

Roma, 10 Agosto 2012  
GM/2012/549  
Recapitata tramite email

Al Ministro della Salute  
Prof. Renato Balduzzi

[segreteriaministro@sanita.it](mailto:segreteriaministro@sanita.it)

**E p.c.:** Al Presidente FNOMCeO  
Dott. Amedeo Bianco

[presidenza@fnomceo.it](mailto:presidenza@fnomceo.it)

**Oggetto:** Comma 11-bis del decreto-legge n. 95/2012.

Signor Ministro,

Abbiamo già espresso la netta contrarietà della Categoria alla norma in oggetto che appesantisce inutilmente l'esercizio della indispensabile autonomia prescrittiva del medico e che comporta difficoltà interpretative che possono generare conflittualità e contenziosi fra i diversi soggetti del SSN coinvolti nell'assistenza farmaceutica al cittadino, di fatto ostacolandola ed aumentando le probabilità di errore.

Tale norma interviene pesantemente sul complesso e delicato algoritmo che guida la prescrizione di un farmaco nella pratica corretta della medicina generale, che non si basa solo sulla diagnosi della malattia, ma tiene conto di molti fattori dipendenti dalle caratteristiche individuali dell'assistito, dalle sue precedenti esperienze di cura, dalla sua cultura del farmaco e tanto altro ancora. Questi ultimi ambiti sono fondamentali nella costruzione del rapporto fiduciario della medicina di famiglia, strumento, questo, oltretutto indispensabile per la efficacia ed efficienza dei modelli di assistenza primaria che insieme auspichiamo di realizzare.

Dal momento però che la norma diventerà cogente con la prossima pubblicazione sulla G.U., fra l'altro in un periodo di ferie estive che riducono l'efficienza delle comunicazioni, non ritenendo la Vostra circolare del 3/8/2012 né pienamente condivisibile né esaustiva, al fine di consentire una applicabilità della norma, ci corre l'obbligo di evidenziare i diversi aspetti problematici e chiedere alla S.V. di prevedere una fase di verifica applicativa in attesa di una circolare interpretativa e applicativa condivisa con i soggetti che partecipano alla filiera dell'assistenza farmaceutica.

L'obiettivo è evitare che una molteplice e diversificata interpretazione in fase di applicazione dei numerosi punti critici intralci i processi di assistenza al cittadino. Infatti, i medici prescrittori e non, i farmacisti, i servizi farmaceutici di ciascuna Azienda sanitaria, di ciascuna Regione, ognuno con le sue giuste ragioni, ma tendenti ad interessi a volte non omogeneizzabili, potrebbero dare letture diverse con comportamenti anche conflittuali.



Un punto problematico riguarda la definizione temporale di un atto curativo inteso nella sua complessità oltre al caso di “nuovo episodio di patologia non cronica”. Ci sono diversi farmaci, fra i quali per esempio antibiotici, antinfiammatori non steroidei, ecc... che possono essere utilizzati per episodi di malattia non cronica, ma che appartengono all’esperienza dell’assistito e del medico su quello specifico assistito, o per fiducia particolare o per effetti indesiderati anche banali riscontrati o per altri motivi che sarebbe lungo in questa sede analizzare.

Altro aspetto da valutare , nel caso di patologie croniche, è se sia possibile identificare una modalità con cui garantire l'utilizzo di una confezione identica per colore, grafica e altre caratteristiche, onde evitare pericolose confusioni nelle politerapie in pazienti in condizioni di particolare fragilità o deficit cognitivo.

Strettamente collegato al precedente, ma importante anche in caso di malattie croniche, è cosa si debba intendere per “motivazione sintetica” e chi è preposto alla verifica della validità della stessa. La volontà espressa dal cittadino al medico (che molto spesso si esprime nei termini letterali “dottore, mi dica lei cosa è meglio per me, anzi, me lo scriva”) può essere riportata in forma di sintetica motivazione o l’esercizio della volontà l’assistito potrà esprimerla solo davanti al farmacista? E come potrà esercitarla dal momento che non avrà conoscenza completa delle reali alternative fra cui scegliere e di ciò che ciascuna comporta, se non il diverso prezzo da pagare?

Ancora, le norme di Tutela della Privacy, dal momento che l’esperienza della etichetta che maschera il nome sulla ricetta è totalmente fallita, come per altro aveva previsto all’epoca questa Federazione, non sono in conflitto con questa previsione di legge? Dovranno essere adottati codici rappresentativi di una certa gamma di motivazioni sintetiche di maggiore frequenza?

Alla luce di quanto sopra riteniamo opportuno consigliare ai nostri iscritti una modalità operativa, come da documento allegato, che consideriamo conforme alle norme e comunque utilizzabile in un periodo di tolleranza di almeno sessanta giorni, in attesa di una auspicabile condivisa valutazione del Decreto Legge, lasso di tempo questo utile a soppesarne l’impatto assistenziale e ad adeguare correttamente gli applicativi informatici degli studi medici e del Sistema Tessera Sanitaria.

Riteniamo infine indifferibile, così come già proposto dalla FNOMCeO, l’apertura, con la partecipazione di tutti i soggetti interessati, di un tavolo sulla prescrizione farmaceutica, onde affrontare le problematiche emerse nella contingenza e, nel medio termine, pervenire ad un testo unico che regolamenti in modo adeguato la complessa e delicata materia.

Cordiali saluti.

Giacomo Milillo