

dazione ministeriale n. 14. La gara degli esclusivi è stata costituita a lotti monofornitore, con tanti sub-lotti ma con uno stesso CIG, consentendo così di snellire il lavoro amministrativo e di garantire una maggiore elasticità di spostamento delle quantità tra i sub-lotti. Non tutti i lotti sono stati sufficienti come quantitativi aggiudicati e assegnati. I lotti insufficienti vengono inseriti mensilmente nelle procedure negoziate del Prontuario regionale. In riferimento a quest'ultimo, le aggiudicazioni avvengono regolarmente senza tempi morti e rendendo immediatamente fruibile un nuovo farmaco, così che i pazienti siciliani non subiscano disparità e discriminazioni di trattamento.

Nel 2019, in collaborazione con l'Asp di Palermo e con il Servizio 7 dell'Assessorato della Salute, abbiamo lavorato alla redazione di un accordo quadro per l'acquisizione dei farmaci biosimilari, che ha ottenuto buoni risultati e che è stato preso da esempio in diverse Regioni.

Le rinegoziazioni dei farmaci a brevetto scaduto vengono svolte in tempi brevi e veloci e la cosa più importante, e mi riferisco ad una recente gara in cui il farmaco fondamentale è stato la lenalidomide, senza ricorsi. Le notevoli somme risparmiate grazie a queste procedure più efficienti consentono di riallocare le risorse e trattare con farmaci sempre più innovativi e costosi i nostri pazienti.

Quale nuovo intervento ritiene più urgente introdurre?

Ritengo che sia necessario rendere ancora più veloci e snelle le procedure di gara, in modo che nessuna Azienda Sanitaria sia costretta a svolgere procedure in autonomia e a ricorrere alla smartCIG, e che tutte le Aziende Ospedaliere siciliane abbiano la possibilità di contrattualizzare qualunque farmaco venga loro richiesto nell'immediatezza di una pec.

Come immagina la Centrale Unica di Commitenza nel futuro prossimo?

La immagino con tanti gruppi di lavoro multidisciplinari quante sono le categorie merceologiche, al cui interno sia obbligatoriamente presente la figura del farmacista. Questo personale dovrebbe essere appositamente formato, specializzandosi su questi temi.

E auspico che, quando le gare si avvicinano alla scadenza, siano già pronte e fruibili le nuove gare senza proroghe e contratti ponte spesso non omogenei sul territorio regionale. ■ ML

Il ruolo cruciale del farmacista nell'integrazione ospedale-territorio per perseguire appropriatezza clinica e terapeutica

A colloquio con **Maurizio Pastorello**

Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Come immagina il ruolo del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico dell'Asp di Palermo, che lei dirige assicurando quotidianamente l'integrazione tra l'area ospedaliera e quella territoriale della provincia di Palermo, alla luce del PNRR?

Il PNRR, che di fatto ha sancito diversi ruoli che in ambito territoriale trovano spazio e ragion d'essere nelle nuove articolazioni previste, ha invece trascurato il ruolo del farmacista, di norma cardine dell'assistenza territoriale e ospedaliera nelle sue variegate e molteplici sfaccettature. Il farmacista non è infatti stato previsto né coinvolto in attività e servizi per i quali l'utilizzo del farmaco e la necessità di perseguire appropriatezza clinica e terapeutica ne prevederebbero non solo la presenza, ma anche un ruolo attivo in team multidisciplinari. Nei piani attuativi è stata prevista esclusivamente l'informatizzazione della farmacia ospedaliera senza alcuna attenzione al territorio.

Sicuramente il farmacista, sia esso ospedaliero o territoriale, potrà fornire il suo contributo nella prescrivibilità, nella semplificazione dei percorsi di accesso alle terapie, nell'individuazione delle migliori opzioni costo/trattamento e nella gestione delle innovazioni.

Da anni si parla di integrazione ospedale e territorio, ma questa integrazione continua a essere un miraggio perché non esiste l'interfaccia tra le strutture. A titolo esemplificativo, mancano: lo scambio di dati clinici sanitari e amministrativi; un unico database, banca dati o programma informatico regionale in dotazione che consenta di parlare un "unico linguaggio"; l'informatizzazione delle informazioni necessarie per l'accesso alle cure (ancora frammentario e da incrementare); la facilità di acquisto dei farmaci di tipo esclusivo.

Anche la gestione di un unico budget aiuterebbe a superare le incomprensioni che sorgono tra ospedale e territorio, relativamente all'attribuzione delle risorse, della suddivisione delle spese relative agli acquisti (riducendo peraltro anche il ricorso alla compensazione, che richiede un onere burocratico non indifferente a carico delle Aziende Sanitarie).



“I pazienti continuano a identificare la farmacia come baluardo di accesso alle cure. Potenziare la rete e la sinergia pubblico/privato deve restare un punto in agenda delle amministrazioni sanitarie regionali”

Nell’ottica della realizzazione delle strutture previste dal riordino dell’assistenza territoriale (case della comunità, ospedali di comunità, COT e così via), pensa si possano creare delle forme di sinergia tra le farmacie aziendali dell’ASP e quelle convenzionate con il SSN?

Le farmacie convenzionate rimangono un cardine per il SSN, per i motivi che ben conosciamo. I pazienti continuano a identificare la farmacia quale primo baluardo di accesso alle cure, spesso anche prima del medico di medicina generale. Potenziare la rete e la sinergia pubblico/privato deve restare un punto in agenda delle amministrazioni sanitarie regionali. Difatti mai proporre tali accordi o convenzioni a livello di una singola Azienda o provincia, perché l’uniformità dei servizi deve essere una garanzia per tutti.

Ne sono prova i risultati ottenuti con la distribuzione per conto (DPC) a seguito dell’individuazione dell’ASP di Palermo quale Azienda capofila, che ha uniformato le procedure di accesso alla terapia a livello regionale.

A mio avviso tale sinergia non può però prescindere dal coinvolgimento anche della rete dei medici curanti, che devono diventare parte del processo multidisciplinare di gestione di una terapia farmacologica, in ogni sfaccettatura.

Al fine di promuovere l’aderenza e la persistenza alle terapie dei pazienti cronici, pensa che alcuni farmaci per patologie croniche possano essere opportunamente gestiti anche attraverso il passaggio in DPC?

La pandemia ha evidenziato che alcune forme di distribuzione sono sicuramente perfettibili e che devono essere integrate, per esempio con l’home delivery o con l’incremento del personale assegnato allo sportello di erogazione. La DPC

rappresenta un buon compromesso, fatto salvo per quelle terapie che necessitano di monitoraggio costante, di verifica e scrupolosa eleggibilità del paziente, e di farmaci nuovi per i quali il follow-up deve essere frequente ed effettuato in ambito ospedaliero, come accade per i farmaci ancora sottoposti a registri AIFA.

Di sicuro devono essere eliminate le forme miste di erogazione che generano confusione nei pazienti e negli operatori stessi (erogazione dagli ospedali nei primi mesi e continuazione presso le aziende territoriali; prime erogazioni presso le aziende territoriali e le prosecuzioni in DPC o farmaci con stessa indicazione che hanno canali distributivi diversi).

Quali suggerimenti darebbe per migliorare in Sicilia la gestione farmaceutica del paziente cronico e del paziente oncologico?

Secondo me sarebbe importante realizzare le seguenti iniziative: attivare un sistema integrato di prescrizioni farmacologiche web-based, al quale possono avere accesso tutte le farmacie del SSN e le istituzioni per la verifica di eventuali interazioni nelle terapie in associazione, per conoscere i centri prescrittori e per monitorare l’aderenza e la persistenza terapeutica in tempo reale; potenziare la rete di screening e quella laboratoristica, visto che i farmaci sono sempre più a target terapeutico mirato, rendendo necessaria la disponibilità di più centri possibile che abbiano gli strumenti necessari ad attestare l’eleggibilità dei pazienti; modificare a livello centrale le procedure relative agli acquisti dei farmaci esclusivi, soprattutto per quelli il cui prezzo è già stato stabilito da AIFA e non soggetto a ulteriore negoziazione a livello di ogni singola Regione. ■ ML