

Rinnovo dell'Accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private

(ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private reso esecutivo, ai sensi del art. 8, comma 2, del D.Lgs n. 502/92, con il D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 e dell'art. 8 comma a) del D.L. 18.9.2001 n.347 convertito con modificazioni nella L 16.11.2001 n.405 e del DPCM 12.01.2017)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA rappresentata dall'Assessore pro-tempore alla salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, dott.ssa Maria Sandra Telesca

e

Federfarma Friuli Venezia Giulia rappresentata dal Presidente pro tempore dott. Francesco Pascolini

e

ASSOFARM quale rappresentante della federazione delle aziende e dei servizi socio-farmaceutici, comprese le farmacie comunali, rappresentata dal coordinatore pro tempore per la regione Friuli Venezia Giulia sig. Germano Montolli

Premessa

Le farmacie rappresentano un presidio di primo accesso al SSN da parte del cittadino, capillarmente diffuso sul territorio ed il cui ruolo nei percorsi assistenziali si è sempre più consolidato ed ulteriormente ampliato con la possibilità di partecipare ad attività e progetti volti a favorire l'accesso ai servizi e a garantire la tutela della salute.

L'Amministrazione regionale, anche per il tramite degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), intende potenziare l'integrazione delle farmacie nell'ambito del SSR, riconoscendone il ruolo di farmacia dei servizi sia relativamente all'erogazione dei farmaci che di servizi a carattere sanitario e sociosanitario anche ai sensi del D.Lgs n.153/2009, in attuazione dell'art.11 della legge 18 giugno 2009, n.69 (es. distribuzione per conto dei medicinali, consegna a domicilio di farmaci e dispositivi medici, integrazione nell'assistenza domiciliare integrata, adesione a campagne di screening, prenotazioni CUP, ecc.). Tale percorso è stato avviato nel 2014, con l'"*Accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private*", approvato con DGR 1466/2014, e che con il presente accordo si intende ulteriormente consolidare e rafforzare. Si richiama a tal proposito il DPCM 12.01.2017 in tema di "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*" che all'art. 8 prevede espressamente che relativamente alle farmacie convenzionate:

"1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali. Limitatamente ai medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosaggio unitario uguali, la fornitura attraverso le farmacie è assicurata fino alla concorrenza del prezzo più basso fra quelli dei farmaci disponibili nel normale ciclo distributivo regionale; se per tale tipologia di medicinali l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha fissato il prezzo massimo di rimborso ai sensi dell'articolo 11 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e tale prezzo è inferiore al più basso dei prezzi dei medicinali considerati, la fornitura attraverso la farmacia è assicurata fino a concorrenza del prezzo massimo di rimborso.

2. Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'articolo 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto

dai piani regionali socio-sanitari e nei limiti delle risorse rese disponibili in attuazione del citato articolo 11, comma 1, lettera e). ”

Tutte le parti firmatarie riconoscono inoltre il ruolo centrale delle farmacie convenzionate, e in particolare riconoscono l'opportunità di un accordo finalizzato sia al miglioramento dei servizi erogati a favore dei cittadini sia alla sostenibilità economica del SSR.

Inoltre, in considerazione del ruolo essenziale svolto dalle farmacie operanti al servizio della popolazione regionale residente in zone classificate montane e/o in zone classificate depresse e disagiate, le parti firmatarie concordano, anche coinvolgendo i Comuni, di valutare soluzioni incentivanti in favore di tali farmacie che operano spesso in condizioni di criticità gestionali, e che siano di utilità per le persone residenti in tali aree.

Si evidenzia che l'accordo regionale di cui alla DGR 1466/2014 ha disciplinato vari ambiti di attività volti complessivamente a migliorare i servizi erogati a favore dei cittadini e ad "efficientare" la spesa SSR.

Nel periodo di attuazione, le singole attività previste sono state sviluppate e potenziate consentendo un efficientamento della spesa sanitaria, l'ampliamento dei servizi offerti ai cittadini e delle possibilità di accesso alle prestazioni.

I contenuti specifici delle prestazioni contemplate nell'accordo di cui sopra sono stati attuati con tempi di decorrenza diversi, sulla base di esigenze tecnico-organizzative specifiche per le singole attività. Alcuni percorsi, quali la DPC dei farmaci, si sono consolidati raggiungendo livelli di organizzazione soddisfacenti.

In fase di rinnovo dell'Accordo, si è tenuto conto dell'importanza di valutare le ricadute di tale accordo complessivamente, considerando sia gli aspetti legati all'attività di dispensazione dei medicinali e di erogazione dell'assistenza integrativa sia gli aspetti attinenti alle attività e alle progettualità che possono concorrere a migliorare l'assistenza sanitaria regionale.

Il presente accordo, sulle linee tracciate dal precedente, prevede:

Capitolo I: distribuzione per conto dei medicinali (DPC)

Capitolo II: assistenza integrativa ed erogazione a carico del SSR di presidi per persone affette da malattia diabetica

Capitolo III: attività di sportello CUP

Capitolo IV: attività di prevenzione oncologica, screening, campagne vaccinali

Capitolo V: integrazione delle farmacie nell'assistenza e presa in carico dei pazienti

Capitolo VI: ulteriori linee di attività



CAPITOLO I: DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

Art.1. AMBITO DI ATTUAZIONE DELLA DPC

Le parti concordano sulle finalità e i principi della distribuzione per conto, e in particolare:

- 
- facilitare gli utenti nell'accesso ai farmaci della continuità ospedale-territorio sia per la capillarità della rete delle farmacie convenzionate sia per la loro capacità di coprire fasce di orario più ampie rispetto a quelle offerte dalle strutture delle Aziende sanitarie;
 - assicurare livelli di assistenza omogenei sul territorio regionale, anche in relazione alla mobilità dei pazienti;
 - garantire la massima qualità e tempestività nei processi intermedi di fornitura dei medicinali agli assistiti;
 - standardizzare i processi operativi e i contenuti tecnici delle prescrizioni in DPC in relazione alla messa a regime della prescrizione dematerializzata, attualmente in fase di consolidamento;
- 

- programmare la riorganizzazione dell'assetto distributivo dell'assistenza farmaceutica in un contesto di chiara ripartizione dei compiti e delle mansioni delle farmacie convenzionate rispetto a quelle delle Aziende Sanitarie così da riorientare i farmacisti aziendali più ad un ruolo di analisi e controllo epidemiologico-amministrativo, di valutazione tecnologica dei farmaci;
- efficientamento della spesa farmaceutica.

Le Farmacie convenzionate pianificate sul territorio attuano in maniera esclusiva la distribuzione in nome e per conto delle aziende sanitarie, dei medicinali di classe A inclusi nel PHT di cui all'allegato 2 della determinazione AIFA del 29.10.2004 e successive modificazioni e integrazioni, *il cui prezzo al pubblico, se ancora tutelati da copertura brevettuale, o il cui prezzo di riferimento, se a brevetto scaduto, sia maggiore o uguale a € 30,00 (trenta/00 euro).*

Inoltre in relazione ai medicinali riclassificati in A-PHT con determinazione AIFA del 2.11.2010 e successive modifiche e integrazioni, per i quali il medesimo atto prevedeva che *"vanno dispensati attraverso le strutture individuate dalle regioni per una continuità assistenziale tra soggetto prescrittore ed unità dispensatrice del farmaco, tenuto conto delle proprie esigenze organizzative. La modalità operativa della distribuzione scelta dalla regione, ..., non deve costituire aggravio di spesa per il SSN rispetto ai costi attualmente sostenuti dalla regione"* si rappresenta che, successivamente a tale provvedimento, è stata autorizzata l'immissione in commercio di altri medicinali a base di alcuni dei principi attivi di cui alla predetta determinazione AIFA, ricompresi nel PHT, senza indicazioni in merito alle modalità distributive e che potrebbero pertanto essere distribuiti in regime convenzionale con oneri maggiori a carico del SSR. Al fine di evitare tale evenienza, in un'ottica di efficienza per il SSR, laddove i farmaci in questione siano acquistati centralmente da EGAS, il/i farmaci aggiudicato/i si intendono erogabili in DPC da parte di tutte le AAS regionali. Tale elenco è predisposto e periodicamente aggiornato dal gruppo tecnico di cui all'art.10 e sulla base dei medicinali ad oggi autorizzati comprende i medicinali a base dei seguenti principi attivi: micofenolato mofetile; acido ibandronico, bosentan, capecitabina, linezolid, ribavirina, riluzolo, voriconazolo.

Sono inizialmente esclusi dalla DPC:

- i farmaci soggetti al DPR 309/90 e s.m.i.;
- le eparine a basso peso molecolare, ad eccezione di quelle prescritte per le indicazioni rientranti nel PHT ai sensi della determinazione AIFA n. 662 del 16.07.2013, per le quali è assicurata la distribuzione diretta da parte delle aziende sanitarie regionali, anche tramite accordi interaziendali;
- l'ossigeno terapeutico;
- farmaci del PHT il cui prezzo al pubblico, se ancora tutelati da copertura brevettuale, o il cui prezzo di riferimento, se a brevetto scaduto, sia inferiore a € 30,00 (trenta/00 euro);
- i medicinali della nota 65;
- i farmaci, riclassificati in A-PHT con la Determina AIFA del 2 novembre 2010 e s.m.i, a base di principi attivi di cui non è stato successivamente autorizzato l'immissione in commercio di altre specialità medicinali/medicinali equivalenti contenenti le medesime sostanze (vedi precedentemente);
- i farmaci per i quali è prevista la distribuzione diretta in via esclusiva da parte delle Aziende Sanitarie secondo specifiche normative nazionali o regionali (ad es. farmaci con registro AIFA web based)

Le Aziende Sanitarie, anche tramite le altre Aziende del SSR, continueranno a garantire direttamente la fornitura:

- dei medicinali come primo ciclo in seguito a dimissione ospedaliera o dopo visita specialistica ambulatoriale ai sensi dell'art. 8 comma c) del D.L. 347/2001 e dell'art. 9 DPCM 12.01.2017;
- dell'assistenza farmaceutica ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale ai sensi dell'art. 8 comma b) del D.L. 347/2001 e dell'art. 9 del DPCM 12.01.2017;
- dei farmaci nei casi in cui i medici specialisti ritengano che ciò sia parte integrante del percorso terapeutico, anche in considerazione del bene del paziente e della comunità (es. impiego di farmaci antipsicotici in pazienti affetti da forme di schizofrenia grave a rischio di mancata adesione alla terapia);
- qualora non esista valida alternativa terapeutica, dei medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati per i quali siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, qualora per tale indicazione siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa (compresi quelli di cui all'articolo 1, comma 4-bis del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648);
- dei medicinali che per le loro caratteristiche specifiche richiedono particolari modalità di impiego (necessità di somministrazione in ambiti protetti o con la supervisione di personale sanitario come da scheda tecnica; es. farmaci da somministrare in corso di dialisi).

 La distribuzione diretta va privilegiata, almeno in una prima fase, per medicinali caratterizzati da setting di utilizzo molto specialistici, casistiche molto limitate e costi particolarmente elevati (es. farmaci per malattie rare). Per tali farmaci una prima fase a gestione diretta può consentire una migliore valutazione complessiva delle ricadute nella real life. Inoltre il percorso potrà essere riconsiderato nel momento in cui, a seguito di un impiego consolidato, i quantitativi distribuiti aumentassero significativamente o venissero meno le condizioni di cui sopra.

Nel periodo di vigenza dell'accordo, l'elenco dei medicinali erogabili in DPC è integrato automaticamente con i medicinali che l'AIFA inserirà nella lista A-PHT, fatte salve le confezioni di medicinali che ricadano nei casi di esclusione come definiti precedentemente e quelli inseriti in A-PHT a seguito di riclassificazione dalla classe A o dalla classe H. Questi ultimi saranno inseriti in DPC previo accordo tra le parti, prevedendo anche forme differenziate di remunerazione rispetto agli altri medicinali in DPC; nel caso in cui, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della relativa determinazione AIFA, non venga raggiunto un accordo tra le parti, le AAS, in alternativa alla DPC, procedono all'erogazione del medicinale anche in via diretta.

Art. 2. REMUNERAZIONE

Il corrispettivo per il servizio di distribuzione effettuato dalla Farmacia è sempre comprensivo della remunerazione prevista per la distribuzione intermedia ed è riconosciuto per ogni confezione distribuita. Esso rimane fissato in € 6,50 (+ IVA vigente).



Per le Farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, compreso tra 150.000,00 euro e 450.000,00 euro e per le farmacie urbane e rurali con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, compreso tra 150.000,00 euro e 300.000,00 euro il corrispettivo è stabilito in € 7,60 (+ IVA vigente)
Per tutte le farmacie con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 150.000,00 euro il corrispettivo è stabilito in:

- €7,60 (+ IVA vigente) per ogni confezione distribuita avente un prezzo al pubblico/prezzo di riferimento inferiore a € 51,65;
- €10,60 (+ IVA vigente) per ogni confezione distribuita avente un prezzo al pubblico/prezzo di riferimento superiore a € 51,65.

I corrispettivi di cui al presente articolo potranno essere eventualmente rivisti in caso di significative variazioni, accertate dall'ISTAT, dell'indice dei prezzi al consumo verificatesi nell'anno precedente.

Il pagamento dei suddetti oneri di dispensazione relativi alla prestazione di servizio fornito dalle farmacie avverrà in linea con le disposizioni di settore (fattura elettronica) possibilmente contestualmente al pagamento della distinta contabile riepilogativa prevista dal DPR 371/1998.

I rapporti economici tra farmacie e distributori intermedi saranno regolati con apposito formale accordo fra le organizzazioni sindacali delle due categorie.

(Per la definizione di fatturato si rimanda all'art. dall'art. 1, c. 40, della Legge n. 662/96, fatto salvo qualunque aggiornamento normativo sul tema).

ART.3 VALUTAZIONE AVVIO ULTERIORI ATTIVITÀ IN VIA SPERIMENTALE DI EROGAZIONE DI MEDICINALI IN DPC

In via sperimentale e previa verifica di fattibilità, come specificato successivamente, potranno essere considerate ai fini dell'erogazione dei medicinali in DPC anche le seguenti categorie di medicinali:

- clopidogrel 75 mg, 28 compresse;
- quetiapina 25 mg, 30 compresse.

Inoltre, oltre alla verifica di fattibilità, l'effettiva distribuzione in DPC di questi medicinali è comunque subordinata alla verifica delle variazioni dei prezzi, delle nuove immissioni in commercio nonché delle indagini di mercato da parte di EGAS propedeutiche all'avvio delle procedure di approvvigionamento secondo la normativa di riferimento. La sperimentazione dell'erogazione in DPC potrà aver luogo solo ad esito positivo delle procedure di cui sopra tali da consentire ricadute economicamente più vantaggiose rispetto alla situazione attuale.

La sperimentazione avrà la durata di dodici mesi a partire dalla data di effettiva disponibilità dei farmaci sulla piattaforma WebDPC. Il gruppo tecnico monitorerà l'attività con frequenza quadrimestre valutandone l'impatto assistenziale, organizzativo ed economico anche al fine della prosecuzione delle attività eventualmente rinnovabili a fronte delle valutazioni del gruppo tecnico.

Per il servizio di distribuzione di clopidogrel 75 mg, 30 compresse, se attivato, è stabilito un corrispettivo di:

- € 5,80 (+ aliquota IVA vigente) per le farmacie urbane e rurali con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, maggiore di 300.000,00 euro;
- € 6,80 (+ aliquota IVA vigente) per le farmacie urbane e rurali con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 300.000,00 euro e per farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 450.000,00 euro.

Per il servizio di distribuzione di quetiapina 25 mg, 28 compresse, qualora attivato, è stabilito un corrispettivo di:



- € 4,55 (+ aliquota IVA vigente) per le farmacie urbane e rurali con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, maggiore di 300.000,00 euro;
- € 5,35 (+ aliquota IVA vigente), per le farmacie urbane e rurali con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 300.000,00 euro e per farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 450.000,00 euro.

Il corrispettivo per il servizio di distribuzione effettuato dalla Farmacia è sempre comprensivo della remunerazione prevista per la distribuzione intermedia ed è riconosciuto per ogni confezione distribuita.

Alla luce dell'evoluzione del mercato nella categoria delle eparine a basso peso molecolare, il gruppo tecnico di cui all'art.10 valuterà la possibilità di attivare la distribuzione per conto per questi medicinali, anche in considerazione della recente immissione sul mercato di prodotti biosimilari.

Art. 4. EGAS E DISTRIBUZIONE INTERMEDIA

I medicinali erogabili in DPC sono acquistati dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS), istituito con la LR 17/2014, che svolge anche funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi.

I medicinali oggetto dell'Accordo restano di proprietà di EGAS fino al momento della loro consegna al paziente; sono forniti ai distributori intermedi, autorizzati ai sensi del D.Lgs. 538/1992 e D.Lgs 219/06, firmatari del disciplinare tecnico di cui all'art.8 del presente Capitolo e costituiscono un magazzino fiscale unico per le AAS.

A EGAS fanno anche esclusivo riferimento le formalità operative e fiscali legate alle attività di DPC e che sono elemento unitario rispetto alle AAS regionali nei confronti della distribuzione intermedia.

Rimandando al disciplinare tecnico di cui all'art.8 del presente capitolo la definizione dei vari aspetti organizzativi e applicativi, la distribuzione intermedia dovrà assicurare il rispetto delle norme di buona distribuzione e custodire presso i propri magazzini in spazi dedicati e nel rispetto delle predette norme i medicinali gestiti ai sensi del presente accordo per conto di EGAS e consegnarli alle farmacie secondo modalità e tempistiche da concordarsi. Le aziende sanitarie o EGAS potranno accedere per opportune verifiche nei locali dei grossisti ove sono conservati tali medicinali ovvero nelle farmacie dotate di "mini-stock".

Sulla base delle valutazioni del gruppo tecnico di cui all'art.10 le aziende sanitarie potranno fornire al soggetto individuato per l'attività di distribuzione intermedia i dati necessari a garantire alle farmacie un quantitativo "mini-stock" di farmaci erogabili in DPC, al fine di evitare che i pazienti siano costretti a recarsi due volte in farmacia per il ritiro degli stessi.

Nel caso di inserimento in DPC di un farmaco A-PHT precedentemente erogato in regime convenzionale, ai distributori intermedi e alle farmacie è concesso un periodo di smaltimento scorte destinate alla convenzionata pari a 60 giorni, a far data dalla comunicazione dell'ASS del loro inserimento nella lista prodotti distribuiti in DPC. La possibilità di smaltimento scorte entro 60 è concessa alla parte pubblica per i prodotti usciti dalla DPC (es. per riduzione del prezzo sotto il valore soglia) e alla scadenza o interruzione dell'accordo medesimo.

Le parti possono eventualmente concordare per documentate criticità, evidenziate nell'ambito del gruppo tecnico di cui all'art.10, un'estensione del periodo di smaltimento superiore ai 60 giorni.

In attesa della revisione del nuovo disciplinare tecnico, da attuarsi entro il 31.3.2018, trova applicazione quello vigente, opportunamente aggiornato e modificato in base alle innovazioni introdotte dal presente Accordo.

Art. 5. MODALITA' DI PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE IN DPC

I medici prescrittori formuleranno ricette separate per i medicinali di cui al presente accordo rispetto agli

altri medicinali rimborsabili; qualora la ricetta presentata riporti sia medicinali in DPC che medicinali in convenzione, il farmacista lascerà all'assistito la scelta in ordine al farmaco da distribuire, fermo restando che per la dispensazione dei rimanenti medicinali sarà necessaria una ulteriore prescrizione.

Per tutte le tipologie di farmaci erogabili in DPC, la prescrizione medica si intende riferita al principio attivo e il farmacista che attua la DPC è tenuto a dispensare la specialità medicinale aggiudicataria della gara e fornita da EGAS. Sono fatte salve quelle situazioni in cui il medico prescrittore, per documentate e motivabili esigenze del paziente, apponga l'indicazione di non sostituibilità. Sono anche fatte salve quelle particolari condizioni previste da provvedimenti centrali o riconosciute dal gruppo tecnico.

Al pari di altre ricette erogate a carico del SSR, le ricette spedite in regime DPC devono contenere tutti gli elementi previsti dalla vigente normativa, nazionale e regionale e dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie, sulla compilazione delle ricette.

Le farmacie assicurano, al pari di quanto avviene per le ricette dematerializzate, la rilevazione del codice targatura di cui al decreto 2 agosto 2001 anche per le prescrizioni di medicinali in DPC.

L'eventuale contestazione alla farmacia sulla spedizione dei medicinali in DPC, traenti origine dalla rottura o dallo smarrimento della confezione, darà luogo all'addebito del solo costo d'acquisto del medicinale documentato dall'AAS, fatta salva la remunerazione del servizio quando dovuta.

La ricetta ha validità 30 giorni. Il farmacista deve verificarne la validità all'atto della presentazione in farmacia. Nel caso di controversie in merito alla presunta irregolarità delle ricette DPC, si applicano le procedure e i criteri previsti dall'accordo collettivo nazionale di cui al DPR n° 371/98, salve, comunque, le specificazioni che potranno essere concordate nell'ambito del gruppo tecnico di cui all'art.10.

Qualora i farmaci inclusi nell'elenco della DPC dovessero essere erogati, senza adeguata giustificazione, nel normale regime convenzionale, le AAS trasmetteranno le relative ricette alle Commissioni farmaceutiche aziendali di cui all'art. 10 del D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 per una valutazione delle motivazioni addotte dalla farmacia e, in caso di violazione del presente accordo, le ricette sono rimborsate limitatamente al valore di aggiudicazione del prodotto oggetto di contestazione maggiorato dell'onere per il corrispettivo di distribuzione previsto per la Farmacia.

Sono fatte salve le situazioni di carenza documentata, anche informaticamente secondo le modalità individuate dal gruppo tecnico, presso EGAS ovvero della dichiarazione di urgenza clinica apposta sulla ricetta dal medico prescrittore.

Le indicazioni di cui al presente articolo potranno essere riviste all'avvio della prescrizione dematerializzata anche per la distribuzione per conto. In particolare le parti si riservano di attivare nell'ambito delle attività del gruppo tecnico di cui all'art.10 una standardizzazione dei processi operativi e dei contenuti tecnici per la prescrizione dematerializzata della DPC, fatte salve nuove disposizioni emanate a livello nazionale.

Art. 6. APPLICATIVO PER LA GESTIONE DELLA DPC

FEDERFARMA FVG si impegna a fornire in comodato d'uso gratuito alla DCSISSPSF e alle Aziende per l'Assistenza Sanitaria, un applicativo dedicato al fine di gestire la logistica e gli aspetti amministrativi, di integrare l'applicativo con le esigenze della dematerializzazione delle ricette, di monitorare in tempo reale l'andamento della DPC (erogazioni, giacenze, resi, ecc suddivisi per singola farmacia, azienda sanitaria e regione) nonché per ottemperare, nei tempi fissati dalla normativa, agli obblighi informativi verso le amministrazioni statali (Ministero della salute e Ministero dell'Economia e Finanze).

FEDERFARMA FVG si impegna inoltre a consentire, ai fini del presente accordo, l'utilizzo del suddetto programma informatico a tutte le farmacie pianificate sul territorio regionale, e ai distributori, secondo modalità/accordi che saranno definiti tra le parti.

I dati aggregati di monitoraggio resi anonimi sono messi a disposizione anche delle associazioni sindacali delle farmacie, del rappresentante della distribuzione intermedia e possono essere utilizzati solo per

finalità legate al presente accordo, per meglio calibrarne le ricadute organizzative/logistiche, e in nessun modo possono essere divulgati o ceduti a terzi.

La DCSISSPSF si impegna a portare periodicamente all'attenzione del gruppo tecnico di cui all'art.10 i dati di monitoraggio, resi anonimi, dell'andamento delle diverse forme di erogazione degli Enti del Servizio sanitario regionale (dati aggregati e per singolo Ente), così da monitorare l'andamento e le ricadute dell'accordo nonché documentare il rispetto dei termini normativi e contrattuali.

Per i medicinali soggetti a piano terapeutico specialistico ovvero a prescrizione limitativa, la farmacia, secondo modalità condivise da valutare successivamente, potrà verificarne la presenza dell'attestazione sulla prescrizione o, alternativamente, il possesso da parte del paziente, confermandone la validità con apposita annotazione sul retro della ricetta. Le parti si riservano di sperimentare il monitoraggio dei piani terapeutici tramite l'applicativo utilizzato per la DPC.

Art. 7. SOGGETTI BENEFICIARI

L'accordo si applica a favore dei:

- cittadini residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia così come rilevabili nell'anagrafe assistiti regionale;
- cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia (STP);
- cittadini comunitari dimoranti in Italia e privi di copertura sanitaria riscontrabili nell'anagrafe assistiti regionale;
- soggetti non chiaramente riconoscibili come residenti in altre regioni italiane.

Non appena allineato il sistema informativo, sarà attivata la mobilità interregionale secondo quanto previsto dal testo unico per la mobilità sanitaria interregionale.

Art. 8. DISCIPLINARE TECNICO

Il presente accordo è attuato sulla base di un disciplinare tecnico elaborato dal gruppo tecnico di cui all'art. 10. Nelle more dell'adozione di un nuovo disciplinare, successivo al presente accordo, trova applicazione quello vigente e adottato ai sensi della DGR 1466/2014. Il disciplinare tecnico verrà aggiornato in base al presente accordo, preferibilmente entro il 31.3.2018.

Art. 9. REVISIONE DELLE DIRETTIVE IN TEMA DI DISTRIBUZIONE DIRETTA (DGR 1488/2010 e 1466/2014)

Ai sensi di quanto sopra riportato i contenuti di cui alla DGR 1488/2010 inerente direttive agli Enti del SSR in tema di distribuzione diretta dei medicinali devono intendersi automaticamente aggiornate e sostituite per le parti non applicabili.

La DGR 1466/2014 ha apportato delle modifiche alla DGR 1488/2010 che disciplinava gli ambiti della distribuzione diretta. Tuttavia sono state rilevate alcune criticità organizzative in merito all'erogazione del primo ciclo in dimissione ospedaliera o dopo visita specialistica (condizione di cronicità piuttosto che di acuzie, nuovo trattamento o prosecuzione di terapie in atto) dando potenzialmente adito a situazioni d'incertezza e di difformità dei percorsi assistenziali. Risulta pertanto necessario ridefinire le modalità di erogazione del primo ciclo in dimissione ospedaliera (ordinaria o DH) o dopo visita specialistica previste dalla DGR 1466/2014 nel modo seguente:

- dispensazione del fabbisogno necessario nell'ambito di un periodo di trattamento non superiore a 30 giorni;
- ai pazienti in trattamento con ormone della crescita, per i quali è programmata una visita specialistica di controllo entro 60 giorni, viene assicurata la dispensazione in forma diretta del fabbisogno necessario per il periodo che intercorre tra un accesso e l'altro.

Il primo ciclo di terapia è una prestazione che deve essere garantita dal SSN a tutti i cittadini, quale livello essenziale di assistenza come precisato dall'art. 9, del DPCM 12 gennaio 2017 in seguito a dimissione da un ricovero ordinario o programmato ovvero in seguito ad una visita specialistica; al paziente sono

pertanto garantiti, con il primo ciclo di terapia tutti i farmaci di classe A indicati nella prescrizione e ricompresi nel Prontuario terapeutico aziendale, inclusi quelli distribuiti per conto delle Aziende sanitarie. Qualora a seguito della riorganizzazione del primo ciclo, sulla base dei dati di monitoraggio dell'attività del primo semestre, si dovessero rilevare delle criticità, il gruppo tecnico di cui all'art.10 valuterà opportunamente eventuali azioni correttive.

Art. 10. GRUPPO TECNICO DPC

E' istituito un gruppo tecnico costituito da:

- 1 farmacista del Servizio farmaceutico regionale;
- 5 farmacisti delle aziende sanitarie regionali;
- 5 farmacisti nominati da Federfarma (di cui uno rurale)
- 1 referente nominato da Assofarm;
- 1 farmacista dell'EGAS;
- 1 rappresentante di categoria della distribuzione intermedia.

Il gruppo tecnico svolge le seguenti funzioni:

1. disciplinare gli aspetti tecnici e applicativi di cui al presente Capitolo, anche al fine di favorire comportamenti omogenei da parte degli Enti del SSR e aggiornamento del disciplinare tecnico di cui all'art.8;
2. fornire chiarimenti in ordine a criticità/incertezze applicative;
3. monitorare l'andamento della DPC in relazione anche agli altri canali distributivi (convenzionata, diretta, primo ciclo);
4. formulare proposte in merito all'elenco di medicinali da inserire in DPC;
5. proporre eventuali modifiche dell'accordo in essere laddove si evidenziassero criticità o variazioni del quadro normativo/di mercato o opportunità di migliorare alcuni specifici aspetti;
6. proporre modelli organizzativi e attività per supportare le farmacie localizzate in zone disagiate (es. farmaci rurali sussidiate);

Le proposte formulate dal gruppo tecnico relativamente ai punti 4, 5 e 6 saranno sottoposte alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia e alle Aziende Sanitarie. Il gruppo tecnico potrà essere integrato di volta in volta, a seconda delle tematiche affrontate, anche da ulteriori professionisti per favorire la multidisciplinarietà su attività e progettualità a forte integrazione sanitaria.

Art. 11. AVVIO E DURATA DELL'ACCORDO SULLA DPC

L'accordo di cui al presente Capitolo decorre a partire dal 01.01.2018 per la durata di un triennio, fino al 31.12.2020.

Durante la vigenza dell'accordo, nel caso di revisione complessiva dell'elenco dei medicinali inclusi in PHT da parte dell'AIFA o dell'entrata in vigore di un nuovo sistema di remunerazione delle farmacie ai sensi dell'art. 15, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, o più in generale nel caso in cui intervengano provvedimenti normativi e/o amministrativi o accordi convenzionali di carattere nazionale o regionale che rendano antieconomico l'accordo per il SSR o le farmacie oppure di contenuto diverso e incompatibile rispetto a quanto previsto dal presente accordo, le parti concordano che l'accordo di cui al presente capitolo è rivisto entro 90 giorni dall'evento.

Le parti si danno reciprocamente atto che le pattuizioni relative alla DPC sono frutto di una libera e ponderata intesa tra loro raggiunta, che soddisfa gli interessi di tutti, nel contesto di perseguire un miglioramento dell'offerta delle prestazioni e della qualità dei servizi erogati al cittadino, nonché di ottimizzazione delle risorse. Si obbligano pertanto, sul piano giuridico ma anche e soprattutto con un impegno di correttezza reciproca, ad interpretarle ed osservarle lealmente e con spirito collaborativo.

In caso di invalidità o inefficacia indipendente dalla volontà delle parti, in tutto o in parte, di qualsiasi pattuizione e/o disposizione attuativa del presente accordo, che non abbia natura essenziale, le parti convengono fin d'ora di negoziare in buona fede per sostituire tali pattuizioni con altre valide ed efficaci che abbiano sostanzialmente lo stesso effetto, con gli obiettivi del presente accordo. In tal caso le parti si impegnano a riunire senza ritardo il gruppo tecnico e ad apportare le misure correttive da questo proposte così da evitare ricadute economicamente svantaggiose per il SSR o per le Farmacie convenzionate pubbliche o private.

Qualora le misure correttive proposte dal Gruppo Tecnico non fossero ritenute percorribili e/o soddisfacenti, dalla DCSISSPSF e Aziende per i Servizi Sanitari, farmacie o dal Rappresentante della Distribuzione, è consentito di recedere anticipatamente dal presente accordo, dandone comunicazione a mezzo PEC da inviarsi con preavviso di 6 mesi a decorrere dal termine del sesto mese dall'avvio dell'operatività dell'accordo di cui al presente Capitolo, fatte salve eventuali norme nazionali o regionali emanate successivamente all'approvazione dal presente accordo.

CAPITOLO II: ASSISTENZA INTEGRATIVA ED EROGAZIONE A CARICO DEL SSR DI PRESIDI PER PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DIABETICA

I contenuti dell'Accordo regionale vigente in tema di distribuzione degli ausili per pazienti diabetici (DGR 1466/2014, capitolo II) sono stati prorogati dal 1 settembre al 31 dicembre 2017 con prot. n. 15029, del 1 settembre 2017.

In considerazione di quanto rimborsato alle farmacie nelle altre Regioni per l'erogazione delle strisce per la misurazione della glicemia, si rende necessario rivedere gli importi precedentemente riconosciuti.

Pertanto, a far data dal 1 gennaio 2018, il prezzo unitario di rimborso, al netto dell'IVA, per l'erogazione delle strisce per la misurazione della glicemia, è fissato in € 0,47/striscia.

Per le farmacie urbane e rurali con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 300.000,00 euro e per le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN, al netto dell'IVA, inferiore a 450.000 euro il prezzo unitario di rimborso per l'erogazione delle strisce per la misurazione della glicemia, è fissato in € 0,55 (+ IVA).

Per gli altri dispositivi sono confermati i prezzi di rimborso previsti dalla DGR 1466/2014.

La decorrenza dei suddetti prezzi massimi di rimborso è fissata al 01.01.2018 e per la durata di tre anni, fatta salva la possibilità di modifiche derivanti da variazioni del mercato ovvero della possibilità di avviare anche per questi prodotti la DPC.

Considerato che attraverso le procedure di acquisto ad evidenza pubblica e/o con la stipula di accordi quadro, il SSR potrebbe acquisire a prezzi vantaggiosi le strisce per la misurazione della glicemia e distribuirle poi tramite le farmacie in DPC, si definisce fin d'ora un importo unitario da corrispondere alle farmacie per il servizio di dispensazione, nelle more di una possibile futura attivazione di tale attività, pari a 0,13 euro (+IVA) per striscia.

L'effettivo avvio della distribuzione delle strisce per glicemia in DPC è subordinato alla preliminare definizione di percorsi coerenti con gli specialisti diabetologi del SSR e MMG, per valutarne sia ricadute economicamente più vantaggiose per il SSR sia per salvaguardare nel contempo i migliori livelli assistenziali per i pazienti. A tal fine il percorso sarà condiviso a livello regionale con il tavolo tecnico sulla malattia diabetica.

Il corrispettivo per il servizio di distribuzione effettuato dalla Farmacia è sempre comprensivo della remunerazione prevista per la distribuzione intermedia.

In tale contesto opportunamente integrato, si potrà procedere ad un approfondimento e studio di fattibilità, anche valutando per alcune categorie di pazienti, l'avvio sperimentale di modalità prescrittive informatizzate, anche avvalendosi di eventuali software dedicati utilizzati dalle farmacie.

Per una migliore gestione del paziente, in accordo con i MMG e le farmacie nell'ambito del tavolo di cui sopra, potrà essere avviato un sistema di monitoraggio utilizzando gli applicativi in uso presso le farmacie medesime. Secondo programmi condivisi nel tavolo tecnico sulla malattia diabetica, con i MMG e PLS, specialisti e associazioni dei pazienti, le farmacie potranno avere parte attiva in programmi di prevenzione, educazione e informazione in campo diabetologico.

Le AAS, a livello locale, in un'ottica di efficientamento per il SSR e di promozione dell'appropriatezza, sulla base della propria organizzazione possono avviare anche altre modalità organizzative oltre a quelle previste dal presente Capitolo, anche in forma sperimentale.

Più in generale sull'assistenza integrativa (compresi i dispositivi monouso) da parte delle farmacie aperte al pubblico, le parti concordano di analizzare in dettaglio il quadro attuale anche al fine di prevedere diverse modalità di erogazione (es. DPC) per tali prodotti, ferma restando la possibilità per le AAS di avviare iniziative volte a favorire una maggiore appropriatezza ed efficienza per il SSR.

CAPITOLO III: ATTIVITA' DI SPORTELLO CUP

In tema di servizio di prenotazione CUP le aziende sanitarie regionali si stanno progressivamente omogeneizzando anche in considerazione degli sviluppi informativi che si sono resi necessari a seguito della riforma sanitaria di cui alla L.R. 17/2014. E' stata migliorata la qualità del servizio, privilegiando prioritariamente la semplificazione dei percorsi che ha portato recentemente ad allineare l'offerta delle prestazioni prenotabili tramite le farmacie a quelle del call center telefonico regionale e dei CUP aziendali, consentendone così la medesima operatività. Inoltre l'introduzione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche ha ridotto di molto i tempi di prenotazione e tale percorso si sta via via consolidando e perfezionando.

Il presente accordo non apporta innovazioni sulla parte relativa al servizio di prenotazione/sportello CUP, che continua così ad essere disciplinata dal Capitolo III dell'allegato 1 alla DGR 1466/2014 fatta eccezione per:

- soglie di fatturato SSN che sono aggiornate ai sensi della L 172/2017;
- la previsione secondo cui le operazioni riferibili "ad una medesima prestazione, laddove effettuate singolarmente, devono avvenire almeno a distanza di un giorno; in caso contrario si riconosce il rimborso per un'unica operazione" non trova più applicazione, in considerazione delle difficoltà informative nel rilevare e quantificare tale casistica.

Eventuali variazioni potranno essere valutate successivamente, nell'ambito della gestione complessiva regionale del servizio di prenotazione/ritiro referti, anche alla luce di eventuali variazioni nel sistema regionale di gestione ovvero dell'evidenza di criticità organizzative e/o gestionali.

I dati mensili di attività vengono pubblicati sul sistema di reportistica regionale il 15 del mese successivo.

CAPITOLO IV: ATTIVITÀ DI PREVENZIONE ONCOLOGICA, SCREENING, CAMPAGNE VACCINALI

Nell'ambito delle attività di prevenzione è stato recentemente stipulato un accordo regionale finalizzato alla partecipazione delle farmacie al programma regionale di screening del carcinoma del colon retto, approvata con DGR 1674/2016.

Le attività di cui sopra potranno essere ulteriormente potenziate sulla base di proposte migliorative, valutazioni e approfondimenti sviluppati da gruppi di lavoro dedicati opportunamente rappresentativi delle professionalità coinvolte.

La letteratura dimostra che vi sono disuguaglianze culturali, sociali, economiche e territoriali tali per cui i programmi di screening non riescono a coinvolgere alcuni gruppi di popolazione, ipotesi supportata anche da recenti evidenze nazionali basate sull'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari nonché da studi locali.

Le farmacie, in virtù della loro dislocazione capillare sul territorio, del rapporto di fiducia che s'instaura con il cliente/paziente e della professionalità esercitata, possono essere opportunamente coinvolte.

Potranno pertanto essere approfonditi ulteriori percorsi entro cui sviluppare nuove progettualità, in linea con le evidenze scientifiche e coerenti con la programmazione regionale. A tal proposito le farmacie potranno essere coinvolte secondo specifici accordi remunerati in ulteriori attività di prevenzione e di screening, anche prevedendo lo sviluppo di applicativi informatici dedicati, integrabili con i sistemi regionali già in uso, a seguito delle valutazioni di studi di fattibilità da parte gruppi di lavoro opportunamente individuati, tenuto conto delle possibili ricadute in termini di salute ed economici.

Le farmacie potranno essere inoltre coinvolte attivamente nello sviluppo di iniziative volte alla sensibilizzazione e incentivazione dell'adesione allo screening mammografico e ai nuovi programmi regionali di prevenzione del tumore della cervice uterina.

Iniziative analoghe, compresa la possibilità di erogazione in DPC, potranno essere valutate anche nell'ambito della promozione della vaccinazione antinfluenzale.

CAPITOLO V: INTEGRAZIONE DELLE FARMACIE NELL'ASSISTENZA E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI

Le farmacie rappresentano una comunità determinante per il SSR soprattutto nei prossimi anni in cui dovrà sempre più sviluppare e potenziare la prevenzione e la "territorializzazione" delle cure. per rendere i servizi sanitari più accessibili ai cittadini (es.CUP, screening, ritiro referti, campagne informative e di prevenzione), per snellire gli iter amministrativi e burocratici nell'interesse primario dell'utenza nonché migliorare la qualità delle cure tramite programmi di miglioramento dell'aderenza e della compliance delle terapie farmacologiche prescritte.

Per una integrazione fattiva con il sistema salute (medici, pazienti, SSR nelle sue più varie strutturazioni e articolazioni) un tassello importante è l'istituzione del fascicolo farmaceutico (in fase di sviluppo) che consentirà di avere maggiori informazioni sulle terapie soprattutto per migliorare l'aderenza e la compliance dei pazienti.

Secondo l'OMS la non aderenza alla terapia farmacologica, alla dieta, agli stili di vita da parte dei pazienti e in particolare modo da quelli affetti da terapie croniche è da considerarsi un problema di salute mondiale.

Dai dati dell'OMS ("Progress Monitor - 2017") si evince che le malattie croniche sono causa di morte per 40 milioni di persone ogni anno (circa il 70% di tutti i decessi a livello globale). Il numero maggiore di decessi è dovuto alle malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone), seguite dai tumori (8,8 milioni), dalle malattie respiratorie (3,9 milioni) e dal diabete (1,6 milioni). L'87% dei decessi avviene nei Paesi a basso-medio reddito.

In tale ambito rientra la possibilità di valutare l'avvio di progettualità per la presa in carico in farmacia dei pazienti diabetici o di quelli affetti da BPCO, prevedendo anche un avvio in fasi progressive e per gruppi specifici di pazienti.

Sempre dai dati dell'OMS si evince che nei paesi sviluppati solo il 50% delle persone segue le indicazioni del medico e che le percentuali sono ancor più basse nel caso delle malattie croniche: solo il 23% nel trattamento in cronico dell'asma e il 43% per l'asma in acuto, tra il 40% ed il 70% nel caso della depressione e il 51% nell'ipertensione. Si stima che approssimativamente tra il 20% e il 50% dei pazienti non siano aderenti alla terapia medica, che solo il 50% dei 2 miliardi di prescrizioni effettuate ogni anno sia seguita correttamente e che solo 1/3 dei pazienti seguano a pieno le indicazioni, che 1/3 le seguano in parte, mentre che 1/3 non le seguano affatto.

In un contesto come questo le farmacie, se opportunamente coinvolte, possono svolgere un ruolo importante a supporto degli MMG e dei pazienti (migliorando quindi l'appropriatezza d'uso, l'efficacia

delle terapie direttamente e indirettamente la diminuzione dei ricoveri e dei costi assistenziali). Al di là del fascicolo farmaceutico, le farmacie rappresentano già una forte rete professionale supportata da una rete tecnologica e informatizzata collaudata: entrambe condizioni fortemente facilitanti l'integrazione con il SSR. Sfruttando l'integrazione degli applicativi in uso nelle farmacie, compreso quello per la DPC, con il sistema informativo regionale si possono avviare progetti con una forte ricaduta sulla qualità delle cure.

Accanto a questo le possibilità di sviluppo sono molteplici: es. la registrazione a sistema di parametri chimici/clinici disponibili per il MMG, il monitoraggio delle poli-terapie e l'evidenziazione di possibili interazioni "pericolose" da segnalare al medico, l'analisi delle prescrizioni dei medicinali di fascia C o più in generale di quelli acquistati dai cittadini che non essendo tracciate da una prescrizione a carico del SSR, sfuggono ai sistemi pubblici di registrazione e monitoraggio.

E' inoltre ampiamente documentato in letteratura che un elevato numero di ricoveri ospedalieri o comunque di accessi al Pronto Soccorso, derivano da reazioni avverse da farmaci, soprattutto in pazienti multi trattati e anziani. Molte delle patologie iatrogene da farmaci sono prevedibili in quanto farmaco-correlate, come pure le interazioni tra farmaci.

Il potenziamento delle attività di farmacovigilanza, anche con l'attivazione di una rete di farmacie sentinella, può rappresentare un ulteriore tassello nel migliorare la conoscenza dei profili di sicurezza dei medicinali. A tal proposito il raccordo con i responsabili per la farmacovigilanza delle aziende sanitarie regionali completa l'integrazione di una attività in cui le farmacie possono svolgere un ruolo determinante, sia verso i pazienti che verso i prescrittori.

Le parti quindi concordano, attivando gruppi di lavoro multidisciplinari, di sviluppare specifiche progettualità su questi aspetti.

CAPITOLO VI: ULTERIORI LINEE DI ATTIVITÀ

Le singole AAS, sulla base della propria autonomia gestionale e nel rispetto della normativa vigente, possono attivare forme di collaborazione con le farmacie diverse da quelle previste dal presente accordo, secondo criteri di efficacia clinica documentata e favorevole rapporto costo/beneficio:

- iniziative finalizzate a verificare e migliorare la compliance alla terapia da parte dei pazienti cronici;
- partecipazione a campagne di promozione della salute (es. screening, stili di vita, ecc.);
- partecipazione ad iniziative sulla disassuefazione da sostanze stupefacenti per le dipendenze;
- collaborazione a campagna vaccinale antinfluenzale;
- progetti in collaborazione con i centri TAO;
- progettualità per la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO;
- prestazioni di assistenza integrativa dispositivi/ausili di serie monouso (allegato 2 al DPCM 12 gennaio 2017).

I risultati delle iniziative avviate a livello locale, potranno fornire un utile supporto a livello regionale per valutare l'opportunità di estendere tali servizi su tutto il territorio regionale, anche alla luce di quanto previsto in tema di farmacia dei servizi dal DPCM 12 gennaio 2017.

In riferimento alle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina, approvate in data 20.02.2014 con Intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le parti concordano di valutare, nell'ambito di un tavolo tecnico dedicato, eventuali servizi di secondo livello e di telemedicina erogabili a pagamento anche sulla base di quanto previsto dalla DGR 1419/2012.

Le parti concordano di avviare un tavolo tecnico finalizzato all'implementazione di un protocollo d'intesa per la dematerializzazione della distinta contabile riepilogativa di cui al DPR 371/1998. Sono fatte salve eventuali nuove disposizioni normative o nuovi accordi a livello nazionale che disciplinino tali ambiti a cui adeguarsi.

DISPOSIZIONI FINALI

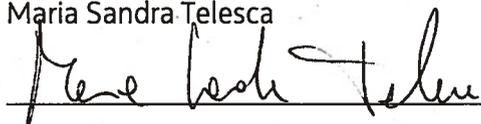
Il presente accordo decorre dal 01.01.2018 secondo le modalità indicate in ciascun capitolo. Si precisa che le attività previste dai singoli Capitoli del presente accordo fanno riferimento a normative e modalità di aggiornamento differenti; conseguentemente vi è la possibilità/necessità di dover aggiornare e rivedere i contenuti in tempi diversi a seconda delle attività considerate nei vari capitoli.

Durante la vigenza dell'accordo, nei casi di cui sopra nonché nel caso in cui intervengano provvedimenti normativi e/o amministrativi o accordi convenzionali di carattere nazionale o regionale che rendano antieconomico l'accordo per il SSR o le farmacie oppure di contenuto diverso e incompatibile rispetto a quanto previsto dal presente accordo ovvero diverse condizioni di mercato, le parti concordano che il presente accordo è rivisto entro 90 giorni, anche solo relativamente ai singoli Capitoli. In caso di mancato accordo, qualora le misure correttive proposte dal gruppo tecnico non fossero ritenute percorribili e/o soddisfacenti, dalla DCSISSPSF, Aziende sanitarie, farmacie è consentito di recedere anticipatamente dal presente accordo, solo relativamente ai singoli capitoli, dandone comunicazione a mezzo PEC da inviarsi con preavviso di 6 mesi, fatte salve eventuali norme nazionali o regionali emanate successivamente all'approvazione del presente accordo.

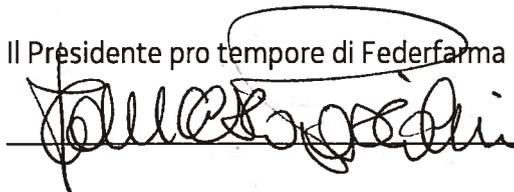
Per quanto non disciplinato dal presente accordo si rimanda alle disposizioni nazionali e regionali vigenti.

Letto, confermato e sottoscritto

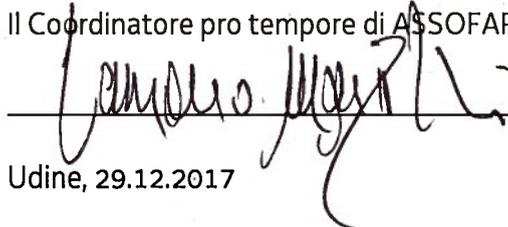
L'assessore pro tempore alla Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, dott.ssa Maria Sandra Telesca



Il Presidente pro tempore di Federfarma Friuli Venezia Giulia, dott. Francesco Pascolini



Il Coordinatore pro tempore di ASSOFARM Friuli Venezia Giulia, sig. Germano Montolli



Udine, 29.12.2017