GIUGNO 2026 | #numerozero

hc HEALTH COMMUNITY

inchiesta

LA LUNGA MARCIA DELLA FARMACIA CLINICA ITALIANA

CONVEGNO

Napoli 12 marzo 2026

LA FARMACIA CAMPANA SI RACCONTA

intervista

CARLO CIFANI

«MENO ESECUTORI E PIÙ MANAGER»

Racconta le sfide della farmacia clinica e il ruolo che gli atenei sono chiamati a giocare per non restare indietro

ADV

hc SOMMARIO

04
«MENO ESECUTORI E PIÙ MANAGER»

Intervista a Carlo Cifani che ci racconta le sfide della farmacia clinica e il ruolo che gli atenei sono chiamati a giocare per non restare indietro

07
LA LUNGA MARCIA DELLA FARMACIA CLINICA ITALIANA

Rat utatusae nulpa aut qui simo excero milique este volorep taquidu sdandis aut vent ressimint venet as modis sa dolupti

11
LA FARMACIA CAMPANA SI RACCONTA

Rat utatusae nulpa aut qui simo excero milique este volorep taquidu sdandis aut vent ressimint venet as modis sa dolupti lit alias volutaquam, aut aut inis.

10 • 11
SEMPLIFICARE NON BASTA

Rat utatusae nulpa aut qui simo excero vent ressimint venet.

12 • 13
ALTRO ARTICOLO

Rat utatusae nulpa aut qui simo excero vent ressimint venet.

14 • 15
ALTRO ARTICOLO

Rat utatusae nulpa aut qui simo excero vent ressimint venet.

HC HEALTH COMMUNITY Il nuovo quotidiano con l'Ai
Editore: Giuseppe Riccardi | Direttore responsabile (coordinamento redazionale): Alessandro Secciani
Direttore (gestione intelligenza artificiale): Boris Secciani
Progetto grafico: Stefania Sala | Grafica: Fausto Pastorino
Redazione e pubblicità: Viale San Michele del Carso 1 - 20144 MIlano, T. 02 320625567

Casa editrice: GMR
Viale San Michele del Carso 1 - 20144 MIlano,
T. 02 320625567
Supplemento al numero 183 di Fondi&Sicav
Autorizzazione n.297
dell'8 maggio 2008
del Tribunale di Milano
Immagini usate su licenza di Shutterstock.com

TECNOLOGIE CHE CAMBIANO LA CURA, DISCIPLINE TRASVERSALI E UN QUADRO NORMATIVO IN CONTINUA EVOLUZIONE

CARLO CIFANI, DOCENTE ORDINARIO DI FARMACOLOGIA (BIO/14) ALL'UNIVERSITÀ DI CAMERINO (UNICAM) PRESSO LA SCUOLA DI SCIENZE DEL FARMACO E DEI PRODOTTI DELLA SALUTE RACCONTA LE SFIDE DELLA FARMACIA CLINICA E IL RUOLO CHE GLI ATENEI SONO CHIAMATI A GIOCARE PER NON RESTARE INDIETRO

FARMACISTI CLINICI

«MENO ESECUTORI E PIU' MANAGER»

Carlo Cifani, nell'ambito del suo lavoro universitario, dirige anche la Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera e il Master manager del Dipartimento farmaceutico, giunto quest'anno alla XXIV edizione. Una posizione che gli offre un punto di vista privilegiato sul mondo della farmacia clinica, sulla sua evoluzione e sulla necessità di consolidare conoscenze, competenze e modelli organizzativi capaci di rispondere alle sfide di salute poste dal sistema sanitario. Health Manager lo ha incontrato per mettere a fuoco proprio quelle sfide. «Il sistema sanitario universalistico, che caratterizza l›impegno dello Stato per la salute dei suoi cittadini, è costantemente sollecitato da tensioni economiche e organizzative», esordisce Cifani. «Farmaci e dispositivi medici rappresentano una parte importante di queste tensioni: da un lato i progressi tecnologici e scientifici ci consentono un costante miglioramento dei percorsi di salute, ma dall'altro impongono capacità di gestione in grado di ottimizzare, nel senso dell'appropriatezza, l'impiego delle risorse economiche, e modelli di cura organizzativi capaci di rispondere alle esigenze di pazienti sempre più esigenti e consapevoli.

COME FARE ALLORA A RISOLVERE QUESTA APPARENTE CONTRADDIZIONE?

«Serve un impegno costante per aggiornare le competenze e integrarle con i processi multidisciplinari che, di fatto, oggi governano il sistema. Credo che la dinamicità dell'evoluzione in atto, fortemente sollecitata da fattori esterni prevedibili e non, imporrà un ruolo sempre più propositivo a chi vorrà accettare questa sfida. Immagino farmacisti clinici, mi riferisco in particolare a chi opera nel sistema sanitario, in ospedale e sul territorio, meno esecutori e più manager: capaci di gestire e fare evolvere le proprie aree di attività e di guidare meccanismi interdisciplinari di misurazione e di governance, insieme ai clinici e alla direzione delle aziende ospedaliere e sanitarie».

PER ESSERE CONCRETI: DI QUALI COMPETENZE PARLIAMO?

«Possiamo inquadrare sostanzialmente tre categorie di competenze su cui fissare l'attenzione. La prima è le nuove tecnologie, con le quali oggi si ricerca, si produce e si cura attraverso farmaci e dispositivi. Ormai lontani dall'orizzonte della farmacologia recettoriale, le biotecnologie e le terapie geniche rappresentano il presente e il futuro delle cure farmaceutiche: il loro utilizzo impone ogni volta un ripen-

> DALLA SPECIALIZZAZIONE IN POI, INVECE, CONFERMO UNA GRANDE APERTURA ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE PIÙ MODERNE, SOSTENUTA DALLA COLLABORAZIONE CON LE FARMACIE CLINICHE DI RIFERIMENTO A CARATTERE NAZIONALE

samento organizzativo e una programmazione economica che individuino i migliori approcci alla gestione e all'acquisto. Lo stesso vale per i dispositivi medici, un settore in cui la difficoltà di standardizzazione rende ancora più stimolante l'impegno del farmacista clinico. La seconda categoria è costituita dalle discipline "trasversali", economiche, tecnologiche e umanistiche, ormai indispensabili per rendere efficaci le azioni in contesti complessi e di natura interdisciplinare: rientrano in questa sfera l'IT e l'AI, con le loro crescenti potenzialità (e i loro rischi), l'Health technology assessment, disciplina che genera processi di valutazione a cascata, dall'ente europeo fino alla decisione locale e la comunicazione, diventata terreno di impegno per tutti gli operatori sanitari. La comunicazione si articola su più fronti: dalla relazione con i pazienti, con cui le occasioni di interazione del farmacista clinico sono in aumento, fino all'efficacia della comunicazione con il proprio team di lavoro, con la direzione e in pubblico. Un tema cui in passato è stata dedicata scarsa sensibilità. La terza categoria è il quadro normativo-giuridico, anch'esso in forte evoluzione: una complessità che ormai caratterizza molti ambiti e che, sulla gestione di farmaci e dispositivi, non fa sconti. Basti pensare al processo di acquisto dei beni sanitari, con riferimento al Codice degli appalti e alle sue difficoltà interpretative».

DOVE SI COLLOCA L'UNIVERSITÀ? RISPONDE ALLE ESIGENZE EMERGENTI DELLA FARMACIA CLINICA, LE PREVIENE O ARRANCA?

«Posso rispondere partendo dalla mia esperienza. UNICAM cerca di offrire ai discenti di farmacia tre piani ben caratterizzati di percorso. Il primo è il corso di laurea, sostenuto da laboratori di pratica ampi ed efficienti, da una farmacia didattica e da moderne strutture di accoglienza: qui gli insegnamenti seguono i percorsi definiti dai piani ministeriali e, sia per la necessità di non trascurare le materie di base, sia per la difficoltà dei percorsi approvativi, è la parte che si aggiorna con maggiore fatica. Dalla specializzazione in poi, invece, confermo una grande apertura allo sviluppo di competenze più moderne, sostenuta dalla collaborazione con le farmacie cliniche di riferimento a carattere nazionale (penso alla storica collaborazione con l'esperienza di Bergamo) e con tutti gli operatori sanitari e le istituzioni di riferimento. È il modello del Master manager di Dipartimento farmaceutico, giunto quest'anno alla XXIV edizione. È una longevità garantita da una costante apertura ai temi emergenti: dalla collaborazione con le società scientifiche di riferimento, SIFO in primis, all'ampio dialogo con l'industria dei farmaci e dei dispositivi medici».

LA FORMAZIONE DEL FUTURO: IN AULA O SUL WEB?

«Non è giusto puntare a una sola modalità e UNICAM dispone, tra le altre, di una vasta esperienza di corsi online. Tuttavia, occorre mantenere una forte coerenza tra contenuti, metodologia didattica e obiettivi. Il master è destinato a rimanere in aula, pur con grandi sacrifici nella sua gestione, per i docenti e per gli stessi discenti. Garantisce, però, non solo un approfondimento delle diverse materie, sostenuto da continui confronti e dibattiti, ma anche, elemento oggi assai prezioso, un'esperienza di gruppo, di networking, di "comunità": facilita lo scambio tra esperienze diverse e si trasforma in una risorsa preziosa per le carriere future. Il "peso" della formula in aula, bilanciato da un'attenta cura degli aspetti sociali, diventa così un investimento per il futuro. Senza contare che, per alcune materie e alcuni dibattiti, la qualità dei contenuti trasferiti in aula resta al momento di gran lunga vincente rispetto alle formule a distanza». ■

HIPPOCRATES SINTECH

PUBLIREDAZIONALE

AGENZIA MEDICO-SCIENTIFICA & DIGITALE PER L'HEALTHCARE

Quattro competenze, *un unico partner.*

Dalla facilitazione degli **Advisory Board** ai progetti di consenso, dai **portali editoriali ECM** alle **piattaforme informatiche**, fino all'**intelligenza artificiale**: Hippocrates Sintech unisce expertise medico-scientifica e tecnologica per creare progettualità su misura.

COMBINIAMO LE NOSTRE COMPETENZE PER PROGETTUALITÀ UNICHE

MEDICAL INFORMATION
Comunicazione scientifica

A supporto di Advisory Board e progetti di consensus (metodologia e conduzione).

- **Meeting facilitation & co-management**: Advisory Board, Expert Meeting, Focus Group e workshop orientati al brand equity.
- **Consensus & metodo Delphi** con team metodologico dedicato.
- Ricerca, revisione e analisi della letteratura; **produzione di articoli scientifici**.
- Engagement e coinvolgimento dei **KOL** nelle iniziative.

PROGETTI EDITORIALI
VIP in Touch

Web-tv, FAD/ECM: comunicazione e formazione per i professionisti della sanità.

- Piattaforme **web-tv digitali** per area terapeutica: infettivologia, oftalmologia, dermatologia, gastroenterologia.
- Aree **FAD con iniziative ECM** e crediti, coordinate da KOL di riferimento.
- **Web App** per la consultazione mobile di contenuti live e on-demand.

250.000+ ACCESSI | 12.000+ MEDICI | 2.000+ FARMACISTI | 15.000+ CREDITI ECM

INFORMATICA
Piattaforme digitali

Soluzioni proprietarie in rete per la sanità connessa.

- **Telemedicina e teleconsulto** su modello HUB & SPOKE, con gestione condivisa di imaging e documentazione.
- **Piattaforme cliniche informatizzate**, registri, algoritmi intelligenti e sistemi di televisita.
- **App e tool web/mobile**: **calculator** e raccolta di Patient-Reported Outcomes in telemonitoraggio.
- **Streaming live** e teleconferencing con soluzioni proprietarie.

AI GENERATIVA — IL NOSTRO KNOW-HOW
AI per l'healthcare

AI generativa, in un perimetro controllato.

- **BRAIN**: suite documentale nata per la ricerca clinica e adattabile a qualunque organizzazione — fino a **–50%** sui tempi di produzione documentale.
- **AI Chatbot Builder** GDPR compliante, addestrato sui vostri contenuti e integrabile via embed.
- **Machine Learning predittivo** (iniziativa con ASST Niguarda).
- Chatbot a supporto di **ricerca clinica**, FAD/ECM e pazienti.

Dall'idea alla realizzazione e gestione, con un unico interlocutore.

PARLIAMO DEL VOSTRO PROSSIMO PROGETTO

CONTATTATECI
info@hippocrates-sintech.it

www.hippocrates-sintech.it · info@hippocrates-sintech.it · +39 010 545481 · linkedin.com/company/hippocrates-sintech

Hippocrates Sintech S.r.l. — Via XX Settembre 30/4, 16121 Genova. Agenzia di comunicazione medico-scientifica & digitale per l'healthcare.

ADV

LA LUNGA MARCIA DELLA FARMACIA CLINICA ITALIANA

UNA RIVOLUZIONE CHE PARTE DA LONTANO: DAL MAGAZZINO AL LETTO DEL PAZIENTE

UN SECOLO DI TRASFORMAZIONI HA CAMBIATO IL VOLTO DEL FARMACISTA OSPEDALIERO: DA CUSTODE DEL FARMACO A CLINICO INTEGRATO NEI TEAM DI CURA. UN'EVOLUZIONE SILENZIOSA CHE OGGI CERCA FINALMENTE UN RICONOSCIMENTO NORMATIVO

C'è stato un tempo, neppure troppo remoto, in cui il farmacista ospedaliero era il "signore del magazzino": una figura tecnica e amministrativa che si occupava di approvvigionamenti, scorte e preparazioni galeniche, ma che con il letto del paziente aveva ben poco a che fare. Ma una vera e propria rivoluzione concettuale partì agli inizi del '900 negli Stati Uniti e attecchì poi in Europa, soprattutto nel Regno Unito, dove nacque e si affermò la *clinical pharmacy*. Il principio è semplice, quanto dirompente: il farmacista non deve più occuparsi del farmaco "in astratto", ma di quel farmaco applicato a quel singolo paziente, con la sua storia clinica, le sue comorbillità, la sua aderenza alla terapia.

In Italia il passaggio è stato lento, quasi carsico, e si è snodato lungo tre stagioni ben distinte. Negli anni che vanno dalla Legge Mariotti del 1968 fino agli anni '80, la farmacia ospedaliera è essenzialmente una struttura logistica: acquista, custodisce, distribuisce. Il farmacista è una figura prevalentemente gestionale, anche dopo la nascita del Servizio sanitario nazionale con la Legge 833 del 1978.

La svolta arriva negli anni '90 con la riforma De Lorenzo–Garavaglia e l'aziendalizzazione del Ssn. Alle farmacie ospedaliere e ai servizi farmaceutici delle Asl viene chiesto un compito nuovo e più nobile: governare l'appropriatezza prescrittiva e contenere la spesa farmaceutica. Nascono le Commissioni

terapeutiche aziendali, i prontuari, la farmacovigilanza attiva, la dispensazione diretta introdotta dalla Legge 405/2001 e la distribuzione per conto. Il farmacista smette i panni del magazziniere e indossa quelli del regolatore. La vera farmacia clinica, però, arriva dopo. Il 2004 segna una data simbolica: all'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino, le storiche "Molinette", alcuni reparti pilota accolgono per la prima volta la figura del farmacista clinico.

Inoltre alla fine del 2005 viene formalizzata una metodologia standardizzata di approccio al farmaco articolata in sei passaggi fondamentali, che diventerà la base per intervenire contemporaneamente sull'appropriatezza terapeutica e sulla sostenibilità economica. Da quel momento, Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera) e Sifact (Società italiana di farmacia clinica e terapia) spingono con decisione sul modello del farmacista di reparto e di dipartimento, codificandone l'attività in due aree complementari. Da un lato la logistica, intesa non come mero spostamento di scatole, ma come l'insieme dei processi che rendono il percorso del farmaco razionale, efficiente e sicuro in un'ottica di *risk management*. Dall'altro l'appropriatezza prescrittiva, definita come la misura dell'adeguatezza delle terapie farmacologiche adottate per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri clinici ed economici.

CHE COSA FA, OGGI, UN FARMACISTA CLINICO

Per capire davvero che cosa significa "farmacia clinica" basta osservare il progetto pilota umbro del 2024, presentato congiuntamente da Fofi e Sifo, dove il farmacista di reparto diventa parte integrante della catena assistenziale ospedaliera. Le sue funzioni sono ormai consolidate nei manuali Sifo e disegnano una figura professionale a tutto tondo.

C'è innanzitutto la ricognizione e riconciliazione terapeutica nei momenti più delicati, l'ingresso in ospedale e la dimissione, che la letteratura internazionale individua come le fasi a maggior rischio di errore farmacologico. C'è la revisione critica delle prescrizioni, che intercetta interazioni pericolose, duplicazioni, dosaggi inadatti in pazienti con insufficienza renale o epatica, terapie geriatriche e pediatriche da calibrare con precisione chirurgica. Ed è presente anche l'antimicrobial stewardship, portata avanti fianco a fianco con infettivologi e microbiologi, una frontiera cruciale nell'era della resistenza antibiotica.

A questo si aggiunge l'allestimento personalizzato di chemioterapie, nutrizioni parenterali e terapie infusionali, il counseling al paziente in dimissione, particolarmente prezioso per terapie complesse come oncologici orali, anticoagulanti e farmaci biologici. Un altro terreno di impegno è rappresentato dalla farmacovigilanza attiva, l'Health technology assessment dei nuovi farmaci e dispositivi, e la partecipazione stabile ai team multidisciplinari in oncologia, terapia intensiva, trapianti e malattie rare.

L'esperienza del Covid è stata, in questo senso, un acceleratore potente. I farmacisti dei Servizi farmaceutici aziendali hanno avuto ruoli cruciali nella gestione centralizzata dei dispositivi di protezione individuale, nelle preparazioni galeniche dei farmaci carenti, nei team multidisciplinari delle Unità di crisi ospedaliere e regionali, nella gestione accelerata delle sperimentazioni cliniche sulle terapie Covid. La pandemia ha reso finalmente visibile a tutti, direzioni generali, regioni, opinione pubblica, ciò che il Sifo sosteneva da 20 anni: il farmacista non è un amministrativo, è un clinico.

PERCHÉ SI È ARRIVATI AL MODELLO DIPARTIMENTALE

Il Dipartimento farmaceutico nasce per superare due limiti strutturali del modello tradizionale. Il primo è la frammentazione: storicamente ogni ospedale aveva la sua farmacia e ogni Asl il suo Servizio farmaceutico territoriale, due mondi che si parlavano poco, usavano prontuari diversi, avevano commissioni separate. Risultato: il paziente in transizione ospedale-territorio cadeva nel vuoto, esposto a errori e discontinuità terapeutiche.

IL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO NASCE PER SUPERARE DUE LIMITI STRUTTURALI DEL MODELLO TRADIZIONALE

> DURANTE IL PERIODO DEL COVID I FARMACISTI DEI SERVIZI FARMACEUTICI AZIENDALI HANNO AVUTO RUOLI CRUCIALI NELLA GESTIONE CENTRALIZZATA DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E NELLE PREPARAZIONI GALENICHE DEI FARMACI CARENTI

Il secondo limite è la dispersione delle competenze. Galenica clinica oncologica, gestione dei farmaci innovativi, sperimentazione, Hta, farmacovigilanza, dispositivovigilanza: tutte attività che richiedono massa critica, tecnologie e investimenti che il singolo presidio non può sostenere da solo.

La risposta organizzativa è arrivata sotto forma di Dipartimento farmaceutico, declinato in due varianti. Il dipartimento intra-aziendale riunisce le strutture di un'unica azienda (pensiamo a una Asst lombarda con più presidi, mentre quello interaziendale, modello adottato a Modena e Bologna, mette sotto un'unica direzione le farmacie di più aziende sanitarie distinte, talvolta includendo anche ospedali privati accreditati. La filosofia è quella ben sintetizzata dalla Asl3 Genova: garantire criteri omogenei di scelta e gestione del "problema farmaco", evitando comportamenti dissociati tra il settore ospedaliero e quello territoriale.

Il perimetro funzionale di un dipartimento farmaceutico moderno è oggi molto ampio: dal governo clinico del farmaco (prontuari, linee guida, registri Aifa, vigilanze) alla logistica e al procurement, dalla galenica clinica per antiblastici, nutrizioni parenterali e cannabis terapeutica fino alla distribuzione diretta che garantisce la continuità ospedale-territorio. E ancora: farmacia clinica di reparto, vigilanza sulle farmacie convenzionate, sperimentazione clinica, formazione delle nuove generazioni.

IL NODO DEL RICONOSCIMENTO NORMATIVO

Resta un nodo cruciale, che Sifo e Sifact denunciano da tempo: in Italia il farmacista clinico non è ancora una figura normata. Non è presente in tutte le strutture sanitarie, ma solo nelle più grandi, proprio perché mancano atti ufficiali che ne definiscano formalmente il ruolo. Il risultato è una geografia disomogenea: il paziente ricoverato in un grande policlinico universitario riceve un livello di assistenza farmaceutica clinica che il paziente di un ospedale periferico può solo sognare.

Per colmare questo vuoto è stato presentato in Senato il Disegno di legge S.1605, depositato il 30 luglio 2025 da Adriano Paroli e discusso in audizione il 5 novembre. L'obiettivo è delineare un quadro normativo che riconosca il valore del farmacista clinico all'interno del Ssn e renda le sue prestazioni omogenee ed equamente accessibili in tutta Italia, come già avviene in diversi contesti europei e internazionali. Il provvedimento affronta la definizione strutturale delle farmacie ospedaliere e territoriali, la necessità di standard organizzativi omogenei, l'adeguamento delle dotazioni tecnologiche e il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio.

Se la legge dovesse essere approvata, sarebbe il punto di arrivo di un percorso lungo 60 anni: dalla farmacia-magazzino degli anni '60 alla farmacia clinica del XXI secolo, finalmente riconosciuta non come buona pratica di alcuni ospedali illuminati, ma come diritto del paziente e standard del sistema sanitario nazionale.

ADV

SEMPLIFICARE NON BASTA

L'ACQUISTO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI NEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI

IL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI, NATO PER SEMPLIFICARE LE PROCEDURE E MIGLIORARE LA QUALITÀ DEGLI ACQUISTI, MOSTRA RILEVANTI RIGIDITÀ SE APPLICATO A FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Il vigente Codice dei contratti pubblici*, nasce con un'ambizione dichiarata e di chiara matrice europea: semplificare e accelerare le procedure di affidamento, ridurre il contenzioso e spostare il baricentro dell'azione amministrativa dalla mera regolarità formale al "principio del risultato". L'intero impianto è ordinato attorno ad alcuni principi di apertura: risultato, fiducia e accesso al mercato, che dovrebbero orientare l'interprete verso scelte più rapide ed efficienti, premiando il migliore rapporto possibile tra qualità e prezzo. È un disegno coerente e per molti versi condivisibile. Tuttavia, quando questo apparato di regole, pensato in larga parte sul modello degli appalti di lavori e di forniture standardizzate, viene calato nel mondo degli acquisti sanitari, e in particolare in quello dei farmaci e dei dispositivi medici, le sue rigidità emergono con evidenza e la promessa di semplificazione fatica a tradursi in pratica.

1 IL PRIMO NODO RIGUARDA LA PROGRAMMAZIONE.

Il Codice impone una pianificazione pluriennale degli acquisti di beni e servizi, logica del tutto sensata per garantire trasparenza e continuità di approvvigionamento. Ma in settori ad altissimo tasso di innovazione, dove le tecnologie diagnostiche e terapeutiche evolvono nell'arco di pochi mesi e nuove molecole o nuovi dispositivi possono ridefinire interi percorsi di cura, programmare a tre, quattro o cinque anni significa esporsi al rischio concreto di acquistare, alla scadenza della gara, prodotti già superati. La stazione appaltante si trova così stretta tra l'esigenza di rispettare gli orizzonti temporali della procedura e quella, clinicamente ineludibile, di garantire ai pazienti l'accesso alle soluzioni più aggiornate.

2 LA DISOMOGENEITÀ APPLICATIVA SUL TERRITORIO

Questo è un secondo elemento di criticità. In teoria, il modello prevalente affida gli acquisti a un soggetto aggregatore regionale, che opera per conto di tutte le aziende sanitarie, con l'obiettivo di generare economie di scala e uniformare le condizioni di fornitura. Nella realtà, questo schema funziona solo parzialmente: tempi di gara, capacità tecniche delle centrali di committenza, scelte organizzative e margini di autonomia delle singole aziende variano sensibilmente da regione a regione. Il risultato è un quadro frammentato, in cui prodotti analoghi possono essere acquistati a condizioni diverse, con disparità di accesso che si riflettono in ultima istanza sull'equità delle cure.

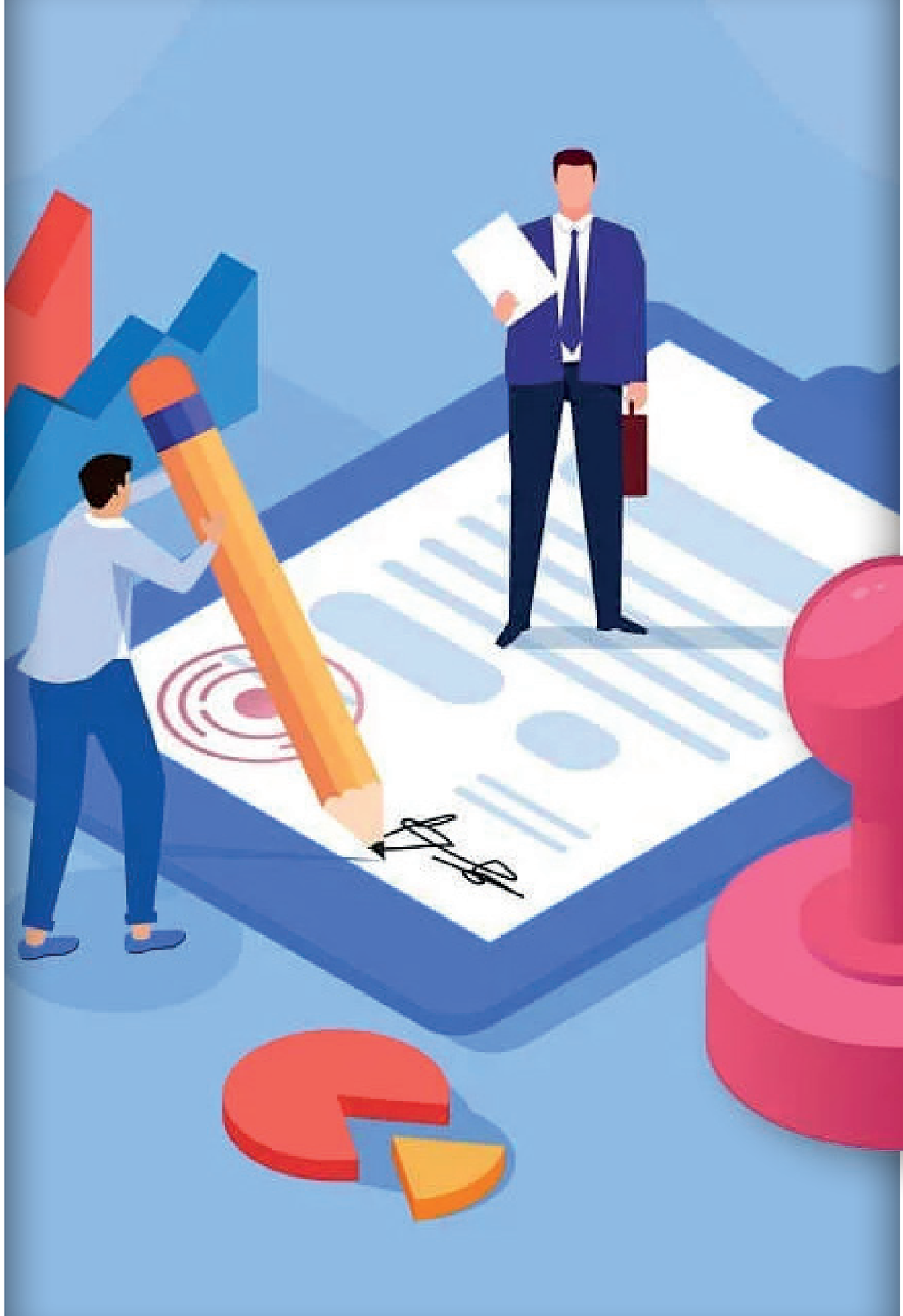
3 LA FISSAZIONE DEI PREZZI A BASE D'ASTA

In particolare, la definizione di soglie di partecipazione spesso troppo limitate tende a comprimere i margini fino a renderli insostenibili per gli operatori. Le conseguenze sono note: gare che vanno deserte per assenza di offerte, con il rischio di interruzioni nell'approvvigionamento, oppure l'ingresso di fornitori meno strutturati e meno affidabili, attratti da un prezzo che gli operatori storici non possono sostenere. In entrambi i casi, l'amministrazione, lungi dal massimizzare il rapporto qualità-prezzo, finisce per pagare in termini di continuità e sicurezza ciò che ha preteso di risparmiare in sede di gara.

Il medico è chiamato a operare scelte terapeutiche fondate sulle migliori evidenze e sulle specifiche condizioni del singolo paziente, esercitando una libertà prescrittiva che è cardine della responsabilità professionale.

Vi è poi un profilo particolarmente delicato, che attiene al rapporto tra la logica dell'appalto e l'autonomia clinica. La gara, per sua natura, tende invece a standardizzare e a ricondurre a un'unica aggiudicazione una pluralità di esigenze. Conciliare le due dimensioni è tutt'altro che semplice, soprattutto nei settori a elevata tecnologia, dove l'equivalenza tra prodotti non è quasi mai piena e la scelta di un determinato dispositivo o di una determinata terapia non è interscambiabile senza conseguenze cliniche. La definizione delle specifiche tecniche e dei criteri di equivalenza diventa così il terreno su cui si gioca il difficile equilibrio tra concorrenza e appropriatezza delle cure.

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE IN SETTORI A RAPIDA OBSOLESCENZA TECNOLOGICA, DISOMOGENEITÀ TRA REGIONI, PREZZI A BASE D'ASTA TROPPO BASSI, TENSIONE CON L'AUTONOMIA PRESCRITTIVA DEL MEDICO E CARENZA DI COMPETENZE TECNICHE NELLE STAZIONI APPALTANTI SONO ALCUNI DEI NODI NON ANCORA RISOLTI



4 LA DISPONIBILITÀ DI COMPETENZE TECNICHE ADEGUATE

È un fattore spesso sottovalutato, infine e trasversale a tutti gli aspetti precedenti, può avere il suo peso. La gestione di gare complesse in ambito sanitario richiede un sapere multidisciplinare (clinico, farmacologico, ingegneristico, economico e giuridico) che non sempre è presente in misura sufficiente all'interno delle stazioni appaltanti. La carenza di figure capaci di tradurre i fabbisogni clinici in capitolati tecnicamente solidi e giuridicamente robusti finisce per amplificare tutte le difficoltà fin qui descritte.

Questo contributo si propone di analizzare l'insieme di queste criticità, mette in evidenza che un codice nato per semplificare incontri nel campo dei farmaci e dei dispositivi medici, può trovare ostacoli applicativi che richiedono soluzioni mirate e una rinnovata capacità di dialogo tra competenze amministrative e cliniche.

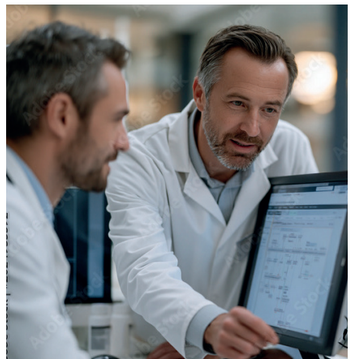
E proprio perché si tratta di un campo nel quale i programmi e le ambizioni sono grandi, esattamente come le difficoltà di realizzazione, sono necessari più che mai i contributi provenienti da ogni parte interessata. E, perché no, anche da coloro che hanno esperienze diverse e che probabilmente possono fornire spunti originali.

* D.Lgs. 36/2023, nuovo Codice dei contratti pubblici di matrice europea aggiornato dal correttivo D.Lgs. 209/2024

ADV

LA FARMACIA CLINICA CAMPANA SI RACCONTA

A VILLA DORIA D'ANGRI A NAPOLI , IL 26-27 MARZO 2026, SI È SVOLTO UN INCONTRO SULLA FARMACIA CLINICA IN CAMPANIA. TRA HTA, ONCOLOGIA, PDTA E SALUTE DELLA DONNA, ESPERTI E GIOVANI HANNO CONDIVISO BEST PRACTICE REGIONALI, PUNTANDO SU MULTIDISCIPLINARIETÀ, TECNOLOGIA E FORMAZIONE ACCREDITATA ECM



La cornice non è casuale. Villa Doria D'Angri, affacciata sul golfo di Napoli, ha accolto il 26 e 27 marzo 2026 un appuntamento che, fin dalla scelta della sede, ha voluto unire il rigore scientifico a un'idea di accoglienza e di confronto aperto. Un evento realizzato con il patrocinio morale dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di Napoli, a testimonianza del radicamento dell'iniziativa nel tessuto professionale del territorio e del riconoscimento delle istituzioni di categoria.

Un'ampia partecipazione, la presenza degli enti più rappresentativi della regione e, nota particolarmente significativa, il coinvolgimento attivo di tanti giovani: non semplici uditori, ma protagonisti delle relazioni e delle discussioni. Così si è aperto il Convegno dei direttori, un appuntamento che ha saputo intrecciare competenza, confronto e una sincera tensione costruttiva.

La presenza di direttori generali, della presidenza Sifo e dei dirigenti della Regione ha suggellato il clima di collaborazione che lega i colleghi tra loro e con il management sanitario regionale. Più che un convegno, un cammino, un percorso lungo i temi caratteristici della farmacia clinica, raccontati attraverso le esperienze e i modelli maturati in Campania. Un segno tangibile della solida collaborazione tra centri periferici, aziende Asl e ospedaliere e referenti regionali della governance farmaceutica e dei dispositivi.

Ogni sessione ha proposto i propri contenuti privilegiando il confronto diretto tra farmacista e clinico, lasciando poi alla sala lo spazio per dibattere e approfondire. Ad arricchire ulteriormente l'iniziativa, alcuni preziosi confronti extra-regionali, in particolare con l'Emilia Romagna (Modena) e la Puglia (Taranto). Il filo conduttore ha attraversato l'Hta e la dispositivo-vigilanza, le esperienze multidisciplinari di presa in carico in oncologia, l'investimento di risorse per costruire Pdta efficaci, l'approfondimento di situazioni patologiche complesse e paradigmatiche (reumatologia e dermatologia), fino alla salute della donna, con un focus sull'endometriosi.

DALLE ECCELLENZE AGLI STANDARD

Ogni tema ha messo in luce la presenza, in regione, di best practice, modelli e soluzioni che funzionano: l'espressione di

competenze ben rappresentate dai farmacisti del Ssr ed esercitate attraverso meccanismi multidisciplinari. La sfida ora è estendere queste esperienze, per garantire a tutti i cittadini una presa in carico omogenea. Un percorso che deve continuare a costruirsi dal basso, ma in stretta connessione con le politiche sanitarie e farmaceutiche regionali.
La tecnologia informatica rappresenta un'opportunità concreta, ma la difficoltà di letture coordinate tra i diversi database gestionali e clinici ne limita ancora le potenzialità. L'avvento dell'intelligenza artificiale può offrire una risposta, a condizione di monitorare con attenzione processi e competenze, così da ridurre la disomogeneità tra i diversi attori e tra le diverse realtà organizzative.

IL QUADRO NORMATIVO

Il modello di interdisciplinarietà emerso, fondato sul rapporto tra farmacista Ssn e clinici, anello chiave dei percorsi di "farmacia clinica", lascia ancora aperto il tema della formalizzazione degli incarichi e della rivalutazione della figura nel contesto normativo generale. Un nodo che si fa particolarmente sentire rispetto ai percorsi di domiciliarizzazione delle cure e alle case di comunità.
Tutte le sessioni hanno avuto come sfondo comune il richiamo a investire nello sviluppo di competenze precise, pianificazione, utilizzo delle nuove tecnologie, comunicazione, sistemi di valutazione, riferibili alla figura del farmacista Ssn, ma oggi preziose per un'ampia platea di operatori sanitari.

UN PERCORSO FORMATIVO ACCREDITATO

Il valore del Convegno non si misura soltanto nei contenuti discussi, ma anche nella cornice formativa che lo ha sostenuto. Il workshop è stato accreditato presso il Ministero della salute nell'ambito del programma di Educazione continua in medicina, consentendo l'acquisizione di crediti formativi: 11 ore di formazione e altrettanti crediti, rivolti ai medici chirurghi di tutte le discipline e ai farmacisti pubblici del Ssn. L'area formativa è stata l'acquisizione di competenze tecnico-professionali, in coerenza con l'obiettivo dedicato all'innovazione tecnologica, valutazione e miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici, e con un esplicito richiamo all'Health technology assessment, filo rosso dell'intero programma.
Significativa anche la scelta della gratuità della partecipazione, un segnale concreto di apertura verso la più ampia platea di professionisti del Servizio sanitario regionale, coerente con lo spirito di costruzione "dal basso" più volte richiamato in sala.
A garantire la solidità scientifica dell'impianto, la direzione affidata ai farmacisti Simona Serao Creazzola, Francesca Futura Bernardi, Maria Natalia Diana e Dario Bianco: una responsabilità condivisa che ben rappresenta quella logica multidisciplinare e collaborativa emersa come tratto distintivo dell'intera esperienza campana.
Un convegno che lascia risposte e, soprattutto, stimoli: la misura di una comunità.

> OGNI TEMA HA MESSO IN LUCE LA PRESENZA, IN REGIONE, DI BEST PRACTICE, MODELLI E SOLUZIONI CHE FUNZIONANO: LA SFIDA ORA È ESTENDERE A TUTTI QUESTE ESPERIENZE

3a cop

retro
cop