questo lavoro ben prima che emergesse la pandemia del Covid-19, che ha messo in luce molti dei problemi che prima venivano paventati, detti a mezze parole, senza che nessuno avesse avuto il coraggio di parlarne fino in fondo. Mi riferisco alla digitalizzazione, per esempio, come modello, non di controllo, ma di opportunità per i cittadini, per gli operatori, per tutti. Mi riferisco anche al sistema della territorializzazione, della presenza sul territorio della medicina, che passa attraverso le funzioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, delle farmacie, ma anche di quello che c'è intorno all'ospedalizzazione, che io penso debba essere rafforzata per impedire l'ingolfamento degli ospedali, che, come si è visto, possono essere luoghi pericolosissimi in momenti come questi, se vengono ingolfati per questioni che potrebbero essere invece gestite meglio altrove. È chiaro che c'è bisogno di ragionare, come si fa in questi casi, mettendo insieme un sistema nuovo. Io penso al lavoro. Mi sembra che sia stato detto nella prima relazione, quella del dottor Le Pera. Noi siamo passati alla decolorazione della ricetta, ma spero che si possa arrivare davvero alla dematerializzazione, perché uno dei problemi che era legato alla vicenda era poi la fustella da dover attaccare, pinzare o attaccare alla ricetta. Che sia rossa o bianca cambia poco, cioè il cittadino non fa differenza in base al colore della ricetta. Il punto è creare un sistema unico nazionale, nel quale, attra-

verso un modello — noi l'abbiamo, è la tessera sanitaria — un cittadino possa recarsi, con la sua tessera sanitaria, in qualsiasi farmacia, dal momento che il medico di base ha immesso in un sistema quella ricetta e attraverso la tessera sanitaria, in qualsiasi posto, il cittadino ha diritto a poter ritirare quanto gli è stato prescritto. Quello inizia a diventare un sistema che toglie i cittadini dalla fila per il medico. Sappiamo bene che c'è bisogno di altro. Però voi avete parlato, della teleassistenza. C'è tutto un mondo che deve essere costruito per semplificare questi rapporti e credo che davvero in questa fase uno degli investimenti — che io considero un investimento e non una spesa per il nostro Paese — sarà costruire delle reti informatiche capaci di gestire, semplificare e dare diritti immediati ai cittadini. Parlo di semplificare la vita dei medici di medicina generale, alle farmacie, perché possano stare nelle norme e avere anche un controllo rispetto alla spesa, perché se ogni informazione passa e viene classificata in un sistema informatico, tutto rimane lecito e chiaro. Questo io

credo che debba essere l'impegno. In questa Commissione, di cui io sono fiero di essere il presidente, in questa fase, abbiamo tolto i colori di appartenenza. Siamo una Commissione parlamentare *tout court* dove nessuno chiede all'altro parlamentare a quale gruppo è iscritto. Stiamo lavorando in perfetta simbiosi e vorremmo farlo anche con voi, anche in prossimità della scrittura del documento conclusivo, con questo atteggiamento di utilità verso il Paese. Per questo vi ringrazio per le vostre relazioni. Chiedo nuovamente la vostra disponibilità a rispondere ad eventuali domande trasmesse per iscritto, in considerazione del fatto che alcuni parlamentari non hanno potuto partecipare a questa seduta, alcuni hanno seguito i lavori in diretta sulla *web-tv*, altri potranno farlo nei prossimi giorni. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 11.55.

*Licenziato per la stampa
il 23 luglio 2020*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



18STC0105160