

# ASPETTI E CONFRONTI REGIONALI DEL PROCESSO DI DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC) IN ITALIA: ANALISI DEL PROCESSO DISTRIBUTIVO

rielaborazione dell'articolo pubblicato sulla rivista Clinico Economics (Florio et. al, VOL 11 / ANNO 2016 / PAG. 1-13)  
a cura del **Prof. Giorgio L. Colombo**, Direttore scientifico di S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche S.r.l.  
e docente di Organizzazione Aziendale presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco dell'Università degli Studi di Pavia

## ABSTRACT

Questo studio è un'analisi del processo distributivo della distribuzione per conto (DPC) basata su una raccolta dati tramite questionario, per fornire un quadro dello status quo della DPC in Italia. Sono state indagate 11 regioni sui vari aspetti del processo: le basi contrattuali degli accordi stipulati tra le Regioni/ AA.SS.PP. ed i soggetti della filiera (Federfarma e ADF), gli onorari della filiera, la tipologia dei farmaci erogati e gli Accordi Quadro/ Gare attivate per l'acquisto dei farmaci, le modalità di inserimento degli stessi farmaci nelle liste della DPC, il volume di erogazione e di spesa, le modalità di distribuzione e la gestione dei resi. Si è evidenziato come un maggiore dialogo tra i gestori della DPC e un confronto regionale aperto e continuo potrebbe apportare notevoli miglioramenti nei percorsi e una maggiore uniformità a livello nazionale.

## INTRODUZIONE

Nel clima odierno di particolare attenzione al contenimento della spesa sanitaria pubblica, le modalità di distribuzione dei farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rivestono un ruolo importante. Anche la spesa farmaceutica ha dato negli ultimi anni un contributo notevole alla tenuta dei conti per la Sanità in Italia, con un'incidenza sulla spesa del SSN che è calata dal 18,2% nel 2011 al 15,3% nel 2013. Si sono infatti sviluppate forme alternative di distribuzione dei farmaci del Prontuario della Continuità Terapeutica Ospedale-Territorio (PHT), costituite dalla distribuzione diretta (DD) e dalla distribuzione in nome e per conto del SSN (DPC). Queste due modalità distributive rappresentavano nel 2014 circa il 37% della spesa relativa ai farmaci acquistati direttamente dalle Aziende Sanitarie, con un aumento del 10,1% rispetto al 2013. La DPC, introdotta a seguito della Legge 405/2001, consente l'erogazione di farmaci acquistati direttamente dalle Aziende Sanitarie (AS) da parte delle farmacie convenzionate con il SSN, avvalendosi dei canali distributivi e del supporto logistico-organizzativo della tradizionale filiera del



farmaco (es. grossisti, cooperative) (Legge 16 novembre 2001, no. 405). Il farmacista che gestisce la DPC, avvalendosi degli adeguati supporti informatici, svolge una complessa funzione di controllo ed elaborazione statistica, al fine di verificare sia l'effettivo risparmio sulla spesa e sia la conformità delle varie fasi del processo, in merito al rispetto e ottimizzazione degli aspetti logistici, regolatori ed educazionali. La DPC fornisce un importante servizio ai cittadini (soprattutto per le fasce più deboli), facilitando l'accesso al farmaco ed evitando la necessità di spostamenti notevoli ed onerosi per raggiungere l'Azienda Sanitaria di riferimento, e permette contestualmente un monitoraggio delle prescrizioni in tempo reale. L'erogazione dei farmaci del PHT comporta dei costi aggiuntivi, ovvero la remunerazione alle farmacie ed ai grossisti, per il servizio reso. Nel 2014, la spesa per la DPC a livello nazionale per i farmaci di classe A è stata pari a € 1.507,90 milioni, con un incremento del 26% rispetto al 2013. La DPC oggi risulta presente in quasi tutte le regioni (con l'eccezione dell'Abruzzo), però esiste una grande eterogeneità nel processo sia negli accordi contrattuali che nelle modalità di gestione. A seguito di quanto stabilito nell'Articolo 8 della Legge 405/2001, che delega ogni singola regione, nonché le province autonome di Trento e Bolzano, a stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate pubbliche e private, nel corso degli anni ogni regione ha implementato la propria DPC con diversi modelli organizzativi. Alla luce di ciò si può affermare che non esiste a livello nazionale un unico modello, ma tutti sistemi diversi, con aspetti comuni e differenze che rispecchiano ciascuna realtà territoriale. Scopo di questo studio è quello di fornire un quadro dello status quo della DPC in Italia oggi.

## METODI

Questo studio si configura come un'analisi del processo distributivo della DPC basata su una raccolta di dati tramite questionario. In una prima fase di ideazione del progetto, un gruppo di responsabili regionali della DPC delle regioni: Piemonte, Lombardia, Lazio, Marche, Calabria e Sardegna.

Questo gruppo nel corso del 2015 ha elaborato un questionario con domande mirate a rilevare aspetti chiave della DPC nelle varie regioni. In particolare, si è cercato di acquisire informazioni riguardanti soprattutto le basi contrattuali degli accordi stipulati tra le Regioni/Aziende Sanitarie Provinciali (AA. SS.PP.) ed i soggetti della filiera (Federfarma e ADF), gli onorari della filiera, la tipologia dei farmaci erogati e gli Accordi Quadro/Gare attivate per l'acquisto dei Farmaci, le modalità di inserimento degli stessi farmaci nelle liste della DPC, il volume di erogazione e di spesa, le modalità di distribuzione e la gestione dei resi.

A questa fase ha fatto seguito la presentazione e la condivisione del progetto con altri rappresentanti regionali della DPC.



Soluzioni di arredo a partire  
da 360 € al mq

# KOMAR

da 45 anni nel settore



**MQ 125**

- N° 14 MOBILI WALL SPACE
- N° 12 MOBILI ESPOSITIVI
- N° 3 GONDOLE ESPOSITIVE BIFACCIALI
- N° 1 ESPOSITORE CIRCOLARE
- N° 1 BANCO DERMO
- N° 1 BANCO VENDITA
- N° 7 COLONNE CASSETTIERE "ICAS"
- N° 1 BANCO AUTOTEST
- N° 2 BOX-LETTINO-SCRIVANIA
- N° 1 BANCO SMISTAMENTO
- N° 6 SCAFFALI SCORTE
- N° 1 BANCO LABORATORIO A NORMA
- N° 1 SCRIVANIA
- N° 2 MOBILI UFFICIO

IMPORTO A PARTIRE DA  
**€ 44.800 F.F. +IVA**



**MQ 80**

- N° 7 MOBILI WALL SPACE
- N° 8 MOBILI ESPOSITIVI
- N° 4 COLONNE CASSETTIERE "ICAS"
- N° 3 BANCHI SPECIALITA'
- N° 2 GONDOLE ESPOSITIVE BIFACCIALI
- N° 1 PARETE DOGATA
- N° 1 BANCO AUTOANALISI
- N° 1 PORTA SOFFIETTO
- N° 1 PIANO APPENDICE
- N° 1 SCRIVANIA
- N° 5 SCAFFALI SCORTE
- N° 1 BANCO SMISTAMENTO
- N° 1 BANCO LABORATORIO A NORMA

IMPORTO A PARTIRE DA  
**€ 28.440 F.F. +IVA**



Produzione interna



Show room



Oltre 4000 farmacie allestite



Via Mengaroni 20 - 61025 Montelabbate (PU)  
Tel. + 39 0721 491323 Fax 0721 491422

[info@afkfarmacie.it](mailto:info@afkfarmacie.it) [www.afkfarmacie.it](http://www.afkfarmacie.it)



AFK by Komar



### RISULTATI

Hanno aderito al progetto, compilando il questionario e commentandone i risultati, i rappresentanti di 11 regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche,

Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. Le basi contrattuali dell'accordo con le associazioni di categoria sono espone nella tabella 1, da cui subito si manifestano differenze significative a livello regionale (tabella 1).

Regione (no. abitanti)§	Documento di riferimento per accordo DPC	Validità	Firmatari accordo#	Budget dedicato	Onorario filiera (€)§§	Valore soglia (€)*
PIEMONTE (4.424.467)	-DGR 16-11775 del 20/07/2009 -DGR 20-13298 del 15/02/2010 -DGR 26-6900 del 18/12/2013	2 anni (scad. 2015**)	Regione Piemonte, FEDERFARMA-ASSOFARM	Sì	-5,50 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo >387.342,67) -6,73 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo <387.342,67) -7,68 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo <258.228,45)	No
LOMBARDIA (10.002.615)	-Delibera No. X/2566 del 31/19/2014	3 anni (scad. 2017)	Regione Lombardia, FEDERFARMA-ASSOFARM/ Confservizi	Sì	Farmacie con fatturato annuo >387.342,67 o rurali non sussidiate: -7,80 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico ≤150,00 + IVA) -10,50 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 150,01- 300,00 + IVA) -11,50 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 300,01-600,00 + IVA) -15,50 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico >600,01 + IVA) Farmacie rurali sussidiate o con fatturato annuo <387.342,67: -9,80 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico ≤150,00 + IVA) -13,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 150,01- 300,00 + IVA) -14,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 300,01-600,00 + IVA) -17,50 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico >600,01 + IVA)	Sì
VENETO (4.927.596)	DGR No. 2849 del 28/12/2012	3 anni (scad. 2016)	Regione Veneto, FEDERFARMA-ASSOFARM	Sì	-7,06 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo >387.342,67) -8,72 a conf. + IVA (farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo <387.342,87) -7,89 a conf. + IVA (farmacie urbane/rurali con fatturato annuo <258.228,45)	No
MARCHE (1.550.796)	-DGR No. 279/2013 -DGR No. 1428/2014 -DGR No. 881/2015 -DGR No. 941/2015 (rettifica e sostituzione allegato C della DGR No 881/15)	3 anni (scad. 2018)	Regione Marche, FEDERFARMA, ASSOFARM, CO.D.IN.	No	-3,50 a conf. + IVA (farmacie urbane/rurali con fatturato annuo >270.000) -4,00 a conf. + IVA (farmacie rurali con fatturato <270.000) -2,15% su prezzo al pubblico + IVA (CO.D.IN. Marche-Soglia margine distributori 23)	No
LAZIO (5.892.425)	Decreto Commissariale U00381/2013	2 anni (scad. 2015***)	Regione Lazio, FEDERFARMA-ASSOFARM	Sì	-6,60 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico ≤50 + IVA) -10 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 50,1-154,92 + IVA) -12 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 154,93-300 + IVA) -13 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 300,1-600 + IVA) -15 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 600,1-1000 + IVA) -20 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico >1000 + IVA) -6 a conf. + IVA (farmaci ex H/OSP 2)	Sì

**Tabella 1 – Basi contrattuali dell'accordo DPC-regioni e onorari**

A.Re.S. Agenzia Regionale Sanitaria; ADF Associazione Distributori Farmaceutici; CO.D.IN.

Consorzio di Distributori Intermedi.

§Dati ISTAT al 1-1-2015.

#Ove non altrimenti specificato, si intendono le sedi regionali di FEDERFARMA/ASSOFARM.

§§Comprensivo degli oneri della distribuzione intermedia, ove non altrimenti specificato.

\*Anche in assenza di valori soglia, generalmente non si inseriscono farmaci nella DPC se i prezzi in convenzionata sono inferiori a concordata riduzione a 8,00 a partire dal 1/01/2016

\*\*Prorogata a luglio 2016

\*\*\* Luglio 2016: la convenzione è in fase avanzata di rinnovo

Regione (no. abitanti)§	Documento di riferimento per accordo DPC	Validità	Firmatari accordo#	Budget dedicato	Onorario filiera (€)§§	Valore soglia (€)*
CAMPANIA NA3SUD (1.100.000)	Delibera ASL 159 del 03/04/2013 (in proroga)	1 anno	ASL NA3SUD, FEDERFARMA, ASSOFARM	SI	-6,25 a conf. + IVA	NO
PUGLIA (4.090.105)	DGR No. 1529/2014	3 anni (scad. 2017)	Regione Puglia, FEDERFARMA (regionale e provinciale), ASSOFARM, ADF, FEDERFARMA Servizi, A.Re.S. Puglia	SI	-6,10 a conf. + IVA (farmacie urbane) -7,10 a conf. + IVA (farmacie rurali) -2,25 a conf. + IVA (depositi intermedi)	SI (27)
BASILICATA (576.619)	-DGR No. 362 del 4/04/2013 - DGRB n. 1759 del 29/12/2015	3 anni (scad. 2016)	Regione Basilicata, FEDERFARMA, ADF	No	-4,00 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo >280.000) -5,00 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo 180.000-280.000) -6,00 a conf. + IVA (farmacie con fatturato annuo <180.000) -1,90 a conf. + IVA (depositi intermedi)	SI (27)
CALABRIA (1.976.631)	-DGR No. 398 del 24/05/2010 -DGR No. 7796 del 14/05/2010 -DPGR 100/2012 -DPGR 169/2012 -DPGR 184/2012 -DGR 5942/2013 -NOTA 2248/2013	3 anni (scad. 2016)	Regione Calabria, FEDERFARMA, ADF	Sì	-6,50 a conf. + IVA (4,60 farmacie + 1,90 depositi)	No
SICILIA (5.092.080)	D.A. 3/14 del 08/01/14	3 anni (scad. 2017)	Regione Sicilia, FEDERFARMA. Per disciplinare tecnico: Regione, ASL provinciali, FEDERFARMA, ADF, FEDERFARMA Servizi	No (Sì per ASP Palermo)	-3,40 a conf. + IVA (farmacie urbane) -5,70 a conf. + IVA (farmacie rurali) -1,10 a conf. + IVA (depositi). Soglia per ammissione grossisti 5%	No
SARDEGNA (1.663.286)	-DGR 5/18 del 8/02/2006 -DGR 38/8 del 8/07/2008 -DGR 2/20 del 19/01/2010 -DGR 51/22 del 28/12/2012 -DGR 53/9 del 29/12/2014	2 anni (scad. 2016)	Regione Sardegna FEDERFARMA ADF	Sì (a livello di ASL)	Farmacie con fatturato annuo >387.342,67 o rurali non sussidiate: -5,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico ≤50,00 + IVA) -8,40 a conf. + IVAa (farmaci con prezzo al pubblico 50,01-450 + IVA) -25,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico >450 + IVA) Farmacie rurali sussidiate o con fatturato annuo <387.342,67: -5,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico ≤50,00 + IVA) -11,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico 50,01-450 + IVA) -25,00 a conf. + IVA (farmaci con prezzo al pubblico >450 + IVA)	No



**Tabella 2 - Farmaci distribuiti in regime di DPC, volumi di erogazione e spesa**

PTOR Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale; NAO Nuovi anticoagulanti orali; EBPM Eparine a basso peso molecolare.

#Spesa farmaceutica territoriale comprendente convenzionata netta + DD classe A + DPC.

¶Riferiti ad acquisto farmaci (IVA inclusa), esclusi oneri di erogazione.

Regione	Farmaci in DPC			Confezioni erogate nel 2014 (no.)	Volume spesa (€)¶		% DPC su totale spesa farmaceutica territoriale (2014)#
	Allegato 2	Ex H/OSP 2	Altri (non A/PHT)		2014	2015	
PIEMONTE	SI*	NO	NO	2.303.222	95.236.300	103.980.202	Non disponibile
*Eccezioni: fattori di coagulazione metilfenidato, ossigeno terapeutico, metadone, buprenorfina+ naloxone, boceprevir, telaprevir							
LOMBARDIA	SI	NO*	NO	2.189.594** (16feb -31dic 2015)	156.213.985 (DPC non attiva centralizzata)	167.231.030	8,25%
*Eccezione: APapixaban,dabigatran, rivaroxaban							
VENETO	SI	NO*	NO	1.416.930	63.495.292	69.542.656	7,72%
*Eccezione: dabigatran, rivaroxaban							
MARCHE	SI	NO	SI*	1.154.494	43.491.805	42.911.403	14%
*Eparine							
LAZIO	SI	SI*	NO	3.027.439	206.664.000	215.167.000	15,30%
*Farmaci per epatite B e alcuni NAO							
CAMPANIA-NA3SUD	SI	NO	SI*	637.213 743.703 (2015)	28.893.542 (totale regione nel 2014 134.101.630)	32.097.697 (totale regione nel 2015 138.359.872)	Non disponibile
*Albumina, immunoglobuline							
PUGLIA	SI	NO*	NO	1.903.388	131.064.613	133.975.757	9,90%
*Eccezione: alcuni NAO							
BASILICATA	SI*	NO	NO	329.434	16.871.341	18.095.981	26,48% (2015)
*Eccezioni: ossigeno terapeutico, fattori di coagulazione, ATC B02BD							
CALABRIA	SI*	SI**	NO	1.374.127	80.082.810	85.359.070	28,32%
*Eccezioni: metilfenidato, Nota 65, ossigeno terapeutico, 648, farmaci per fibrosi cistica, stupefacenti **:dabigatran,imatinib,tadalafil,posaconazolo, micofenolato sodico, pilocarpina cloridrato, telbivudina, omalizumab, linezolid, sildenafil, voriconazolo,							
SICILIA (dato parziale, ASP Palermo)	SI*	NO	NO	542.264	23.123.510 (totale regione nel 2014 94.349.332)	15.137.007 (totale regione nel 2015 123.201.514)	10%
*Eccezioni: fattori di coagulazione, NAO, ticagrelor, prasugrel							
SARDEGNA	SI*	NO**	SI***	1.191.168	38.500.646	46.743.507	9,37%
*Eccezioni: metilfenidato, Nota 65, ossigeno terapeutico, metadone, atomoxetina, valaciclovir, valgaciclovir **Eccezione: apixaban,dabigatran, rivaroxaban ***EBPM, teriparatide, pramipexolo							

Un altro aspetto di grande diversificazione tra le regioni riguarda la tipologia dei farmaci inseriti o meno nella DPC (tabella 2). Le modalità di acquisizione dei farmaci sono varie (tabella 3). Le regioni si avvalgono sia di procedure negoziate, sia di gare regionali centralizzate o Aree Vaste, sia di Accordo Quadro.

In alcune regioni coesistono modalità di acquisizione diverse. Per quanto riguarda i sistemi informatici di supporto per l'implementazione della DPC, tutte le regioni, con eccezione della Basilicata, dispongono del sistema WEBDPC e si avvalgono anche di sistemi interni aggiuntivi.

**Tabella 3 - Modalità di acquisizione dei farmaci in DPC e gestione dei processi distributivi**

A.Re.S. Agenzia Regionale Sanitaria; CRAS Centro Regionale Acquisti per la sanità; CO.D.IN. Consorzio di Distributori Intermedi; PTOR Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale; So.Re.Sa. Società Regionale per la Sanità.

<sup>a</sup>utilizzo di software sviluppato da CO.D.IN

Regione	Processo di acquisizione farmaci	Modalità distributive	Modalità di aggiornamento elenco farmaci					Sistemi informatici		
			Procedura di acquisizione	Centrale appaltante	ASL regionali di riferimento	Distributori capofila	Farmacie coinvolte (no.)	Quando	PTOR vincolante per A/PHT	WEB DPC
PIEMONTE	Gara regionale, procedura negoziata	SI	UNICA	2	1587	MENSILE	NO	SI	SI	SI
LOMBARDIA	Gara regionale, procedura negoziata	SI	UNICA	4	2863	ANNUALE	NO	SI	SI	SI
VENETO	Gara regionale già attiva o espletata da singole Aree vaste/ASL	SI (CRAS)	4 Aree Vaste, 5 ASL singole	3	1313	MENSILE	NO	SI	SI	SI
MARCHE	Procedura negoziata	SI	No, gestita da CO.D.IN. Marche	1 Distributore Unico (no capofila)	512	AL BISOGNO	NO	NO <sup>a</sup>	SI	SI
LAZIO	Procedura negoziata, gara regionale	SI (Direzione Salute)	UNICA	2	1504	AL BISOGNO	NO	SI	SI	SI
CAMPANIA-NA3SUD	Gara regionale	SI (So.Re.Sa.)	-	1	262	AL BISOGNO	NO	SI	SI	SI
PUGLIA	Procedura aperta per equivalenti (Lista Trasparenza AIFA) e farmaci in comarketing; procedura negoziata per brand name	SI (A.Re.S)	-	18 (no capofila)	1118	AL BISOGNO	NO	SI	SI	SI
BASILICATA	Gara regionale, trattativa privata	NO	2	2	245	Semestrale o al bisogno	NO	NO	SI	NO
CALABRIA	Richiesta adesione ditte fornitrici ad Accordo Quadro	NO	UNICA	1	773	AL BISOGNO	NO	SI	SI	SI
SICILIA	Gara regionale centralizzata	NO	9	NO	1472	AL BISOGNO	SI	SI	SI	SI
SARDEGNA	Gara Area Vasta Centro-Nord Sardegna	NO	UNICA	3	583	AL BISOGNO	SI	SI	SI	NO



## DISCUSSIONE

Emerge subito dai dati la mancanza di uniformità nelle modalità di gestione della DPC tra le varie regioni, che riflette la situazione generale di elevata decentralizzazione del Sistema Sanitario in Italia, molto discussa, e che rende difficile una valutazione globale di questo modello distributivo. Al di là delle differenze, si notano però anche molti punti di convergenza, percorsi simili dettati dalla necessità di affrontare problematiche comuni. Ora i modelli gestionali della DPC sembrano più chiari. In alcune regioni (Piemonte, Lombardia, Lazio, Calabria e Sardegna) si è scelta un'unica Azienda Sanitaria Capofila di riferi-

mento per l'acquisto dei farmaci destinati alla DPC, per la distribuzione su tutto il territorio regionale, per la gestione dei distributori, degli ordini e dei pagamenti. In questo caso il Settore Finanziario Regionale provvede mensilmente a stornare alle ASP i costi di propria competenza, ed assegnare all'ASP Capofila il fondo necessario per la gestione della DPC. La logistica è gestita dai distributori di riferimento/distributore Capofila, che provvedono all'erogazione dei farmaci alle farmacie convenzionate. Anche nelle Marche si è scelto un referente regionale unico, identificato nel CO.D.IN. ovvero un consorzio di distributori. In Veneto, Campania e Puglia l'acquisto dei farmaci è centralizzato, ma il processo distributivo è gestito attraverso le AA.SS. (singolarmente o riunite in Aree Vaste, come in Veneto). In Basilicata e Sicilia, la DPC è gestita in modo del tutto autonomo dalle ASP. Le basi contrattuali della DPC sono sancite da accordi tra la Regione e i rappresentanti delle associazioni di categoria, con l'unica eccezione costituita dalla Campania. Sarebbe opportuno a livello dei decisori del governo centrale, valutare un accordo unico nazionale per la DPC che potrebbe comportare vantaggi per il SSN e per cittadini.

Un aspetto da evidenziare delle disparità tra regioni (ma anche all'interno della stessa regione) è costituito dagli onorari della filiera, che variano molto, con l'eccezione della Calabria, tutte le altre regioni prevedono quote variabili a seconda del reddito e della classificazione (urbane vs rurali) delle farmacie. Chiaramente sono molte le variabili che entrano in gioco nel determinare i compensi dovuti alla filiera: le peculiarità territoriali (inclusa l'agibilità delle vie di comunicazione), l'efficienza generale del sistema ma anche il diverso potere contrattuale degli enti negozianti, determinato, tra gli altri fattori, anche dalla popolosità delle aree interessate e dal volume di farmaci erogati in regime di DPC.

Un altro aspetto che merita un approfondimento riguarda la lista dei farmaci inclusi nella DPC per le diverse regioni, i criteri di inclusione e l'iter cui va incontro un farmaco destinato alla DPC, dalla classificazione all'inserimento nelle liste regionali.

Un importante aspetto del processo distributivo

## GLOSSARIO FARMACO ECONOMICO

### • [Prontuario della Continuità Terapeutica Ospedale-Territorio \(PHT\):](#)

Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale-Territorio, contenente l'elenco dei farmaci a distribuzione diretta da parte delle strutture pubbliche. Il PHT ha come obiettivo quello di garantire un equilibrio nella logica distributiva complessiva dei farmaci, in un assetto di miglioramento sanitario capace di contemperare anche il governo della spesa farmaceutica.

In riferimento al setting assistenziale e quindi alla modalità distributiva, vengono a delinearsi 3 ambiti della terapia: l'Area H, ovvero della terapia intensiva ed esclusivamente ospedaliera, il cui strumento è il Prontuario Ospedaliero; l'area H-T della presa in carico e della continuità terapeutica, con il Prontuario PHT; l'area T della cronicità e delle terapie a breve termine, con prescrizioni da parte dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta tramite il Prontuario Farmaceutico Nazionale.

Il PHT non ridefinisce di per sé le fasce di rimborsabilità (A,C,H) con cui non vanno confuse.

### • [Distribuzione per conto \(DPC\):](#)

La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Tale distribuzione può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto). Questa sezione fornisce alcune informazioni di carattere generale sul Monitoraggio delle prestazioni erogate in Distribuzione diretta o per conto.



STUDI ANALISI VALUTAZIONI ECONOMICHE  
Health Economics & Outcomes Research

fortemente condizionato dall'efficienza dei sistemi informatici è costituito dalla gestione dei resi. Raramente gli accordi per la DPC prevedono, nei minimi dettagli, le modalità per la gestione dei resi, ed è per questo che molte amministrazioni hanno elaborato dei regolamenti interni al riguardo. Una corretta gestione dei resi, quindi, costituisce un contributo importante alla lotta agli sprechi e al contenimento della spesa farmaceutica.

## CONCLUSIONI

Dall'analisi sulla DPC in Italia, che ha coinvolto 11 regioni, emerge un processo in continua evoluzione e in fase di perfezionamento, caratterizzato da notevoli differenze ma anche da problematiche comuni, affrontate spesso con percorsi simili. Molte esperienze maturate all'interno delle singole amministrazioni per ottimizzare i vari processi recherebbero, se condivise, un indubbio beneficio all'efficienza del sistema distributivo in sé, al di là delle peculiarità regionali e locali. In particolare, obiettivi delle Regioni potrebbero essere quelli di: «definire e stabilire degli indicatori di performance comuni (in toto o in parte), tali da poter indicare un benchmark nazionale», valutare l'efficacia degli approvvigionamenti e della logistica confrontando in modo specifico i diversi sistemi regionali, ad esempio su procedura dei mancanti e loro monitoraggio, gestione delle scorte, valore impegnato, quantità e punto di riordino » rendere più efficiente il WEB-DPC sfruttandone tutte le potenzialità e le possibili interfacce con gli applicativi locali.

Pensiamo che un maggiore dialogo tra i gestori della DPC e un confronto inter-regionale aperto e continuo sui temi di maggiore interesse, come nell'esperienza qui presentata, con proposte a livello nazionale, apporterebbero notevoli miglioramenti nella gestione territoriale della DPC, nonché una maggiore uniformità ed efficienza del sistema distributivo.

**(Chi volesse approfondimenti consultando la bibliografia potrà richiederla all'indirizzo email: [giorgio.colombo@savestudi.it](mailto:giorgio.colombo@savestudi.it))**

S.A.V.E. I Studi Analisi Valutazioni Economiche è una società di ricerca, consulenza e formazione in Economia Sanitaria, Farmacoeconomia e Outcomes Research, nata nel 1994 a Milano, primo punto di incontro tra patrimonio teorico, modelli accademici ed esperienza delle imprese in Italia. Fornisce molteplici strumenti di supporto articolati in funzione dei processi decisionali degli Enti, delle aziende e degli operatori nel settore sanitario e farmaceutico che desiderano realizzare un più efficace utilizzo di risorse.

E' associata all'ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research). E' partner dell'editore internazionale medico scientifico DOVE Medical Press che pubblica in via esclusiva sulle proprie riviste indicizzate, tutti i lavori realizzati da S.A.V.E.

S.A.V.E. è editor di Clinico Economics, una rivista peer reviewed di farmacoeconomia e outcomes research sulle conseguenze economiche e di politica sanitaria di dispositivi medici e strategie farmacologiche.

S.A.V.E. in collaborazione con DOVE Medical Press, fornisce in esclusiva reprints ed eventuali personalizzazioni dei lavori pubblicati su questa rivista.

Lo staff di S.A.V.E. è formato da un consolidato gruppo di ricercatori e professionisti di provata esperienza nelle aree medica, farmaceutica, economica, statistica e di politiche socio-sanitarie. Tutti i partner e i membri del comitato etico scientifico sono impegnati attivamente in ambito accademico e mantengono un costante rapporto con i dipartimenti e gli istituti universitari cui afferiscono.

S.A.V.E. collabora inoltre con una vasta rete di consulenti esterni, creatasi nel corso di vent'anni di attività attraverso le sinergie sviluppate con interlocutori accademici, istituzionali, clinici e organizzazioni di ricerca a livello nazionale e internazionale.

Le principali attività di S.A.V.E. sono:

- Data analysis & modelling for health technology assessment – HTA
- Pharmacoeconomics & Outcomes Research
- Medical Writing & Communication
- Pricing & Reimbursement
- Training