

## DISTRIBUZIONE DIRETTA E DISTRIBUZIONE PER CONTO

### Le canalizzazioni Distributive

**Roberta Di Turi**  
Segretario Generale Fassid Sinafo

Gruppo di lavoro: **R. Di Turi, G. Console, L. Paese, A. Blasi, E. Pagnozzi, M. De Rosa**

### PREMESSA

Con le leggi di Riforma Mariotti - Leggi 221/68 e 475/68 le farmacie private, grazie a una convenzione specifica, hanno dispensato medicinali in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Questa esclusiva delle farmacie private è durata quindi per oltre 30 anni fino a quanto con DL 347/2001, poi convertito nella legge 405/2001, le **farmacie ospedaliere** sono tornate a poter distribuire direttamente i medicinali in alcune condizioni specifiche: **alle dimissioni dal ricovero, al termine di una visita specialistica o nell'ambito di una presa in carico complessiva.**

In realtà si sono succeduti nel tempo tutta una serie di provvedimenti normativi decisi da Parlamento, Governo o dal Ministero della Salute che hanno consentito alle strutture pubbliche di dispensare farmaci per il tramite dei propri servizi farmaceutici a pazienti oncologici o affetti da HIV, per migliorare le condizioni clinico assistenziali a livello domiciliare. Si cita ad esempio il DPR 384/90, art. 62, con il quale si dà, per la prima volta, attraverso una norma contrattuale, la possibilità alle farmacie ospedaliere di dispensare, «in distribuzione diretta all'utenza, farmaci, presidi e prodotti previsti dall'assistenza farmaceutica integrativa, nonché per la produzione in proprio di prodotti galenici».

La norma, all'epoca, fu contrastata da FEDERFARMA, ma il ricorso fu rigettato e, pertanto, la norma rimase in vigore garantendo un primo abbozzo di distribuzione diretta in forma di assistenza domiciliare e day hospital.

La legge 405/01 introdusse, poi, oltre alla **diretta pura (DD)**, anche un'altra forma di **distribuzione "diretta" (DPC)**, che consentiva l'impiego della rete delle farmacie convenzionate con SSN per la distribuzione di medicinali **in nome e per conto** della ASL o della Regione. Per questo, le Regioni o le AASSLL, previo accordo con i sindacati delle farmacie private e pubbliche dei comuni e aziende municipalizzate (rispettivamente **Federfarma e Assofarm**) remuneravano questo servizio con due possibili modalità: percentuale o prestazionale.

Nelle ASL, ben prima della promulgazione della **L. 405/01**, erano stati predisposti veri e propri **prontuari della distribuzione diretta (PDD)** che si potevano differenziare per ASL, per Distretto o per Presidio ospedaliero. Questa molteplicità di elenchi e la variabilità che ne era conseguita, portarono alla emanazione di un **DM nel 2000** e di una **Nota CUF 37** che avvalorava la **coesistenza** dispensativa di una serie di prodotti con le farmacie aperte al pubblico da parte delle farmacie ospedaliere: la cosiddetta DVD, acronimo che stava per **Duplici Via di Distribuzione**.

Tutto questo fino al 2004, anno di costituzione di AIFA e anno di **introduzione del PH-T (il prontuario ospedale territorio)** che si poneva l'obiettivo di ridurre la variabilità preesistente nella distribuzione diretta.

### IL VALORE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA

Con l'inclusione dei nuovi farmaci in PHT, le Regioni vengono autorizzate ad indicare se dispensarli nell'ambito della diretta "pura", ovvero con la DD, o con la DPC oppure attraverso la scelta di un mix tra le due.

**È DEL TUTTO EVIDENTE CHE QUESTO MODELLO DISPENSATIVO della distribuzione diretta (DD+DPC) ha determinato la sottrazione al canale farmacia (retail) della vendita di un numero consistente di prodotti e conseguentemente del loro valore.**

Nel tempo gli importi a valore sono aumentati in maniera consistente e le ragioni sono molteplici ma, tra queste, emerge che **il risparmio delle ASL è di oltre il 50%** dell'ammontare del valore di questi prodotti a fronte di una spesa di investimento modesto compreso quello che riguarda il personale impegnato.

La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie del SSN, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio.

La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto).

Tale forma di erogazione si è sviluppata in modo consistente, nell'arco di un decennio, a seguito di diverse disposizioni legislative volte a:

- garantire la continuità assistenziale, mediante la creazione di un'area terapeutica tra la terapia intensiva (ospedale) e la cronicità (medicina territoriale);
- monitorare l'appropriatezza di utilizzo di determinati medicinali;
- agevolare l'accesso ai medicinali da parte di specifiche categorie di pazienti;
- salvaguardare la gestione finanziaria del SSN mediante il contenimento della spesa farmaceutica.

La distribuzione diretta può essere organizzata secondo due modelli.

- **Il primo modello** consiste nella erogazione del medicinale all'assistito attraverso le strutture delle Aziende Sanitarie (distribuzione diretta propriamente detta). In tal caso, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere acquistano i medicinali, secondo le condizioni di norma previste per il Servizio Sanitario Nazionale e li distribuiscono, mediante le proprie strutture, direttamente ai pazienti per il consumo al proprio domicilio.
- **Il secondo modello** si basa, invece, su un accordo tra regione/ASL e distributori (grossista e/o farmacia) per la distribuzione del medicinale all'assistito (distribuzione per conto). In tal caso i medicinali vengono generalmente acquistati dalle ASL/regioni ma distribuiti all'assistito, per loro conto, dalle farmacie convenzionate aperte al pubblico. Gli accordi prevedono, in genere, la **remunerazione** del servizio di distribuzione sulla base di una percentuale sul prezzo al pubblico del medicinale o di una commissione per confezione o ricetta.

Fonte: Ministero della Salute Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica Luglio 2017. Sitoweb: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1536\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1536_allegato.pdf)

Tabella 1. Forme alternative di distribuzione nella valutazione dei costi (Jommi C. da SDA Bocconi – 2005)

| Distribuzione diretta  | Distribuzione per conto   | Distribuzione in conv.                      |
|--|---|---|
| Mancata remunerazione della distribuzione                        | Minore remunerazione della distribuzione (con diverse forme: % sul p.p. o a prestazione )   | Remunerazione ordinaria della distribuzione |
| Costi aggiuntivi legati alla gestione degli acquisti / magazzini | Costi aggiuntivi legati alla gestione degli acquisti / proprietà di farmaci in conto deposito ed alla gestione separata delle ricette | Costi ordinari della gestione delle ricette |
| Eventuali costi aggiuntivi (ad esempio, personale)               | Eventuali costi aggiuntivi (ad esempio, sistemi per la gestione separata delle ricette)   | No costi aggiuntivi                         |

Tabella 2. Esempio del Lazio - FARMACI PHT - MODELLI E COSTI DELLA DISTRIBUZIONE NELLA REGIONE LAZIO (anni 2020-2021)

| <b>2021</b>   |                                      |                         |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| <b>DISTRIBUZIONE DIRETTA</b>  | <b>DD</b>                            | <b>€ 548.948.667,00</b> |
|   | ST                                   | € 304.129.370,00        |
|   | FILE R                               | € 169.095.154,23        |
| <i>Fonte Dati: Sistema Informativo Regione Lazio SIGES</i>          |                                      |                         |
| <b>DPC</b>  | VALORE                               | € 302.763.616,00        |
|   | REMUNERAZIONE                        | € 69.796.636,00         |
|   | <b>TOTALE</b>                        | <b>€ 372.560.252,00</b> |
|   | <b>INCIDENZA %<br/>REMUNERAZIONE</b> | <b>19%</b>              |
| <i>Fonte Dati: Piattaforma Documentale Regione Lazio - Alfresco</i> |                                      |                         |

| <b>2020</b>   |                                      |                         |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| <b>DISTRIBUZIONE DIRETTA</b>  | <b>DD</b>                            | <b>€ 534.674.254,00</b> |
|   | ST                                   | € 276.928.161,00        |
|   | FILE R                               | € 168.322.755,27        |
| <i>Fonte Dati: Sistema Informativo Regione Lazio SIGES</i>          |                                      |                         |
| <b>DPC</b>  | VALORE                               | € 295.499.266,00        |
|   | REMUNERAZIONE                        | € 65.131.036,00         |
|   | <b>TOTALE</b>                        | <b>€ 360.630.302,00</b> |
|   | <b>INCIDENZA %<br/>REMUNERAZIONE</b> | <b>18%</b>              |
| <i>Fonte Dati: Piattaforma Documentale Regione Lazio - Alfresco</i> |                                      |                         |

#### I PAZIENTI CHE FRUISCONO DELLA «DIRETTA»

I pazienti che fruiscono della dispensazione diretta sono una parte minoritaria derivante da prestazioni ospedaliere o ambulatoriali. Di solito questi pazienti si avvantaggiano di un percorso semplificato grazie alla possibilità offerta di ritirare nell'immediato i medicinali oggetto di prescrizione specialistica all'atto delle dimissioni o al momento immediatamente successivo all'accesso nella struttura del SSR per prima visita o i controlli programmati.

Rientrano nella distribuzione diretta le prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo al domicilio, erogate:

- alla dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
- ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico;
- ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale;
- da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende Sanitarie Locali.

### **I VALORI IN GIOCO: 6 MILIARDI DI EURO**

La consultazione dei report annuali dell'Osservatorio Nazionale sui consumi e la spesa dei medicinali che, il Ministero della Sanità prima e AIFA poi, pubblica fin dal 2001, rende conto dell'impatto economico di queste canalizzazioni distributive del farmaco.

Prendendo solo il dato più recente ripreso dal report relativo all'anno 2020 **la spesa complessivamente per DD e DPC è stata di 8,4 miliardi di euro** (OsMed 2020: pag. 6 e pag. 131), con un'incidenza rispettivamente del 75% vs 25% circa. Questo significa che **la diretta vale oltre 6 miliardi di euro**.

Sempre grazie al rapporto sappiamo che "La distribuzione diretta presenta un'incidenza diversa tra le diverse regioni: maggiore in **Emilia-Romagna** (89,6%) e **Sardegna** (83,3%), minore in **Calabria** (50,7%) e **Lazio** (63,8%)".

### **EFFETTI ECONOMICI DEL PASSAGGIO DALLA DIRETTA ALLA CONVENZIONATA**

E' di tutta evidenza, quindi, che **l'ipotetico passaggio dalla disperazione diretta a quella convenzionata determina un aumento della spesa valutabile in 6 miliardi di euro**.

Il risparmio sulla spesa convenzionata della «diretta» si aggira sul 50%, grazie a quanto è possibile ottenere dalla contrattazione nelle gare. **Conseguentemente la spesa che si avrebbe se tutta la diretta passasse alla convenzionata sarebbe di oltre 12 miliardi di euro. La spesa per il SSN aumenterebbe di oltre € 6 miliardi rispetto ad oggi**. I farmaci di classe H rappresentano la maggior quota di spesa (50,9% classe H e 48,9% classe A).

Se anche solo transitassero i farmaci in classe A "pari a circa il 49%", si tratterebbe sempre di **3 miliardi di euro in più** a carico delle casse regionali. Se questi ultimi transitassero invece tutti dalla DD alla DPC si avrebbe un incremento di circa 600 milioni di euro per il costo del servizio, valutabile mediamente intorno al 20% (composto da un 19% come da dato della Regione Lazio, di cui alla tabella 2, più un 1% per i grossisti). **Si evidenzia che questo dato non viene conteggiato nella spesa dei farmaci ed oggi non è facilmente disponibile a livello di tutte le Regioni e perciò andrebbe acquisito in questa indagine**. Comunque è sempre un costo più alto rispetto allo stanziamento annuale fatto dallo Stato per i farmaci innovativi oncologici!

### **LA PERDITA DI RICAVI E DI PROFITTI DA PARTE DELLE FARMACIE PRIVATE**

Negli anni la perdita di ricavi per le farmacie private è sensibilmente peggiorata. Il peggioramento è riconducibile all'avvento dei generici, all'incremento della distribuzione diretta da parte delle Regioni attraverso le farmacie ospedaliere e quelle territoriali delle ASL, o dalla DPC, ma anche, alla rimodulazione del compenso del servizio dopo l'abbandono della forma percentuale e il passaggio a quello prestazionale (anche se modulato per dimensione e fatturato di farmacia con diversificazione tra regione e regione in base ad accordi locali).

#### **Le cause**

I ricavi per i prodotti distribuiti nel canale *retail* sono condizionati da tre fattori: quantità, prezzo e mix ma, soprattutto, dalla genericazione dei prodotti che abbassa il valore economico medio e dal fatto che i nuovi prodotti, generalmente a prezzi più elevati, sono immessi sul mercato con classificazione H destinati, quindi, all'acquisto diretto e sottratti al canale farmacia.

#### **I rimedi**

Oltre ai prodotti erogati da tempo in base ad accordi regionali (diabete e protesica ad esempio), con l'avvento della Farmacia dei servizi, di cui all'art.11 della legge n. 69 del 18-6-2009 (G.U. n. 140 del 19.06.2009 S.O), le farmacie convenzionate possono erogare tutta una serie di servizi aggiuntivi, finanziati a parte, che fanno recuperare parte del fatturato perso.

Si cita, ad esempio, il servizio Recup, con costi da 1 a 3 euro a prenotazione carico delle Regioni, i prelievi per alcune tipologie di indagini, con costi che vanno dai 6 ai 18 euro, gli screening e quanto altro previsto dalla legge. Senza parlare dell'emergenza Covid che ha visto esplodere i fatturati in tamponi e vaccini.

#### LE RICERCHE ED ANALISI SU DD E DPC

Alla domanda che ci si deve porre sulle liceità/opportunità delle scelte opzionali tra i due modelli distributivi (DD versus DPC), è il caso di ricordare, oltre agli aspetti economici già rappresentati, anche quelli relativi a alle seguenti due considerazioni:

- **La DPC non si fa a titolo gratuito** in quanto prevede, come è giusto che sia, una remunerazione per le farmacie private dettata da specifici accordi regionali. In alcune regioni è legata al valore del farmaco, in altre all'atto professionale (a nostro avviso più corretto). Esiste una variabilità a livello nazionale che va calmierata ed armonizzata.
- **La DPC non ha alcun costo di impresa per le farmacie private** convenzionate, in quanto il farmaco lo acquista il SSR che gestisce gare e lo distribuisce tramite una rete di depositi (adeguatamente remunerati).

Si fa infine notare che la conclusione dello Studio Oasi del 2017\* evidenzia che:

«L'adozione di un modello misto (DD e DPC) risulta meno costosa rispetto ad un modello a sola DD o a sola DPC, con una minimizzazione dei costi in presenza di un mix sbilanciato sulla DD.

Un modello a sola DD produrrebbe costi più bassi rispetto alla sola DPC, in quanto dalle analisi di letteratura i costi organizzativi della DD sarebbero inferiori alle tariffe concordate in DPC».

#### CONSIDERAZIONI RELAZIONATE ALLO SPECIFICO OGGETTO DELL'AUDIZIONE

Nel tempo, per l'aumento esponenziale dei volumi di farmaci inseriti dal legislatore nel PHT e anche per calmierare i tetti di spesa della farmaceutica ospedaliera e convenzionata, molti principi attivi, inizialmente dispensati in DD, sono stati collocati in DPC.

Chi acquista è sempre il SSR e l'erogazione raggiunge il pubblico attraverso le farmacie di comunità (prevalentemente private). Mentre i farmaci a maggiore rischio di errore, minore maneggevolezza e con profilo clinico a rischio, sono rimasti in DD.

#### **La DD invece è garantita dalle Farmacie Ospedaliere e dai Servizi Farmaceutici delle ASL**

Nelle ASL si garantisce un lavoro **di qualità e senza sprechi anche grazie alla collaborazione in rete tra le farmacie del SSR.**

I farmaci distribuiti dai farmacisti pubblici, sono quelli ad alto monitoraggio, prescritti da medici specialistici e destinati a pazienti che necessitano di controlli ricorrenti.

Il sistema è ormai organizzato da un ventennio ed ha sempre garantito sia la qualità del servizio, sia la sua economicità (acquisti senza intermediari e costi ridotti di almeno il 50%).

Il tutto a garanzia della riduzioni dei costi che hanno permesso di contenere gli aumenti legati alla immissione in commercio ed alla erogazione ai cittadini di farmaci innovativi ad alto costo (ad es. oncologici, HIV, Epatite, malattie rare).

Nella DPC il medicinale **non è mai gestito a scorta**, quindi il cittadino si reca in farmacia almeno due volte, (per ordinare e per ritirare il medicinale prenotato). Spesso il cittadino deve comunque **prima recarsi al centro prescrittore per avere la prescrizione.**

Per molti farmaci, quindi, il cittadino è favorito dalla organizzazione che ne prevede l'erogazione presso la farmacia ospedaliera della stessa struttura - sede del centro prescrittore - il che consente di **ritirare subito il farmaco** (sempre giacente in scorta secondo i flussi dei consumi registrati). **In tale situazione il vantaggio è palese!**

Aspetto altrettanto importante è **il monitoraggio del paziente** da parte delle strutture eroganti. Il cittadino utente viene continuamente monitorato dal clinico e dai farmacisti ospedalieri coinvolti all'interno delle equipe multidisciplinari.

Per molte realtà, inoltre, è già attivo un servizio di *Home-Delivery*, che prevede l'erogazione di Farmaci a domicilio del paziente già incentivato dalla pandemia e spesso garantito dalle stesse aziende produttrici, per cui il cittadino può vedersi **recapitato il farmaco a domicilio senza alcun disagio**. Modalità, quest'ultima, che sta prendendo piede anche in forza della prossima digitalizzazione sanitaria prevista dal Piano PNRR Missione 6 C1 (Specialista-MMG-Farmacista Ospedaliero).

Nel prossimo futuro avremo nei Distretti un maggior numero di Case di comunità, Ospedali di prossimità e altre strutture sanitarie sul territorio, perfettamente integrate in team multidisciplinari con le Farmacie ospedaliere e i **Servizi Farmaceutici Territoriali** delle ASL, riducendo ulteriormente i presunti attuali disagi per alcuni cittadini.

E' auspicabile per questo una implementazione ed un miglioramento dei percorsi d'accesso nelle Strutture pubbliche, inserendo questo obiettivo nel prossimo disegno della sanità territoriale, favorendo l'home delivery per i pazienti più critici.

**Quanto agli organici relativi ai Farmacisti del SSN impegnati nelle attività gestionali e dispensative dei medicinali in DD**, si deve sottolineare che dal 2001 a tutt'oggi non ci sono stati consistenti incrementi di organico ma, al contrario, tali attività sono state **aggiunte alle normali linee di attività espletate dalle Farmacie Ospedaliere e dei Distretti Sanitari delle ASL**.

**Pertanto, anche inserendo il costo delle risorse umane, si può oggettivamente calcolare che non più del 20 % degli organici è stato dedicato alla DD.**

I farmacisti SSN non superano attualmente le 3000 unità. Calcolando che un farmacista pubblico rappresenta un costo lordo annuale pari a circa 60.000 euro, il 20% (600 farmacisti) rappresenta un costo pari a 36.000.000 di Euro: cifra evidentemente di gran lunga inferiore a quella che deriverebbe da un passaggio totale alla DPC. Se anche mettessimo nel conteggio il personale di supporto, stimato in 3 operatori per ogni farmacista del SSN, si aumenterebbe la spesa di altri 54 milioni, arrivando ad un totale di 90 milioni anno di spesa di personale. Cifra evidentemente di gran lunga inferiore a quella che deriverebbe da un passaggio alla DPC della sola fascia A **per il solo costo del servizio sopra evidenziato** (rapporto di circa 1 a 6,7 a favore della DD).

Riguardo ai costi sommersi, le cui cause vengono analizzate in maniera impropria e generalizzata a pag 4 del documento programmatico della presente indagine conoscitiva, si sottolinea che gli *scaduti* presunti non vengono prodotti, perché le farmacie delle ASL, sono da anni abituate a gestire le poche risorse disponibili compatibilmente con i fabbisogni registrati e in rete con le altre farmacie ospedaliere regionali, con scambi continui che evitano elevati stoccaggi. Inoltre, **Il monitoraggio continuo del paziente, permette di fare acquisti mensili calibrati sul fabbisogno mensile, al massimo due mesi come previsto dalla normativa, e a garanzia di una distribuzione senza sprechi.**

D'altronde il rischio scaduti, anche maggiorato, è insito nella DPC in quanto, mancando la preventiva presa in carico del paziente, per le farmacie convenzionate e aperte al pubblico non si intravede alcuna possibilità di prevedere in modo preciso i consumi.

Nella Distribuzione Diretta i magazzini già presenti all'interno delle Farmacie Ospedaliere e Distrettuali delle ASL anche in epoca antecedente la DD, garantivano e garantiscono ancora le scorte per pazienti ricoverati nei propri ospedali e afferenti alle strutture territoriali (Case della salute, Hospice, Carceri, RSA ecc.), perciò **non esistono nel SSN magazzini dedicati esclusivamente alla sola DD.**

**Il costo sociale principale** messo in evidenza è rappresentato dallo spostamento dell'assistito (o caregiver) verso gli ospedali o i servizi di interesse, ma lo stesso assistito dovrebbe comunque recarsi dal medico curante per sostenere la visita o il controllo.

Va considerato, a tal proposito, che:

- spesso **l'assistito si sente più a suo agio in ambito ospedaliero** e sanitario pubblico, riconoscendo agli operatori sanitari specialisti prescelti un grado di competenza superiore;
- **le Aziende sanitarie mettono in atto, laddove possibile, strumenti e strutture per favorire l'accesso dei pazienti**, arrivando per i più fragili all'erogazione a domicilio, anche in collaborazione con le Aziende farmaceutiche, come ad esempio progetti già operativi per la sclerosi multipla e per malattie rare;

- peraltro **nulla vieta all'azienda sanitaria di stipulare in tutta autonomia o in accordo con la Regione, per le postazioni orograficamente più svantaggiate e prive di accessi pubblici**, convenzioni con le stesse farmacie private per alcune classi di farmaci.

**Sotto il profilo sanitario e della compliance** regna nell'immaginario comune un'idea sbagliata sui pazienti fragili, cronici e non solo, afferenti ai servizi pubblici. Tuttavia Si evidenzia invece che resta importante il monitoraggio del paziente da parte delle strutture eroganti:

- Attualmente il cittadino viene continuamente monitorato dal clinico e dai farmacisti coinvolti all'interno delle equipe multidisciplinari, spesso con il coinvolgimento dei MMG e dei PLS.
- Non c'è miglior modo di favorire la compliance del paziente e l'aderenza alla terapia che quello di essere seguito costantemente dalle stesse strutture eroganti il farmaco. E tutto questo è ad oggi garantito dalla distribuzione diretta del farmaco per il tramite delle strutture pubbliche, favorendo l'alleanza terapeutica tra sanitari e paziente.
- E' di tutta evidenza che non potrà essere scontato l'intervento del farmacista privato sull'aderenza alle terapie in un contesto sufficientemente complesso (ad esempio il rapporto con i medici di medicina generale, con gli specialisti, le note problematiche sociali degli anziani, fattori socioeconomici, comunicazione inefficace, ecc.).

In sostanza si sottolinea che **non c'è miglior modo di favorire la compliance del paziente e l'aderenza alla terapia che quello di seguire costantemente il paziente per il tramite delle stesse strutture eroganti il farmaco**. E tutto questo è ad oggi garantito dalla distribuzione diretta del farmaco dalle strutture pubbliche.

#### **UN'ULTIMA CONSIDERAZIONE**

Alla base di questa indagine resta evidente un interesse più orientato agli aspetti commerciali piuttosto che a quelli di natura Sanitaria e Sociale.

#### **CONCLUSIONI**

**La cessione di linee di attività da pubblico a privato ovvero dal soggetto che per definizione non può trarne profitto a quello che ne trarrebbe (eccome) dovrebbe indurre ad un'adeguata riflessione i decisori finali.**

Ciò che è certo è che, se **professionisti dipendenti dalla pubblica amministrazione insistono sull'utilità della DD e ne sottolineano la qualità a garanzia dei pazienti più fragili pur facendosi carico di una mole di lavoro decisamente impegnativa è perché ci credono fermamente avendo constatato e valutato i risultati positivi che hanno compensato i loro sforzi.**

La soddisfazione consiste soprattutto nell'aver contribuito negli ultimi venti anni a fare in modo che la Distribuzione diretta abbia potuto garantire e stia garantendo l'accesso ai farmaci innovativi e alla sostenibilità del sistema.



*Bibliografia di riferimento*

**RICERCHE ACCADEMICHE E SSN**

- **Jommi C**, Paruzzolo S. Il costo della distribuzione diretta dei farmaci: analisi del caso Umbria. **Economia & politica del farmaco** 2005;5:23-29.
- Rega C, Gamberini L, **De Rosa M**. Analisi dei costi di servizio per confezione dei farmaci PHT relativi alle differenti modalità distributive: diretta e per conto. **Giornale Italiano di Farmacia Clinica** 2010;4:439-447.
- **Jommi C**, Bianco A, Chiumente M, Valinotti G, Cattel F. Il costo della distribuzione diretta dei farmaci in dieci Aziende Sanitarie piemontesi. **Giornale Italiano di Farmacia Clinica** 2015;29:152-169.
- Rapporto Oasi 2017 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano a cura di CERGAS-SDA Bocconi
- Cittadinanza Attiva «MONITORAGGIO CIVICO DELLE FARMACIE OSPEDALIERE FOCUS SULLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI CITTADINANZATTIVA - anno 2019»

**RICERCHE SPONSORIZZATE FEDERFARMA E ASSO FARM**

- Fondazione CREF. Distribuzione dei farmaci: un caso di spending review. Le potenzialità di miglioramento di una logica di rete. Roma 2012. Sito web: <https://www.federfarma.it/>.
- ANTARES, centro di ricerche per AssoFarm-Farmacie comunali Aziende e servizi socio-farmaceutici. La distribuzione diretta farmaceutica in Emilia-Romagna. Una simulazione di costi diretti e indiretti. 2012. Sito web: <http://slideplayer.it/slide/5901461/> accesso 11.10.2017.