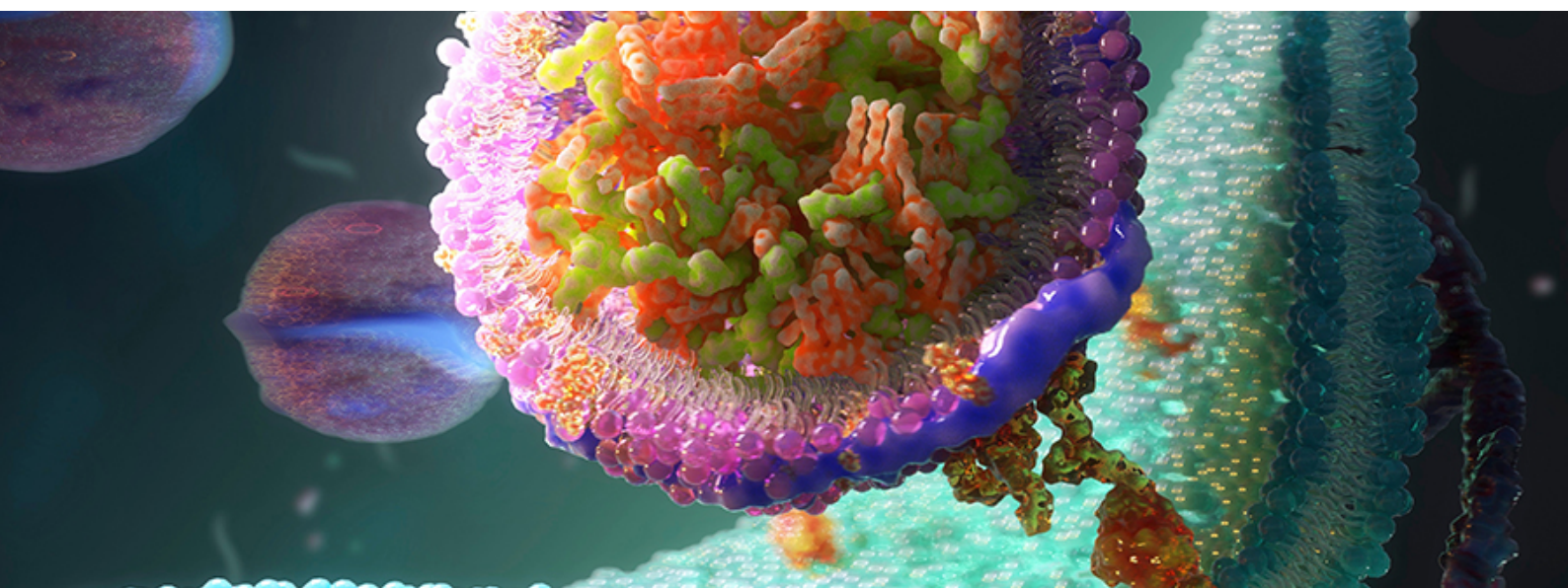


## Modelli distributivi regionali dei farmaci in Italia: peculiarità e opportunità per pazienti e sistema sanitario

dott. Fiorenzo Santoleri

*Farmacista Ospedaliero ASL Pescara, Segretario SIFO Regione Abruzzo e Molise*



La prescrizione di Nilemdo® e Nustendi® avviene attraverso la compilazione da parte del prescrittore (lo specialista o il medico di medicina generale che seguirà il paziente nella gestione della terapia ipolipemizzante e del *follow-up* periodico) della scheda di prescrizione-valutazione/*follow-up*, in base alle condizioni, alla classificazione (GU Serie Generale n. 22 del 27-01-2023) e alle modalità di impiego previste dalla determina AIFA del 29 ottobre 2004: PHT-Prontuario della distribuzione diretta. La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Questa distribuzione può avvenire anche attraverso degli specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (DPC, distribuzione per conto).

**Le prescrizioni redatte dai MMG per farmaci classificati A-PHT (con Nota), indipendentemente dai canali di distribuzione DD o DPC, non incidono sul budget dei prescrittori.**

Vediamo, quindi, quali sono in Italia i diversi modelli distributivi dei farmaci.

I farmaci, in Italia, sono divisi in tre setting assistenziali, in base a delle caratteristiche tecniche derivanti dalla valutazione scientifica dell'AIFA:

**Area H:** farmaci a prescrizione esclusiva ospedaliera e dispensazione per il tramite della farmacia ospedaliera;

**Area H-T:** farmaci della presa in carico del paziente e della continuità terapeutica. La maggior parte di essi è a prescrizione specialistica con piano terapeutico (PT). La distribuzione avviene sia per il tramite della farmacia ospedaliera (o del territorio), sia per il tramite delle farmacie convenzionate private e non genera budget per il medico di medicina generale (MMG) che le prescrive;

**Area T:** farmaci della cronicità o delle terapie a breve termine che non richiedono ospedalizzazione.

In base alla classificazione si hanno tre modalità distributive:

- DD (distribuzione diretta)<sup>1-2</sup>;
- DPC (distribuzione per conto)<sup>1, 3, 4</sup>;
- DC (distribuzione convenzionata).

La **distribuzione diretta assicura il monitoraggio delle terapie ad alto impatto economico** e importante potenziale terapeutico, ma ha lo svantaggio di essere meno capillare rispetto a quella convenzionata.

Questo è un aspetto chiave, di continuo dibattito, che ha fatto sì che si introducesse una modalità **mista chiamata DPC, dove l'acquisto avviene per il tramite della struttura sanitaria e la distribuzione attraverso il canale delle farmacie convenzionate.**

In tal modo si riesce a ottenere un'economia di scala, dato che l'acquisto è centralizzato, offrendo un **servizio al cittadino** che può ritirare il farmaco direttamente presso la farmacia sotto casa, senza necessariamente recarsi presso la farmacia dell'ospedale, talvolta molto distante dal proprio domicilio.

**Le prescrizioni redatte dai MMG per farmaci classificati A-PHT (con Nota), indipendentemente dai canali di distribuzione DD o DPC, non alimentano (o incidono) il budget dei prescrittori<sup>5</sup>.**

In caso di terapie croniche, il **modello distributivo** può contribuire non solo all'efficientamento economico, ma anche al potenziamento dell'efficacia delle terapie.

Da questo punto di vista gioca un ruolo strategico il mantenimento elevato e costante dell'aderenza al trattamento nel tempo.

Una **migliore accessibilità al farmaco** sicuramente aumenta l'aderenza al trattamento, ma, al pari di altre variabili, tale aspetto va contestualizzato in base a tutti i fattori che alimentano il percorso del farmaco, dalla fase prescrittiva alla dispensazione fino al monitoraggio costante.

La distribuzione convenzionata, attualmente, favorisce solo la dispensazione, escludendo la fase prescrittiva e il monitoraggio, che rimangono appannaggio esclusivo del contesto ospedaliero e del farmacista ospedaliero. Una precisa valutazione di tutti i parametri permetterà di fare le scelte migliori per i pazienti e per il sistema sanitario, così come una collaborazione pubblico-privato proattiva.

## Guarda il video



## Bibliografia

1. Art. 8 Legge n. 495/2001.
2. Determina AIFA 29 ottobre 2004 (GU n. 259 del 4-11-2004).
3. Art. 27 bis DL n. 23/2020 (Legge 40/2020).
4. Art. 8 comma bis DL n. 34/2020 (Legge 77/2020).
5. De Rosa M, Cavaliere A, Deambrosio P, et al. Distribuzione per conto remunerazione e convenienza per il servizio sanitario nazionale. Edizioni Pharmadoc; 2018.

realizzato con il contributo non condizionante di Daiichi Sankyo



**RCP NILEMDO**

**RCP NUSTENDI**

**scheda di prescrizione**

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>