

*(I lavori iniziano alle ore 9.33 con l'esame del punto 1) all'o.d.g.,
inerente a "Svolgimento interrogazioni e interpellanze")*

OMISSIS

Interrogazione a risposta indifferibile e urgente n. 138 presentata dai Consiglieri Bono e Bertola, inerente a *"Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale ai sensi dell'intervento 17.2 'Razionalizzazione della spesa territoriale' della DGR n. 25-6992 del 30/12/2013 'Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del disegno legge n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012"*

PRESIDENTE

Esaminiamo l'interrogazione a risposta indifferibile e urgente n. 138.
La parola al Consigliere Bertola per l'illustrazione.

BERTOLA Giorgio

Grazie, Presidente, anche per aver letto tutto il titolo, che è lunghissimo, ma in pratica riassume il contenuto dell'interrogazione.

Parliamo della razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale e delle misure contenute nell'approvazione dei programmi operativi ai sensi del decreto legge n. 95/2012.

Naturalmente siamo nell'ambito del nuovo Patto della Salute del 10 luglio 2014, che parla anche di assistenza farmaceutica e richiede espressamente il rispetto di tetti di spesa programmati. A questo proposito, abbiamo la DGR n. 25-6992 del 30 dicembre 2013 sull'approvazione dei programmi operativi e le DGR conseguenti, fra le quali ad esempio la n. 17-7488 del 23 aprile 2014, che stabilisce che il tetto di spesa programmatico per la farmaceutica territoriale per il 2014 è di 827.843.000 euro.

Con quest'interrogazione chiediamo alla Giunta di sapere:

- a quanto ammonta il *service free* comprensivo di IVA (2013 e previsionale 2014) di tutta la DPC del Piemonte e per quale motivo non è indicato nella delibera che abbiamo citato;
- a quanto ammonterebbe il totale del *service free* se la quota di spettanza fosse livellata su un prezzo più basso, come avviene in Toscana (4,5 euro invece degli attuali 5,5 per farmacie urbane, 6,73 per le farmacie rurali e 7,68 per le piccole farmacie);
- le motivazioni delle disparità tra ASL relative alla spesa farmaceutica pro capite;
- il calcolo attraverso il quale è stato definito come *benchmark* regionale per la spesa farmaceutica la cifra di 185 euro e non i 176 euro nazionali.

PRESIDENTE

Mi scusi, Consigliere, se la interrompo.

Mi rivolgo ai colleghi che sostano in piedi: siete pregati di prendere posto e soprattutto di fare silenzio.

Continui pure, Consigliere Bertola.

BERTOLA Giorgio

Dicevamo:

- quali sono gli obiettivi di spesa farmaceutica territoriale pro capite per i prossimi anni e quali azioni si intendono intraprendere per i responsabili dei Distretti sanitari che non dovessero raggiungere gli obiettivi prefissati;
- se è previsto l'allungamento del periodo di distribuzione diretta per tutto il periodo di cura. Attualmente infatti tale servizio è previsto da una delibera di Giunta regionale per un massimo di sette giorni;
- l'ammontare complessivo della spesa farmaceutica a favore delle RSA e se è prevista qualche azione per implementare la distribuzione diretta di farmaci in tali strutture, come ci risulta accadere già in alcune ASR.

PRESIDENTE

La parola all'Assessore Saitta per la risposta.

SAITTA Antonio, Assessore alla sanità

Grazie, Presidente.

Le questioni sollevate nell'interrogazione sono sicuramente di grande interesse da parte nostra, che abbiamo la responsabilità del governo. Io darò delle risposte puntuali in ordine alle questioni che sono state sollevate, ma volentieri - se la Commissione e se i colleghi lo riterranno utile - proporrei un ulteriore approfondimento perché, oltre a quelli che erano già stati forniti, disponiamo di dati aggiornati sulla farmaceutica per quanto riguarda il periodo più recente, che ci permettono di fare una valutazione più precisa. Ovviamente, quando lo si riterrà opportuno.

In ordine alle questioni sollevate, in effetti parliamo dei programmi operativi. Il *service free*, nell'ambito della spesa di distribuzione in nome e per conto DPC - come giustamente è stato richiamato - non viene considerato nella delibera regionale n. 17-7488 del 23 aprile 2014, in quanto trattasi di servizio reso da farmacisti convenzionati e non spesa per farmaci. La differenza è questa.

Il costo del *service free* - e in Commissione possiamo anche fornire il dettaglio - per l'anno 2013 è pari a 11.484.084 euro e il previsionale del 2014 è di 16.376.873 euro. Il costo è in aumento, per essere precisi, in quanto molti farmaci di nuova immissione in commercio sono stati classificati da AIFA nella fascia A-PHE, cioè nel prontuario ospedaliero territoriale e quindi oggetto di modalità distributive per conto.

La motivazione della disparità della spesa farmaceutica territoriale pro capite è dovuta essenzialmente al contesto urbano o rurale, cioè alle condizioni socio-economiche e ai servizi offerti sul territorio (di questo ne abbiamo parlato già in Commissione, quando abbiamo portato i primi dati). Com'è noto, un residente in una grande città ha un'offerta assai superiore di servizi, anche sanitari, rispetto a un cittadino residente in contesti rurali. Risulta molto diverso il contesto sociale e un raffronto del contesto di grandi città rispetto a un contesto rurale non può essere fatto: infatti, le condizioni economico-sociali dei residenti in città portano a un consumo superiore, anche di farmaci, rispetto a piccole realtà urbane. Questo è un dato abbastanza diffuso.

Le differenze enormi nel contesto sociale sono già state evidenziate da studi epidemiologici effettuati anche all'interno di una grande città tra quartieri diversi (cambia anche all'interno dei quartieri): molti farmaci, ad esempio, sono poco costosi per particolari patologie molto diffuse come il diabete e l'ipertensione e, pertanto, facilmente acquistabili da soggetti economicamente più agiati, mentre nelle zone più povere anche i farmaci poco costosi ricadono sul servizio sanitario. Questo spiega tali diversità.

Per quanto riguarda invece il target regionale pro capite (189,26) della spesa farmaceutica territoriale, il medesimo è stato stabilito più elevato rispetto al nazionale, che è 176, in quanto altrimenti l'obiettivo di contenimento sarebbe stato irrealizzabile per la situazione di partenza della spesa farmaceutica pro capite, che è di 195,84. Quindi il dato nazionale è 176, l'obiettivo fissato è 189 perché il punto di partenza era 195, quindi in quella delibera è stato indicato un obiettivo raggiungibile. Pertanto, i tagli alla spesa farmaceutica non sono stati lineari per le motivazioni sopra dette, gli obiettivi devono essere realizzabili.

Le cause che portano a un trend di aumento costante della spesa farmaceutica sono principalmente: invecchiamento della popolazione; patologie croniche sempre più diffuse; l'immissione in commercio di nuovi farmaci sempre più costosi (questo evidentemente è l'altro elemento che è una novità rispetto a quello che era stato indicato nelle deliberazioni precedenti). Occorre una costante attività di controllo delle prescrizioni e dell'appropriatezza prescrittiva, quindi una comparazione dei costi di terapia, a parità di efficacia e di sicurezza, per il paziente.

Occorre ancora tenere presente che molto spesso le prescrizioni di farmaci da parte dei medici e dei pediatri viene indotta dai medici specialistici ospedalieri e la spesa ricade sul territorio. Qui c'è un problema di stabilire una relazione molto più chiara tra medici di base e pediatri e medici specialistici. Mi pare che recentemente in Commissione il collega Boeti abbia parlato di questo e aveva suggerito una modalità in modo da definire una responsabilità più diretta da parte dei medici specialistici, che ci permette un controllo e si evita ai medici di base di fare soltanto i passacarte.

In ogni caso, i responsabili dei Distretti Sanitari, da sempre, svolgono un'azione di costante controllo con i medici di base, soprattutto controllando i cosiddetti "iperprescrittori", tramite anche la Commissione di appropriatezza prescrittiva prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale, e svolgono programmati incontri con le equipe assistenziali territoriali, in modo da poter verificare perché ci sono iperprescrittori.

Quindi, il sistema in qualche maniera esiste e queste verifiche vengono fatte a livello di distretto.

L'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica dato ai Direttori Generali, diminuendo la spesa farmaceutica territoriale pro capite, come così stabilito nella DGR n. 17, fa sì che gli obiettivi vengono a cascata definiti per i vari livelli dirigenziali.

Quindi, l'obiettivo al Direttore e poi, a cascata, su tutti gli altri.

L'indicazione del periodo di sette giorni per l'erogazione diretta di farmaci in fase di dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'articolo 8 della legge 405/2001, è semplicemente indicativo.

Con l'attuazione del Programma Operativo 2013-2015 viene prevista una implementazione della distribuzione diretta da parte di tutte le ASR.

L'erogazione diretta aziendale di farmaci alle strutture di lungo degenza (RSA) è una disposizione che viene applicata da tutte le ASL, attraverso Accordi che sono stati stipulati tra Aziende e RSA, ed è già prevista nel tempo. Nel 2013 la spesa farmaceutica ammontava a euro 6.217.000 e nei primi nove mesi dell'anno in corso risulta di euro 4.700.000.

C'è un altro aspetto che ho citato molto velocemente e sul quale vorrei dare un'informazione più precisa: è il confronto con la Toscana per quanto riguarda il *service free*, sul quale c'è una domanda precisa.

La differenza con la Toscana, che ha un costo più basso per quanto riguarda il *service free*, sta nel fatto che il nostro costo tiene conto del fatto che c'è una remunerazione sia per il farmacista sia per il grossista, mentre per quanto riguarda la Toscana il passaggio del grossista non c'è, perché hanno un'organizzazione per quanto riguarda la logistica e quindi hanno un costo che fa parte di altri centri di costo.

Pertanto, il confronto è impossibile proprio per questo fatto. La differenza è sostanzialmente questa. Grazie.

PRESIDENTE

Dichiaro chiusa la trattazione delle interrogazioni e interpellanze.

*(Alle ore 10.10 il Presidente dichiara esaurita la trattazione del punto 1) all'o.d.g.,
inerente a "Svolgimento interrogazioni ed interpellanze")*

(La seduta ha inizio alle ore 10.11)