

COMUNICATO STAMPA

Distribuzione del farmaco: presentato il modello che rende più efficaci e più snelli la prescrizione e il percorso di cura del malato cronico

Padova, 10 maggio 2023 – Incrementare la distribuzione in dispensazione per conto (DPC) realizzando un processo distributivo che concentri maggiore valore al momento della distribuzione al paziente e che preveda anche una multicanalità distributiva in funzione del tipo di farmaco e delle esigenze del paziente (aumento dell'aderenza terapeutica), dando evidenza anche dei costi emergenti e dei costi cessanti per la sostenibilità del sistema, aumentando comunque la qualità e la sicurezza complessiva di questo processo critico. Per la prima volta tutti gli operatori sanitari territoriali si sono confrontati sui migliori percorsi per la cura del paziente cronico e fragile sul tema della prossimità di consegna del farmaco e della distribuzione delle terapie. L'occasione è l'ultimo tavolo di lavoro che chiude oggi, a Padova, la serie dal titolo **"INNOVAZIONE FARMACEUTICA CHE SPINGE ALLA INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA. NUOVI MODELLI DI DISTRIBUZIONE DELLE TERAPIE"**, evento organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **FIMMG-Federazione italiana medici di famiglia**, **FEDERFARMA Veneto**, **Regione Veneto**, **ULSS5 Polesana**, **ANMAR-Associazione Nazionale Malati Reumatici Onlus** e **UNIAMO-Federazione Italiana Malattie Rare**.

Nel confronto tra le varie aziende sono emersi diversi problemi legati alla distribuzione dei farmaci, specchio di organizzazioni aziendali diverse e anche dei limiti legislativi e procedurali che coinvolgono AIFA, le Regioni e le aziende sanitarie. **L'esigenza di diversificare le modalità di distribuzione del farmaco, da quella diretta alla dispensazione per conto (DPC), è risultata necessaria dagli operatori e dai pazienti.** Questo pone l'accento su due bisogni diversi, che convergono al punto finale ovvero l'erogazione e la consegna del farmaco al paziente: quelli degli operatori (**controlli, sicurezza, appropriatezza, presa in carico**) e del paziente, ovvero **ottenere facilmente un farmaco conosciuto e usato che continuerà ad usare a vita.**

Sui **bisogni degli operatori del settore - la prima prescrizione e consegna e successive prescrizioni ed erogazioni del farmaco** – si è espressa **Ketty Projic Mezzoli**, Dirigente Medico UOC Cure primarie Azienda ULSS 5 Polesana Distretto 1. *«L'analisi e l'individuazione del percorso/processo sia della prescrizione da parte del medico sia della competenza del farmacista, necessitano di alcune modifiche strutturali nel percorso, individuate nella **raccolta e nella condivisione delle informazioni (codificate) e dei dati, su paziente e farmaco** (tra cui anche sicurezza e follow-up clinico del paziente), **da strutturare a livello informatico e proporre quale percorso standardizzato regionale, valido per tutte le aziende.** Così ecco le **proposte per la prima distribuzione:** assegnazione di budget per patologia su pazienti residenti (Regione), revisione dei farmaci in piani terapeutici (AIFA) e per i nuovi farmaci per cui è necessaria un'azione di monitoraggio; **le successive erogazioni possono invece essere tutte differite alla DPC, con la diversificazione per alcune categorie di farmaci, in attesa delle azioni sopra esposte/richieste**».*

Per quanto riguarda i **bisogni del paziente** in terapia continuativa da anni, con valutazione rischio/sicurezza stabile, sempre secondo Mezzoli, **i farmaci "storici" dovrebbero essere dispensati per conto con modalità diversificata, in base al processo costo/efficacia, sia direttamente a domicilio o presso punti di erogazione esterni ad ospedale o farmacie.** *«Tutto ciò compreso nel*

percorso iniziale di tracciamento su continuità delle cure e feedback sullo stato clinico del paziente» chiarisce Mezzoli.

Il modello organizzativo proposto, pertanto, prevede: il **calcolo dei costi della DPC per patologia** (n. pazienti con patologia e n. anni residui di terapia); **portare in DPC la maggior parte di farmaci prescritti, tracciando il percorso di prescrizione/erogazione, condividendo i dati tra i vari operatori** (Fascicolo sanitario elettronico, informatizzazione univoca, quella che viene definita **burocrazia è il tracciamento dell'attività volta a garantire la sicurezza al clinico e al paziente**), prescrittori (medici di medicina generale e specialisti), farmacisti ospedalieri e territoriali, Distretti (in tutte le loro articolazioni), formando un collettore unico, prescrizione dematerializzata, tracciabile e codificata per paziente per patologia (campi già esistenti e tracciati).

Questi i **vantaggi: rispetto dei ruoli medico/farmacista con recupero di tempo e professionalità; processo chiaro** con riscontro e condivisione di informazioni e **dati attraverso reti e network; programmazione/previsione dei costi**, su studio mirato, pro paziente per patologia/tipo di farmaco.

Secondo **Laura Mattioni**, Direttore SOC Farmacia Centrale ARCS-Azienda Regionale di Coordinamento della Salute di Udine *«a vent'anni dall'uscita della Legge 405 che ha istituito la distribuzione diretta e per conto è necessario rivedere i modelli di erogazione dei farmaci per renderli più coerenti ai bisogni dei pazienti, in modo particolare per quelli affetti da patologia cronica che sono costretti a recarsi con periodicità in ospedale per ricevere i farmaci»*.

Così, secondo Mattioni, **i farmaci già in commercio da tempo** e per i quali è ben noto il profilo di beneficio/rischio ma ancora classificati in fascia H, **potrebbero essere riclassificati in A-PHT**. Per **nuovi farmaci biotecnologici ad alto costo** e per i quali è necessario verificare il profilo di sicurezza, la risposta del paziente e la compliance, **è auspicabile prevedere un sistema distributivo misto**: le prime erogazioni dovrebbero iniziare in ambito ospedaliero ma, non appena cessate le esigenze di monitoraggio, il paziente potrebbe essere indirizzato alla farmacia convenzionata. *«Sarà importante coinvolgere le oltre 1.300 Case della Comunità previste dal PNRR per l'erogazione dei farmaci in distribuzione diretta e istituire servizi di home delivery per pazienti particolarmente disagiati»* conclude Laura Mattioni.

Emanuele Mognon, Direttore UOC logistica Azienda Zero, evidenzia la **necessità di un confronto con tutti gli attori sia sanitari che extra sanitari per creare una struttura organizzativa della multicanalità per uscire dal meccanismo puntuale verso un lavoro in rete**. *«Manca sicuramente la formazione ed un quadro sul bisogno prescrittivo in quanto non conosciamo il dato prescrittivo all'origine ma solo quello alla distribuzione – prosegue Mognon -. Bisogna creare modelli di servizi coerenti integrati con il sistema logistico territoriale, modelli diversi in funzione della tipologia di farmaci e dei pazienti. Oggi l'ospedale è il punto centrale del sistema distributivo e auspica un nuovo modello distributivo esterno»*.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: IL DOVERE E IL DIRITTO ALLA PROSSIMITA'

«Noi medici di famiglia abbiamo il dovere e il diritto alla prossimità» Queste le parole di **Valerio Di Giannantonio**, Segretario provinciale FIMMG Trento. *“**Abbiamo il "dovere" di essere prossimi a chi ha bisogno e di garantire che le cure siano accessibili, sia come conforto clinico sia come prescrizione farmacologica. Abbiamo però anche il "diritto" di "poter" essere prossimi, avere il tempo per essere clinici e non burocrati godendo di procedure prescrittive snelle. Abbiamo il "dovere" di essere prossimi anche con strumenti digitali, sempre più necessari, ma anche il "diritto" di avere il tempo di visitare i nostri pazienti a casa guardandoli negli occhi e toccando la loro sofferenza. Nessun paziente ci ha mai ringraziato per un consulto via sms, email,***

videochiamata, tutti ci ringraziano per quella volta che erano sofferenti e li abbiamo confortati e curati nel loro letto domestico».

IL FARMACISTA TERRITORIALE, STRATEGICO NEL FORNIRE SERVIZI ACCESSIBILI E INNOVATIVI

*«La farmacia territoriale è sempre stata il primo punto di dispensazione dei farmaci alla cittadinanza. L'introduzione della legge 405/2001 ha ampliato la dispensazione alle farmacie ospedaliere depauperando però il ruolo del farmacista di comunità» spiega **Andrea Bellon, presidente Federfarma Veneto e presidente Federfarma Venezia**. «Per salvaguardare la necessità di risparmio della spesa pubblica e riportare i medicinali nelle farmacie territoriali vicino al cittadino, avremmo individuato la **strada maestra nella distribuzione per conto, che consente infatti alle aziende sanitarie di acquistare i farmaci a condizioni vantaggiose e all'utenza di ritirarli in farmacia**, quindi un punto di dispensazione capillare con la garanzia di interagire sempre con un professionista disponibile in orario ampio e senza filtri d'accesso. Senza trascurare il rapporto di confidenza che viene a instaurarsi fra farmacista territoriale e paziente cronico».*

Secondo **Claudia Pietropoli**, Consigliere Federfarma, Vicepresidente Federfarma Veneto e Presidente Federfarma Rovigo, **la figura del farmacista territoriale sarà sempre più importante nel fornire servizi accessibili e innovativi**. *«Non possiamo più ragionare in un'ottica che vede gli ospedali gestire quotidianamente le cronicità ma, secondo il percorso territoriale del DM 77/2022, la farmacia deve diventare il primo presidio di servizio al cittadino in condivisione con medici di base e infermieri di comunità».*

*«Le farmacie pubbliche e private convenzionate sono presenti in modo capillare sul nostro territorio e da sempre svolgono un ruolo importante nella distribuzione dei farmaci. In considerazione di questo e della necessità di garantire un equo accesso al trattamento credo sia **necessaria una revisione del canale distributivo dei farmaci classificati in A-PHT**. Naturalmente durante la revisione si dovrà tener conto anche dell'aspetto economico che un eventuale cambio del canale distributivo può comportare»* rimarca **Katia Sangermano**, Direzione sanitaria Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

LA VOCE DEI PAZIENTI «L'UNIONE FA LA FORZA PER IL BENE DEL MALATO».

Collaborazione e sinergia, è quanto chiedono i pazienti per avere un percorso di cura più efficiente e a misura dei loro bisogni. *«Unire tutte le figure, medico di medicina generale, farmacista territoriale, farmacista ospedaliero, per poi insieme trovare le soluzioni migliori e più facili da mettere a terra nell'immediato, questa è la strada da intraprendere. Oggi questo percorso è a ostacoli e incide negativamente sulla qualità di vita degli ammalati»* spiega **Silvia Tonolo**, Presidente ANMAR-Associazione nazionale malati reumatici. *«Purtroppo nessuno collabora per il bisogno che ha il paziente ed è su questo che bisogna lavorare insieme».*

Sul fronte delle malattie rare **Annalisa Scopinaro**, Presidente Uniamo, Federazione Italiana Malattie Rare ha spiegato che grazie al vigente regolamento europeo per i farmaci orfani, nel 2022 quasi un farmaco su quattro approvato dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA) è stato un farmaco orfano per il trattamento delle malattie rare, segno evidente che gli incentivi hanno funzionato. *«Purtroppo dall'approvazione all'effettiva disponibilità della terapia per il paziente passa ancora troppo tempo. **In Italia il percorso è ulteriormente complicato dalla necessità dell'implementazione dei prontuari regionali**. Occorre capire come fare, grazie anche alle disposizioni della L. 175/2021, a rendere questi tempi sempre più brevi».*

L'evento ha ottenuto il contributo incondizionato di Sanofi.

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Laura Avalle - 320 0981950

Liliana Carbone - 347 2642114

www.motoresanita.it