

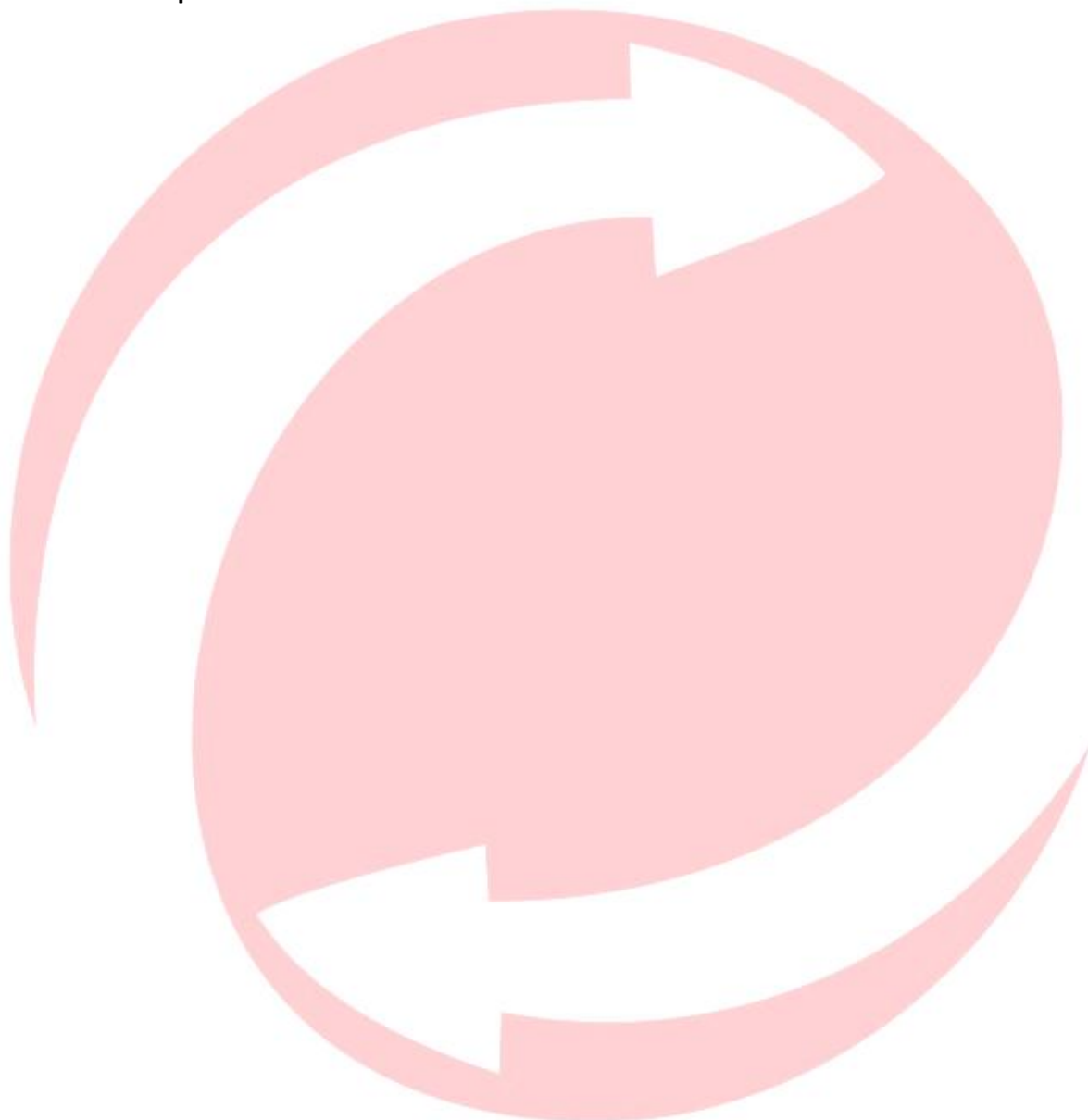
**QUADERNO DELLA TERZA EDIZIONE DEL:
“FORUM POLITICHE FARMACEUTICHE REGIONALI”
ROMA, 27 E 28 MARZO 2025**

Terzo Quaderno del Forum Politiche Farmaceutiche Regionali

Sommario

Premessa	4
Introduzione	5
Gruppo di Lavoro 1. Rapporto tra Regioni e AIFA: criticità, bisogni e proposte per assicurare la sostenibilità della spesa farmaceutica regionale	7
Introduzione.....	7
Trasmissione delle informazioni da AIFA alle Regioni	9
Elaborazione di raccomandazioni a livello regionale	10
Farmaci di Fascia C.....	11
Aspettative sul Tavolo AIFA-Regioni.....	12
Conclusioni.....	12
Gruppo di Lavoro 2: Come le Regioni possono utilizzare il rapporto OsMed per condividere le azioni di miglioramento dell'appropriatezza	13
Introduzione.....	13
Fruibilità del rapporto OsMed	14
Aderenza terapeutica.....	15
Tempi di accesso ai farmaci.....	16
Ulteriori elementi che possano facilitare le attività di programmazione a livello regionale	16
Gruppo di Lavoro 3: Lo sviluppo della farmacia dei servizi alla luce delle esperienze maturate. Quali funzioni stabilizzare e come finanziarle?	18
Introduzione.....	18
Servizi a maggiore valenza strategica.....	20
Finanziamento dei servizi	22
Variabilità regionale.....	23
Ulteriori raccomandazioni	23
Gruppo di Lavoro 4: Assegnazione delle risorse per la farmaceutica dalla Regione alle Aziende Sanitarie	24
Introduzione.....	24
Principi generali.....	25
Tempestività e precisione.....	26
Gli elementi previsionali per le assegnazioni alle Aziende Sanitarie.....	27
Il monitoraggio.....	28
Programmazione oltre al farmaco.....	29
Conclusioni	30
Acronimi	31
Allegato 1: Governance di Progetto e Partecipanti ai Gruppi di Lavoro.....	32

Governance di progetto	32
Partecipanti ai Gruppi di Lavoro	32
Allegato 2: Pubblicazioni derivanti dalle edizioni del Forum Politiche Farmaceutiche Regionali	37
II Edizione – 2024.....	37
I Edizione – 2023.....	37
Allegato 3: Programma del Forum	38
Allegato 4: Aziende Sponsor	41



Premessa

Il presente documento illustra in sintesi i risultati della Terza Edizione del Forum sulle Politiche Farmaceutiche Regionali, organizzato a Roma il 25 e 28 marzo 2025.

Il Forum rappresenta un appuntamento annuale per condividere opportunità e criticità delle politiche farmaceutiche regionali e analizzare in termini prospettici il rapporto tra Stato, Regioni ed Aziende Sanitarie nel governo complessivo dell'assistenza farmaceutica.

Hanno partecipato al Forum soggetti istituzionali (AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco – e referenti dei Servizi Farmaceutici Regionali), farmacisti ospedalieri e dei servizi farmaceutici territoriali, clinici, referenti di imprese farmaceutiche, rappresentanti di associazioni di categoria (ad esempio, Federfarma), rappresentanti di associazioni di pazienti e di tutela dei diritti dei cittadini, esperti nel campo dell'economia, politica e legislazione sanitaria. Il Forum è stato organizzato da Dephaforum e coordinato da Massimo Medaglia (Dephaforum) e Giovanna Scroccaro (Regione Veneto).

Il documento include un'introduzione, in cui vengono illustrati il rationale del Forum, la modalità con cui è stato organizzato ed i temi discussi, quattro sezioni dedicate agli esiti della discussione dei Gruppi di Lavoro (GdL) ed alcune riflessioni conclusive. L'Allegato 1 illustra la composizione dei GdL, l'Allegato 2 l'elenco delle pubblicazioni generate dalle iniziative di Dephaforum organizzate in modalità Workshop, l'Allegato 3 il programma del Forum e l'Allegato 4 le Aziende Sponsor di questa Edizione.

Il presente rapporto è stato redatto da Claudio Jommi, a partire da un draft prodotto dai "Writer" indicati per i singoli GdL o dai referenti Dephaforum, sulla base delle relazioni introduttive in plenaria, della presentazione dei risultati dei *Rapporteur* e dalla discussione in plenaria successiva alla presentazione del *Rapporteur*.

Introduzione

Il ruolo delle Regioni nel governo dell'assistenza farmaceutica è oggetto di dibattito da diversi anni. Da una parte le condizioni di accesso vengono negoziate a livello centrale: attivazione dei programmi di accesso precoce, classificazione ai fini della fornitura e della rimborsabilità, prezzi, altre componenti del contratto tra imprese ed AIFA, come registri, note, identificazione dei farmaci per i quali la prescrizione è riservata a specifici specialisti e/o nell'ambito di centri individuati dalle Regioni, eventuali sconti e *Managed Entry Agreement* (MEA).

Dall'altra le Regioni sono responsabili della gestione della spesa sanitaria; di coprire gli eventuali disavanzi con entrate tributarie, compartecipazioni alla spesa, azioni di contenimento della spesa, inclusi interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci; della copertura del 50% dello sfondamento del tetto sui farmaci acquistati da Aziende Sanitarie (acquisti diretti); di gestire i programmi di accesso precoce e tutte le condizioni di accesso effettivo dei farmaci, quali l'individuazione dei centri prescrittori, della rete di gestione del percorso del paziente, degli acquisti e di tutte le altre azioni necessarie di "abilitazione" all'accesso del paziente al farmaco.

Le importanti differenze nelle politiche regionali su prontuari, scelta dei centri prescrittori, acquisti, meccanismi distributivi, e governo del comportamento prescrittivo, sono tra le possibili cause del differente accesso dei pazienti ai farmaci sul territorio. Non esistono evidenze oggettive su quanto le politiche abbiano effettivamente determinato un accesso differenziato, inteso in questa introduzione come differente quota di pazienti target effettivamente trattati. Le differenze di accesso possono essere causate da altri fattori, quali le caratteristiche socio-economiche della popolazione ed i modelli di gestione della rete di offerta. Vi è però una diffusa convinzione che una qualche correlazione esista.

Analizzare il ruolo attuale e prospettico delle Regioni nel governo dell'assistenza farmaceutica, quanto l'interazione tra Regioni ed AIFA possa contribuire a ridurre le differenze di accesso dei pazienti ai trattamenti per i quali si è decisa la rimborsabilità, come ottimizzare il contributo di tutti i portatori di interesse a livello regionale agli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che possono essere riconducibili alla massimizzazione della salute dei propri cittadini per date risorse esistenti, quali sono le esperienze su cui le Regioni possono confrontarsi, per trovare spazi di collaborazione ed iniziative condivise, dovrebbe rappresentare una priorità del SSN.

Le occasioni di confronto sulle politiche regionali sono invece rare e questo presumibilmente contribuisce ad alimentare la variabilità stessa delle politiche regionali.

Tale fenomeno ha da una portato nel tempo ad iniziative di indirizzo nazionale sulle azioni regionali come le limitazioni all'uso dell'equivalenza terapeutica in gara (subordinato al giudizio di equivalenza da parte di AIFA), agli indirizzi sui meccanismi di acquisto dei farmaci biologici o al più recente provvedimento della Legge (L) 213/2023 (Legge di Bilancio per il 2024) che prevede una limitazione alla discrezionalità regionale nell'estensione dei farmaci soggetti a particolari modalità distributive. Dall'altra la variabilità interregionale e la necessità di rinsaldare un sistema di collaborazione tra i diversi livelli territoriali ha portato AIFA, nella propria riorganizzazione, a prevedere la ricostituzione di un Tavolo AIFA-Regioni, che, al momento della redazione del presente Report (30 aprile 2025) si è riunito una volta.

Analogamente al 2024, le tematiche scelte per la Terza Edizione del Forum sono il frutto di un processo di selezione, a partire da un set di argomenti ritenuti prioritari dal Comitato Promotore del Forum (cfr. Allegato 1), processo che ha visto coinvolti tutti i rappresentanti degli attori che hanno partecipato al Forum stesso.

I temi finali scelti sono:

- il rapporto tra Regioni e AIFA e, nello specifico criticità, bisogni e proposte di strutturazione di tale rapporto per assicurare la sostenibilità della spesa farmaceutica regionale;
- l'uso del Rapporto e, più in generale, dei dati dell'Osservatorio sull'impiego dei Medicinali (OsMed) per programmare e monitorare le azioni di miglioramento dell'appropriatezza;
- lo sviluppo della *farmacia dei servizi* alla luce delle esperienze maturate a livello regionale e, in particolare, i servizi strategici da stabilizzare e le relative modalità di finanziamento;
- le modalità e processi di assegnazione delle risorse per la farmaceutica dalla Regione alle Aziende Sanitarie.

Analogamente alle precedenti edizioni, l'obiettivo del Forum non è solo quello di rappresentare ed analizzare le differenze interregionali, ma anche di:

- farne conoscere criticità e opportunità;
- discutere le politiche in un'ottica multidisciplinare con il coinvolgimento dei soggetti istituzionali, i portatori di interesse e la ricerca;
- produrre idee innovative/raccomandazioni che possano rendere più omogeneo l'accesso dei pazienti al farmaco, pur mantenendo l'autonomia delle Regioni nella modalità di organizzazione e gestione dei servizi;
- promuovere l'utilizzo dei dati ai fini di un confronto basato su informazioni e di valutazione di impatto delle politiche regionali.

Nello specifico, la discussione e la produzione di raccomandazioni/idee innovative è avvenuta, nell'ambito di quattro GdL, formati da istituzioni, portatori di interesse e ricercatori, a partire da relazioni introduttive, con un coordinamento misto (un referente di impresa ed un referente istituzionale), ed il supporto di componenti del Team di Dephaforum ("Facilitatore"), in un caso (GdL 4), data la natura tecnica della discussione, integrati da un soggetto istituzionale. I GdL hanno poi presentato e discusso in plenaria i risultati delle proprie riflessioni, attraverso un "Rapporteur".

L'iniziativa, come già specificato, è stata promossa da Dephaforum che da anni, attraverso i Seminari di Mogliano ed il Forum delle Politiche Farmaceutiche Regionali, ha sostenuto incontri di discussione aperta su tematiche di politica del farmaco, finalizzati ad un confronto costruttivo ed alla convergenza verso raccomandazioni condivise. Tali riflessioni e raccomandazioni si sono poi tradotte in pubblicazioni su riviste *peer-reviewed* (Allegato 2).

Il presente documento rappresenta il terzo "Quaderno del Forum delle Politiche Farmaceutiche Regionali", ed ha l'obiettivo di descrivere in sintesi le presentazioni iniziali e di informare sugli elementi chiave della discussione nei GdL e nella sessione plenaria successiva in cui si sono stati raccolti rilievi critici e suggerimenti da parte di tutti i partecipanti al Forum. Il Quaderno verrà convertito in pubblicazioni scientifiche con un maggiore dettaglio sulla discussione ed un suo inquadramento rispetto alle evidenze scientifiche esistenti.

Gruppo di Lavoro 1. Rapporto tra Regioni e AIFA: criticità, bisogni e proposte per assicurare la sostenibilità della spesa farmaceutica regionale

Coordinatori

Giovanna Scroccaro	Regione Veneto, CSE AIFA
Maria Elena Soffientini	Pierre Fabre

Facilitatore

Massimo Medaglia	Dephaforum
------------------	------------

Rapporteur

Andrea Marcellusi	Università Statale degli Studi di Milano
-------------------	--

Writer

Andrea Marcellusi	Università Statale degli Studi di Milano
Giovanna Scroccaro	Regione Veneto, CSE AIFA

Introduzione

Il GdL 1 ha affrontato il tema dei rapporti tra AIFA e Regioni con la finalità di individuare criticità, bisogni e proposte al fine di assicurare la sostenibilità della spesa farmaceutica regionale.

L'attività del GdL è stata preceduta da una relazione di inquadramento, in cui è stato ricordato come:

- l'accesso ai farmaci in Italia sia il risultato di un processo sequenziale che coinvolge tre differenti livelli:
 - la *European Medicines Agency* (EMA), che approva i farmaci, valutandone efficacia e sicurezza in termini assoluti (e qualità del processo produttivo), valutazioni formalizzate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP);
 - l'AIFA, che classifica il medicinale in ambito SSN, individuando l'indicazione rimborsata ed il relativo prezzo. Più nello specifico, il processo valutativo e negoziale di AIFA include l'autorizzazione di avvio di programmi di *Early Access*, l'inserimento dei nuovi farmaci in Cnn (Classe C non - ancora - negoziata), l'innovatività, il rimborso (Fascia A/H), il prezzo *ex-factory*, altre condizioni di accesso (sconti, accordi di rimborso condizionato), l'inclusione nel Prontuario della continuità Ospedale-Territorio (P-HT) e le condizioni di appropriatezza d'uso (Note AIFA, PT – Piani Terapeutici, Registri, Prescrittori);
 - le Regioni, che hanno l'obiettivo di assicurare l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale (SSR), di programmazione, verifica e controllo dei servizi sanitari, di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie e di determinazione del percorso di accesso al medicinale, con l'individuazione della rete di centri e/o specialisti prescrittori. Nello specifico alle Regioni è affidato il compito (anche in collaborazione con le Aziende Sanitarie) di gestire i programmi di *Early Access*, di introdurre eventuali compartecipazioni fisse alla spesa, di gestire eventuali prontuari regionali e locali, di gestire gli accordi di rimborso condizionato, di gestire le procedure di acquisto ed prezzi effettivi di cessione (acquisti diretti), di attivare forme alternative di distribuzione (nello specifico, accordi di Distribuzione Per Conto

- DPC), di governare il comportamento prescrittivo (appropriatezza prescrittiva, raccomandazioni prescrittive, quote d'uso);
- il Programma di attività di AIFA per l'anno 2024 e 2025, include alcune richieste presentate ad AIFA dalla Commissione Salute, in seno alla Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, al fine di supportare le Regioni nell'azione di governo della spesa farmaceutica. Nello specifico si tratta
 - della condivisione con le Regioni delle valutazioni su cui si basano le decisioni di rimborsabilità e prezzo, in particolare le informazioni sui comparatori/alternative, il costo/terapia e l'impatto economico sul SSN, al fine di allineare i tempi di valutazione regionali e favorire un accesso più rapido sul territorio,
 - di prevedere la rimborsabilità di nuovi farmaci ed eventuale *premium price* solo a seguito di dimostrazione di valore terapeutico aggiunto e di prevedere un prezzo più basso in assenza di valore aggiunto dimostrato,
 - la revisione del Prontuario Terapeutico Nazionale (PTN) al fine di eventuali *delisting* e/o revisione prezzi per farmaci "sovrapponibili",
 - la sostituzione automatica dei farmaci biosimilari,
 - un'analisi dei Registri AIFA su farmaci a rilevante impatto economico-finanziario per valutare se i risultati degli studi pivotali vengono confermati dai dati *real life*.

Nella stessa relazione introduttiva sono stati evidenziati altri temi di potenziale interesse per il GdL:

- la revisione della L 648/96, tramite l'aggiornamento dei criteri di inclusione nel relativo elenco e le modalità di negoziazione del prezzo del farmaco prima della sua inclusione in elenco;
- un ripensamento sulla Fascia C, che di fatto riguarda prezzi non negoziati ma sostenuti a volte dalle Regioni in regime SSN (acquisti diretti), e Cnn, rispetto alla quale esistono importanti variabilità sia tra Regioni sia tra farmaci eventualmente interessati da un rimborso precoce.

Oltre alla relazione di inquadramento il GdL ha organizzato una *survey* preliminare rivolta a referenti di imprese farmaceutiche, cui hanno risposto, a titolo personale ed anonimo, 29 professionisti.

Tale *survey* evidenzia come la maggioranza dei *responder*:

- non approva che AIFA o le Regioni forniscano indicazioni prescrittive specifiche per favorire l'utilizzo di farmaci meno costosi a parità di efficacia/sicurezza, ma il 45% degli stessi riconosce che in alcune aree tali raccomandazioni potrebbero essere giustificate, sulla base di specifiche condizioni;
- ritiene che AIFA dovrebbe rivedere ed eventualmente regolamentare in modo più dettagliato la Fascia C e Cnn, al fine di evitare disomogeneità regionali, anche se non vi è concordanza sul fatto che vengano rese pubbliche le ragioni della classificazione in classe C di un nuovo farmaco/indicazione;
- sostiene (in questo caso all'unanimità) che le aziende farmaceutiche dovrebbero poter anticipare alle singole Regioni i dati regionalizzati dei dossier di Prezzo e Rimborso (P&R) prima della pubblicazione della Determina di P&R in Gazzetta Ufficiale (GU) del nuovo farmaco/indicazione, mentre i dati di prezzo e rimborsabilità dovrebbero essere rilasciati alle Regioni dopo l'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione (CdA) di AIFA;
- ritiene che non sia accettabile per le aziende una manovra di abbattimento prezzi per classi omogenee di farmaci, mentre i *responder* si sono spaccati sull'ipotesi di *delisting* a seguito di revisione del PTN;

- ritiene che le Regioni debbano essere coinvolte nella valutazione della Commissione Scientifica ed Economica del farmaco (CSE) di AIFA di cambiamento dei farmaci da fascia A-PHT a fascia A;
- auspica che il Tavolo Tecnico AIFA-Regioni affronti il tema della *governance* farmaceutica, allo scopo di omogeneizzarla tra Regioni, focalizzando la discussione su specifici aree terapeutiche o farmaci “critici”;
- generi raccomandazioni omogenee ad uso delle Regioni.

Sulla base di queste informazioni e vista la numerosità delle tematiche, il GdL ha deciso di focalizzare l'attenzione su quattro aspetti:

- trasmissione delle informazioni da AIFA alle Regioni;
- elaborazione di raccomandazioni sul comportamento prescrittivo a livello regionale; gestione dei farmaci di Fascia C (il tema dei farmaci in Fascia Cnn era già stato affrontato nella edizione 2024 del Forum delle politiche regionali) (<https://www.dephaforum.it/forum-politiche-farmaceutiche-regionali/forum-politiche-farmaceutiche-regionali-seconda-edizione/>).
- aspettative sul Tavolo AIFA-Regioni.

Trasmissione delle informazioni da AIFA alle Regioni

I documenti prodotti da AIFA sono di enorme rilevanza per le politiche di implementazione dell'assistenza farmaceutica sul territorio. Focalizzando l'attenzione su farmaci di nuova rimborsabilità, che per il loro elemento di novità determinano un impatto sull'organizzazione e sulla spesa regionale difficilmente prevedibile, ad oggi le Regioni ricevono da AIFA informazioni limitate alla GU, che formalizza l'avvenuta rimborsabilità di un medicinale ed il prezzo *ex factory*, oltre alle altre condizioni di accesso, incluso l'eventuale sconto confidenziale. In assenza di informazioni che supportino l'azione di programmazione, le Regioni attivano un percorso di analisi di impatto del nuovo che spesso determina un rallentamento nella effettiva disponibilità del farmaco al paziente. L'intero GdL si è quindi trovato concorde sul principio generale secondo cui AIFA dovrebbe mettere a disposizione tempestivamente delle Regioni le informazioni di cui già dispone, per consentire alle stesse di accelerare il processo programmazione ed attuazione del percorso a livello locale. Il GdL si è quindi confrontato sulla tipologia di informazioni necessarie e sulle tempistiche ideali della loro messa a disposizione. Si tratta, nello specifico di informazioni epidemiologiche, organizzative, cliniche ed economiche.

L'epidemiologia della patologia e, quindi, l'identificazione di una potenziale popolazione *target* del trattamento sono elementi-chiave della programmazione regionale. Esistono poi farmaci che richiedono un sostanziale investimento a livello organizzativo, come la disponibilità e rimborsabilità di esami diagnostici per identificare i pazienti o la messa a disposizione di attrezzature, percorsi *ad hoc* e certificazioni formali (si pensi al caso CAR-T). La prima raccomandazione del GdL è stata quindi che, dopo opportuno *check* amministrativo, AIFA anticipi alle Regioni le informazioni di tipo epidemiologico per Regione, auspicando la pubblicazione di tali dati distribuiti per Regione su un *format* predefinito, tramite accesso riservato web, utilizzando la piattaforma AIFA già disponibile (*TrovaNormeFarmaco*). Le Regioni avrebbero anche l'opportunità di analizzare le informazioni e fornire una risposta ad AIFA, che risulterebbe utile durante la negoziazione.

A seguito della conclusione della negoziazione, all'approvazione del CdA, AIFA potrebbe mettere a disposizione delle Regioni le informazioni cliniche ed economiche, sempre in modalità web tramite

la piattaforma disponibile. In particolare, il GdL ha auspicato che le informazioni di tipo clinico vengano strutturate per tutti i nuovi farmaci secondo *bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto e qualità delle prove*, ad oggi riservato ai soli farmaci per i quali viene richiesta l'innovatività. A seguito dell'applicazione del nuovo Regolamento HTA, ci si attende anche l'esplicitazione dei PICO (*Patient/Population, Intervention, Comparison, Outcome*). Oltre alle informazioni cliniche, dovrebbero essere rese disponibili quelle economiche (a partire dal prezzo reale concordato vs comparatori ed eventuali accordi commerciali).

Questa proposta assicurerebbe la trasmissione delle informazioni, ad oggi in gran parte indisponibili alle Regioni, anticipandone i contenuti in un intervallo medio di circa nove mesi (per la parte epidemiologico-organizzativa) e due mesi (per la parte clinoc-economica) prima della pubblicazione della Determina di P&R in GU, consentendo così alle stesse di anticipare la necessaria attività di programmazione e velocizzare la disponibilità del medicinale ai pazienti.

Elaborazione di raccomandazioni a livello regionale

Questo tema è stato il più dibattuto all'interno del GdL ed alcune proposte non hanno trovato l'approvazione di tutti i componenti.

Il principale argomento di disaccordo, soprattutto tra farmacisti regionali e professionisti di imprese farmaceutiche, riguarda la possibilità per le Regioni di produrre raccomandazioni per patologia/area terapeutica, che comprendano indirizzi prescrittivi sulla base dei costi/terapia per farmaci sovrapponibili. In pratica si tratta di raccomandazioni che, pur rispettando le condizioni di eleggibilità al rimborso di AIFA, prevedono un indirizzo alle scelte prescrittive, adattandole al contesto regionale e ispirandosi anche agli aspetti economici. Si tratta di iniziative attivate soprattutto in Regioni che hanno eliminato il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) o hanno modificato la missione della Commissione Regionale del Farmaco (CRF), da mera elaboratrice del PTR (lista positiva) a produttrice di raccomandazioni.

Da un lato il timore delle imprese farmaceutiche, supportato da alcuni componenti della CSE, è che le Regioni svolgano valutazioni comparative di tipo clinico già svolte da CSE, ripetendo così un'attività già effettuata, rischiando oltretutto di giungere a decisioni contrastanti con la stessa e comunque di dilatare i tempi di disponibilità del farmaco a livello locale.

Dall'altro, gli esperti regionali sottolineano che le valutazioni comparative di AIFA/CSE non giungono alle Regioni: ciò potrebbe essere ovviato dalla trasmissione di tali informazioni (cfr. *supra*). Ma il punto cruciale è che AIFA, all'atto della valutazione di un nuovo farmaco o indicazione terapeutica, non rivede il percorso terapeutico del paziente per la specifica patologia, né indica il posizionamento del nuovo farmaco nello stesso (*place in therapy*). Considerato che obiettivo primario delle Regioni è assicurare la sostenibilità dell'assistenza farmaceutica, diventa naturale per le stesse fornire raccomandazioni ai prescrittori in cui venga considerata anche la componente economica. Nella presentazione introduttiva è stato citato l'esempio dei farmaci biologici per la psoriasi: poiché la scheda di prescrizione elaborata da AIFA non comprende alcun riferimento ai costi/terapia, almeno tre Regioni (Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio) sono intervenute producendo raccomandazioni regionali.

Nonostante le divergenze sull'opportunità di attivare iniziative regionali di indirizzo al comportamento prescrittivo, il GdL ha comunque definito i requisiti essenziali per tali raccomandazioni:

- all'auspicata ricezione delle informazioni su un nuovo farmaco da parte di AIFA, le Regioni potrebbero valutare la necessità di aggiornare il percorso terapeutico ed elaborare

raccomandazioni, come ad esempio avviene nell'ambito del GREFO (Gruppo Regionale Farmaci Oncologici) in Emilia-Romagna;

- tale attività dovrebbe prevedere sia il coinvolgimento dei clinici di riferimento della patologia sia l'interazione con le imprese farmaceutiche interessate;
- le valutazioni cliniche non dovrebbero ripetere quanto già stabilito dalla CSE né andare in contrasto con le sue indicazioni;
- il documento finale dovrebbe contemplare raccomandazioni di tipo clinico (posizionamento del farmaco nel percorso terapeutico del paziente) ed economiche (minimizzazione del costo/terapia tra terapie sovrapponibili) ed essere messo a disposizione della stessa AIFA per le successive eventuali ricontrattazioni con l'azienda farmaceutica;
- l'elaborazione e la disseminazione di tali raccomandazioni non sarebbero vincolanti sull'accesso del farmaco a livello regionale, che rimarrebbe prescrivibile all'interno delle indicazioni AIFA sin dal momento della avvenuta rimborsabilità.

Il GdL ha infine evidenziato come idealmente, per ridurre l'eterogeneità regionale, tale attività dovrebbe essere svolta a livello nazionale dalla stessa AIFA, autonomamente oppure attivando collaborazioni con le Regioni, cui potrebbero essere allocate le diverse aree terapeutiche più critiche, mettendo a disposizione delle altre il proprio lavoro secondo un meccanismo di mutuo riconoscimento.

Farmaci di Fascia C

I farmaci di Fascia C non dovrebbero essere rimborsati dal SSN ma rimanere a totale carico del cittadino. Questo è vero per i farmaci distribuiti in assistenza convenzionata (ad esclusione di alcuni farmaci per malattie rare, in alcune Regioni) ma non per quelli acquistati direttamente dalle Aziende Sanitarie, come si può evincere dal Monitoraggio della spesa farmaceutica elaborato da AIFA.

Il GdL ha anche ricordato che i farmaci in Fascia C non concorrono alla determinazione dello sfondamento del tetto di spesa e del *payback* rispetto al tetto programmato.

Le motivazioni per cui un farmaco viene classificato in Fascia C sono differenti:

- la classificazione in Fascia C viene storicamente prevista per intere classi di farmaci: vaccini, radiofarmaci, mezzi di contrasto e ancora molti usi esterni o oftalmologici;
- altri farmaci sono in Fascia C per scelta dell'impresa farmaceutica, che non porta il farmaco in contrattazione con AIFA;
- altri ancora si trovano in Fascia C per mancato accordo tra AIFA e azienda farmaceutica.

Il mancato accordo (o la scelta delle imprese di non procedere a contrattazione) può essere determinato da un prezzo richiesto da AIFA (o che le imprese prevedono che AIFA richieda) non accettabile per le imprese, dal rischio di carenze in caso, comunque, di prezzo non competitivo rispetto ad altri paesi, da aggiudicazioni di gara con prezzi troppo bassi. Ma vi sono anche casi in cui AIFA classifica in C avendo stabilito l'assenza di utilità per il SSN.

Una criticità è che frequentemente AIFA non esplicita le motivazioni per cui un medicinale viene assegnato alla Fascia C e questo non aiuta le Regioni nelle proprie attività di stipula contrattuale ed indirizzo prescrittivo.

Su questo tema il GdL ha ravvisato la necessità di revisione normativa sull'intera Fascia C, che si ponga come obiettivo prioritario l'impossibilità di acquisto dei farmaci in Fascia C da parte del SSN anche negli acquisti diretti, in caso di mancato accordo economico e affronti le seguenti criticità:

- eliminazione della Fascia C-osp, rendendo obbligatoria la riclassificazione in H per poter essere acquistato il farmaco in ospedale;
- la possibile riclassificazione di aree terapeutiche storicamente classificate in C dal SSN stesso;
- una maggiore disponibilità di AIFA nel discutere la rinegoziazione a prezzi sostenibili per l'azienda farmaceutica.

Aspettative sul Tavolo AIFA-Regioni

Al momento della realizzazione del Forum, il Tavolo AIFA-Regioni, di recente istituzione, si è riunito una sola volta. Il GdL non ha quindi potuto commentare iniziative o risoluzioni, ad oggi non pervenute, se non approvare l'iniziativa che ricalca iniziative già adottate da AIFA in anni precedenti e poi abbandonate.

Considerato che tutti gli *stakeholder* hanno molte aspettative sul Tavolo di confronto, il GdL si è limitato a valutarne gli obiettivi riportati nella Determina di istituzione (Determina 7/2025), cercando di prioritizzarli in ordine di importanza/urgenza. In particolare, si è sottolineata la rilevanza:

- della condivisione anticipata delle informazioni disponibili sui medicinali di prossima autorizzazione da parte di AIFA (cfr. *supra*);
- della verifica e condivisione dei dati di monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale (cfr. GdL 2);
- della condivisione di analisi e/o di valutazioni tecniche sull'appropriatezza prescrittiva e sulla rimborsabilità di medicinali, sviluppate a livello nazionale e regionale (cfr. *supra*).

Conclusioni

In conclusione, il GdL ha osservato come i rapporti tra AIFA e Regioni possano essere migliorati, nella logica di una maggiore collaborazione, con l'obiettivo ultimo di semplificare l'accesso ai farmaci sull'intero territorio nazionale, assicurando contestualmente equità e sostenibilità.

Sono state individuate alcune iniziative prioritarie e raccomandazioni che, se messe in pratica dai decisori, possono rappresentare un importante passo verso gli obiettivi sopra menzionati.

Sulle raccomandazioni vi è stata una sostanziale unanimità, ad esclusione del tema della "Elaborazione di raccomandazioni a livello regionale", come sopra riportato.

Il GdL ha infine auspicato che il neo-costituito Tavolo AIFA-Regioni, nei confronti del quale vi è una generale grande aspettativa, possa diventare lo strumento attraverso cui le criticità vengono affrontate e, almeno in parte, risolte.

Gruppo di Lavoro 2: Come le Regioni possono utilizzare il rapporto OsMed per condividere le azioni di miglioramento dell'appropriatezza

Coordinatori

Silvia Sansone Servier
Giuseppe Traversa Epidemiologo con esperienza in ISS e AIFA

Facilitatori

Maria Cristina Carena Dephaforum
Giorgia Fedele Dephaforum

Rapporteur

Silvia Sansone

Writer

Silvia Sansone e Giuseppe Traversa

Introduzione

Il GdL2 ha affrontato il tema di come le Regioni possano utilizzare il Rapporto OsMed per condividere azioni di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci.

La relazione introduttiva, dopo un breve *excursus* sulla storia e l'evoluzione dell'OsMed ha inquadrato il tema della disponibilità ed uso dei dati su consumo e spesa per farmaci, rispetto agli obiettivi che si intendono ottenere.

Il primo obiettivo è avere consapevolezza dei dati su consumi e spesa. A titolo di esempio, si è sottolineato che vi è un grande *focus* sulla spesa a carico del SSN, ma che sarebbe importante anche comprendere dimensione, trend e fattori esplicativi della spesa privata e delle sue specifiche componenti, come le compartecipazioni generate dall'uso di farmaci a prezzo più elevato di quello di riferimento, la cui entità, a livello regionale, mostra una correlazione inversa rispetto al reddito pro-capite.

Il secondo obiettivo è quello specificamente identificato nel titolo del GdL, ovvero l'uso dei dati per verificare l'appropriatezza. La relazione introduttiva ha sottolineato l'importanza di condividere *ex ante* il concetto di appropriatezza nel contesto del SSN, specificando che:

- l'efficacia e la corretta identificazione dei pazienti eleggibili al trattamento sono precondizioni di appropriatezza;
- l'appropriatezza prescrittiva si riferisce alle condizioni per le quali il farmaco viene rimborsato dal SSN.

Sono stati poi analizzati alcuni esempi di analisi dei dati riferibili al contesto dell'appropriatezza, come la prescrizione di antibiotici e l'aderenza nelle terapie croniche.

Il terzo obiettivo è l'uso dei dati nella valutazione di impatto di interventi, quali politiche specifiche adottate a livello nazionale e/o regionale sull'uso dei farmaci, la formazione sull'uso appropriato dei farmaci, la presa in carico dei pazienti.

La relazione introduttiva ha poi tracciato i possibili ambiti di discussione del GdL:

- fruibilità del Rapporto OsMed (e altri report / documento disponibili di AIFA)
 - come facilitare l'utilizzo a livello regionale/locale?
 - sono utili corsi di formazione per la lettura e l'applicazione di tali dati?
- aderenza e semplificazione dei percorsi terapeutici. È stato sottolineato come nel DDL (Disegno di Legge) sulle Prestazioni Sanitarie approvato in X Commissione in Senato il 5 marzo 2025 viene previsto (comma 3) che il Ministero della Salute adotti entro sei mesi dalla entrata in vigore della legge, un decreto di modifica del Decreto Ministeriale (DM) 12 marzo 2019 ("Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"), che individui un indicatore nazionale idoneo a misurare l'aderenza terapeutica. A questo proposito i quesiti proposti sono se
 - esistano esperienze regionali di riferimento
 - quali siano le aree terapeutiche prioritarie su cui focalizzarsi;
- tempi di accesso regionale per farmaci per i quali è prioritario tale monitoraggio (ad esempio farmaci innovativi e a designazione orfana)
 - esistono problemi di equità di accesso nelle diverse Regioni?
 - è utile inserire un monitoraggio dei tempi di accesso in OsMed?

Fruibilità del rapporto OsMed

Il GdL ha concordato che il Rapporto OsMed rappresenti uno strumento di riferimento utile per la programmazione sanitaria regionale e si è interrogato su come facilitarne l'utilizzo a livello regionale/locale.

I referenti regionali hanno manifestato la necessità di un dato tempestivamente reperibile e a cui fare riferimento per intraprendere azioni migliorative e a tal fine il GdL ha proposto di:

- valutare la stesura di un report sintetico (corredato di tabelle in formato .xls) per una più facile e tempestiva interpretazione dei dati a livello regionale;
- anticipare determinate informazioni alle Regioni, pubblicando uno *short report* entro il semestre successivo al periodo oggetto di analisi, al fine di supportare le Regioni nell'attuazione di azioni di miglioramento;
- favorire la costituzione di Gruppi di lavoro interdisciplinari di Medici di Medicina Generale (MMG) / specialisti / farmacisti che analizzino ed interpretino le informazioni del Rapporto OsMed ai fini di monitoraggio e programmazione;
- attuare percorsi di formazione continua rivolti al personale delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, ai MMG e agli specialisti, aventi per oggetto la lettura e interpretazione delle analisi contenute, con particolare *focus* sugli indicatori utilizzati e sulle metodologie di analisi.

Durante la discussione è emersa la necessità che a livello locale vengano adottate iniziative per ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva alla luce dei dati che il Rapporto OsMed fornisce, anche se si riferisce che già oggi il Rapporto OsMed viene utilizzato ad integrazione dei flussi regionali che alimentano indicatori di appropriatezza prescrittiva. Tra le *best practice* riferite a livello regionale, si indica l'utilizzo del Rapporto OsMed per l'individuazione di obiettivi di razionalizzazione del consumo dei farmaci.

Infine, sono stati condivisi ulteriori link per l'accesso a flussi di dati codificati da AIFA che potrebbero essere utilizzati dalle Regioni ai fini della programmazione:

- OsMed interattivo (<https://www.aifa.gov.it/osmed-interattivo>, ultima data di accesso 30 aprile 2025), che include tutti i rapporti fino al 2023;
- Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia (anni 2017 e 2023) (<https://www.aifa.gov.it/-/report-regionali-consumo-farmaci-italia-anno-2023>, ultima data di accesso 30 aprile 2025);
- Sezione "Open Data" (Spesa e consumo relativi al flusso della farmaceutica convenzionata e degli acquisti diretti | Agenzia Italiana del Farmaco). Gli open data di AIFA sono dati scaricabili in formato testo, con dati di spesa e consumo a livello di singola Regione, per anno e per mese (2016-2023) (<https://www.aifa.gov.it/web/guest/spesa-e-consumo-relativi-al-flusso-della-farmaceutica-convenzionata-e-degli-acquisti-diretti>, ultima data di accesso 30 aprile 2025);
- Monitoraggio mensile della spesa e dei consumi dei farmaci biosimilari (Monitoraggio consumi e spesa biosimilari | Agenzia Italiana del Farmaco) (<https://www.aifa.gov.it/monitoraggio-consumi-e-spesa-biosimilari>, ultima data di accesso 30 aprile 2025);
- Monitoraggio dei farmaci non biologici a brevetto scaduto (<https://www.aifa.gov.it/monitoraggio-farmaci-non-biologici-a-brevetto-scaduto>, ultima data di accesso 30 aprile 2025) erogati nel canale degli acquisti diretti.

Questi ultimi due approfondimenti hanno lo scopo di fornire utili informazioni agli operatori al fine di valutare l'efficacia delle gare regionali, individuare le aree di intervento e monitorare gli effetti delle politiche introdotte sul mercato *off-patent*.

Aderenza terapeutica

I GdL ha in primo luogo concordato nell'affermare che il miglioramento dell'aderenza, pur comportando un aumento della spesa per farmaci nel breve periodo, evita lo spreco di risorse sanitarie per il sistema generate dalla non aderenza, oltre che permettere ai farmaci di produrre l'effetto previsto.

Il GdL ha proposto un *action plan* per migliorare l'aderenza terapeutica a livello regionale, programmando:

- corsi formativi diretti ad operatori sanitari e MMG / specialisti;
- iniziative finalizzate ad aumentare la comunicazione tra MMG e specialisti;
- campagne di informazione rivolte ai pazienti e *caregiver*;
- l'implementazione della digitalizzazione a livello regionale;
- una personalizzazione delle cure (valutando, ad esempio, il *background* socioculturale del paziente);
- la definizione ed implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)
 - uniformandoli a livello nazionale per garantire un equo percorso di cura per i pazienti,
 - monitorandone l'applicazione a livello locale,
 - inserendo al loro interno un monitoraggio dell'aderenza al percorso.

Un ulteriore suggerimento è stato la definizione di modelli predittivi che Aziende Sanitarie / Regioni potrebbero utilizzare per migliorare l'aderenza e la valorizzazione di esperienze regionali, che prevedono già l'uso di indicatori di appropriatezza prescrittiva e aderenza alle terapie.

Il GdL ha poi approfondito il tema delle fonti informative e indicatori di aderenza, rilevando come:

- esistono dati che sfuggono al monitoraggio di OsMed e che, se inclusi, potrebbero restituire un valore di aderenza più realistico per alcune terapie (ad esempio, eventuali periodi di ospedalizzazione);
- l'aderenza venga misurata attraverso indicatori come il *Medication Possession Rate* (MPR – somma dei giorni di trattamento rapportato al periodo di osservazione) o il *Proportion of Days Covered* (PDC - numero di giorni in terapia, che non necessariamente è pari alla somma delle giornate di terapia, rapportato al periodo di osservazione), o altre variabili sulle quali MMG o Aziende Sanitarie potrebbero intervenire per migliorare la sua misurazione.

Tempi di accesso ai farmaci

Il GdL ha concordato sulla necessità di approfondire la discussione su possibili disomogeneità regionali che possono compromettere l'equità di accesso ai farmaci, essendoci evidenze in letteratura su importanti variabilità nei “tempi di accesso al farmaco” (tempi di inserimento nei prontuari regionali e/o locali, tempi di primo acquisto, ...) (https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=119269).

A tale scopo si è suggerita l'individuazione di un indicatore, facile da alimentare, da inserire in OsMed che permetta di monitorare i tempi di accesso regionali al farmaco, con riferimento in particolare a specifiche categorie di farmaci (quali innovativi ed orfani).

Il dato disponibile in AIFA è la prima dispensazione del farmaco: il tempo di accesso potrebbe essere misurato come distanza temporale tra pubblicazione in GU della Determina di P&R e prima dispensazione. Si tratta di una stima che, come già ampiamente discusso nell'ambito del Secondo Forum delle Politiche Regionali (<https://www.dephaforum.it/forum-politiche-farmaceutiche-regionali/forum-politiche-farmaceutiche-regionali-seconda-edizione>):

- da una parte risente delle differenze organizzative delle Regioni su, ad esempio, tempo e numero di centri abilitati alla prescrizione del farmaco, differenze che possono in effetti spiegare il diverso tempo di dispensazione;
- dall'altra non consentono di valutare l'accesso continuativo alla terapia, molto più rilevante per una valutazione di equità dell'accesso.

Ulteriori elementi che possano facilitare le attività di programmazione a livello regionale

La discussione del GdL si è conclusa con alcune ulteriori riflessioni.

La valorizzazione piena di OsMed ed il suo utilizzo a livello regionale si avvantaggerebbe di una maggiore integrazione / interoperabilità con altri flussi informativi.

I flussi informativi attuali di OsMed riguardano consumo e spesa di farmaci ed in particolare:

- Flusso “OsMed”, avente per oggetto le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il SSN, istituito con L 448/1998;

- Flusso “Acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche” derivante dal Flusso “Tracciabilità del Farmaco”, istituito con DM 15 luglio 2004;
- Flusso “Distribuzione diretta e per conto”, istituito con DM 31 luglio 2007;
- Flusso “Prescrizioni farmaceutiche”. Il flusso informativo per la trasmissione delle prescrizioni farmaceutiche è previsto dalla L 326/2003 (Tessera Sanitaria, TS).

L’OsMed non ha però le informazioni provenienti da database amministrativi, quali anagrafe assistiti, dati delle esenzioni, schede di dimissioni ospedaliere, schede di assistenza in emergenza / pronto soccorso, dati relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, certificati di assistenza al parto.

Un primo suggerimento emerso durante la discussione iniziale è stato quello di avere una maggiore interoperabilità dei flussi informativi a livello nazionale per rendere le analisi più complete considerando, a titolo di esempio, che

- nell’analisi dell’aderenza il dato della distribuzione diretta non è incluso;
- il dato sui ricoveri può essere letto come indicatore di esito delle prescrizioni: ad esempio, il ricovero per riacutizzazione di patologie come Asma e Broncopneumopatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) può essere associato ad un problema di aderenza alla terapia.

Una seconda raccomandazione è quella di individuare e utilizzare indicatori disponibili tempestivamente su specifiche aree terapeutiche che possano supportare le attività di programmazione regionale.

La terza raccomandazione è di ridurre la distanza temporale tra la pubblicazione del Rapporto OsMed Nazionale e i singoli report regionali.

Una richiesta pratica ha riguardato l’inserimento sulla versione .pdf del Rapporto OsMed di un link interattivo nel testo per avere accesso diretto alle tabelle del Rapporto OsMed interattivo.

Si è osservato poi che la sezione nel Rapporto OsMed dedicata ai farmaci per malattie rare e, in particolare, ai farmaci orfani è molto limitata e potrebbe essere arricchita ma si è convenuto che su questo sia necessario un approfondimento *ad hoc*.

Infine, si è convenuto che le Regioni stesse possano suggerire degli approfondimenti specifici di interesse. Ad esempio, il rapporto sull’uso dei farmaci in gravidanza è stato pubblicato grazie alle Regioni.

Gruppo di Lavoro 3: Lo sviluppo della farmacia dei servizi alla luce delle esperienze maturate. Quali funzioni stabilizzare e come finanziarle?

Coordinatori

Paolo Stella	Regione Puglia
Roberto Santacroce	GSK

Facilitatore

Cosetta Bianchi	Dephaforum
-----------------	------------

Rapporteur

Roberto Santacroce	GSK
--------------------	-----

Writer

Emma Giordani	ASL Rieti, Unità Operativa Complessa (UOC) Politica del farmaco e dispositivi medici
Luigi Patregnani	Regione Marche

Introduzione

Partendo dall'assetto normativo vigente, il GdL (Gruppo di Lavoro) ha affrontato il tema del ruolo della Farmacia dei Servizi (FdS) all'interno del SSN alla luce dell'esperienza fatta a livello regionale nel corso della sperimentazione condotta in questi ultimi anni. In particolare, visto il carattere ancora sperimentale di alcuni servizi, l'obiettivo del GdL è quello di produrre raccomandazioni su come stabilizzare il ruolo delle farmacie e definire un adeguato meccanismo di finanziamento delle relative attività.

Il GdL ha preso le mosse dalla relazione introduttiva che ha effettuato una ricognizione del quadro di riferimento delle politiche nazionali sul tema della FdS.

Il percorso di trasformazione delle farmacie aperte al pubblico da punto di dispensazione del farmaco a presidio di prossimità per la tutela della salute del cittadino è iniziato con la L 69/2009. Il Decreto Legislativo (DLgs) 153/2009 (art. 1, comma 2) ha articolato più nel dettaglio i nuovi servizi erogabili dalle farmacie nell'ambito del SSN che comprendono:

- la partecipazione al servizio di assistenza domiciliare integrata;
- la collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali, il relativo monitoraggio e a favorire l'aderenza alle terapie;
- l'erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;
- l'erogazione di servizi di secondo livello, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- l'effettuazione di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti;

- l'effettuazione di attività a supporto delle prenotazioni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, del pagamento delle relative quote di partecipazione, nonché del ritiro dei referti.

Successivamente sono stati pubblicati i previsti decreti attuativi:

- DM 16 dicembre 2010 che disciplina i limiti e le condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo e le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali (GU n. 57, 10 marzo 2011);
- DM 16 dicembre 2010 inerente all'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali (GU n. 90, 19 aprile 2011);
- DM 8 luglio 2011 concernente l'erogazione da parte delle farmacie di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti (GU n. 229, 1° ottobre 2011).

Tuttavia, solo con la L 205/2017 (Legge di Bilancio per il 2018) è stata data concretezza alla FdS mediante l'avvio di una sperimentazione, inizialmente per il triennio 2018-2020, in nove Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia) e finanziata con 36 milioni di euro, successivamente prorogata al biennio 2021/2022 ed estesa a tutte le altre Regioni a statuto ordinario con ulteriore finanziamento di 50,6 milioni di euro.

La sperimentazione ha seguito le Linee Guida approvate dalla Conferenza Stato- Regioni (CSR) del 17 ottobre 2019 che hanno individuato nello specifico tre tipologie di servizi:

- servizi cognitivi: riconciliazione della terapia farmacologica e monitoraggio dell'aderenza terapeutica - con riferimento a Diabete, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva - BPCO, Ipertensione;
- servizi di *front-office*, rappresentati dalla adesione, arricchimento e consultazione in farmacia del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- prestazioni analitiche di prima istanza, con riferimento in particolare a servizi di Telemedicina (*holter* pressorio, *holter* cardiaco, auto-spirometria, elettrocardiogramma - ECG) ed alla partecipazione delle farmacie alle campagne di *screening* per il tumore al colon retto.

Con ulteriori interventi normativi statali la sperimentazione sulla FdS è stata estesa e prorogata al 2024 (con ulteriore finanziamento di euro 25,3 milioni di euro) e infine al 2025. Con la L 207/2024 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027" è stata infatti approvata la proroga per l'anno 2025 della sperimentazione e dell'utilizzo dei relativi fondi messi a disposizione dallo stato. Con la stessa normativa è stato stabilito altresì che entro il 30 settembre 2025, il Comitato paritetico e il Tavolo tecnico valuteranno gli esiti complessivi della sperimentazione ai fini della rendicontazione delle spese e dell'eventuale stabilizzazione dei nuovi servizi erogati dalle farmacie.

Nella relazione introduttiva è stato anche ricordato che, a seguito della pandemia SARS-CoV-2, le attività sperimentabili finanziate dai fondi statali sono state aggiornate per includere le attività di somministrazione di vaccini anti SARS-CoV-2 e di vaccini antinfluenzali nonché l'effettuazione di *test* diagnostici che prevedono il prelievo del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo. Il recente Documento di intesa del 6 marzo 2025 della CSR sull'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private include anche un capitolo dedicato alla FdS e rappresenta un altro importante passo avanti nel percorso di sviluppo del ruolo di questo *partner* del SSN.

Il 2025 rappresenta quindi l'anno della conclusione della fase sperimentale della FdS durata circa otto anni. Il GdL ha concordato sul fatto che, in attesa di conoscere gli esiti della valutazione del Comitato paritetico e del Tavolo tecnico, appare chiaro che la sperimentazione dei nuovi servizi in farmacia abbia innescato un processo difficilmente reversibile verso un più ampio coinvolgimento delle farmacie all'interno del SSN. Sulla base dell'esperienza maturata nelle Regioni e riportata nel GdL, risulta che il valore della FdS percepito dal paziente si possa declinare nei seguenti aspetti:

- prossimità dei servizi;
- facilità di accesso;
- fiducia e fidelizzazione;
- *counseling* ed educazione sanitaria (es. vaccinale, aderenza terapeutica).

Dal punto di vista del SSR invece, il valore si esprime attraverso un supporto alla:

- decongestione dei punti di accesso ordinari;
- erogazione di alcuni Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per quanto non vi siano ancora evidenze complessive degli esiti del percorso di sperimentazione, evidenze attese per settembre 2025, il GdL ha concordato sul fatto che il ruolo della FdS nell'assicurare la prossimità di cure si sia sempre più consolidato negli anni, considerato che:

- i cittadini si sono ormai abituati ad ottenere servizi di prossimità;
- il coinvolgimento delle farmacie in nuove attività sanitarie ha indotto adeguamenti organizzativi nei vari SSR;
- le farmacie stesse hanno rideterminato le proprie politiche di investimento e gestione aziendale.

È pertanto obiettivo comune di tutti arrivare quanto prima ad una fase strutturata della FdS nel SSN.

Sono stati quindi proposti nella relazione introduttiva ed accolti dal GdL tre punti di approfondimento:

- individuazione dei nuovi servizi erogati dalle farmacie ritenuti a maggiore valenza strategica per i SSR, candidabili alla fase di strutturazione in regime SSN, in base alle esperienze maturate durante la sperimentazione;
- individuazione di fonti di finanziamento e quantificazione delle stesse per garantire la sostenibilità dei SSR nella auspicata prossima fase strutturale della FdS;
- possibili azioni finalizzate a ridurre al minimo la variabilità tra Regioni nell'approccio ai nuovi servizi erogabili tramite le farmacie.

Servizi a maggiore valenza strategica

Per quanto riguarda l'individuazione dei servizi strategici sono state elaborate due raccomandazioni.

La prima raccomandazione è la necessità di prevedere un quadro nazionale che definisca, ad esito della valutazione da parte del Comitato Paritetico e del Tavolo tecnico, i servizi prioritari erogabili in regime SSN. Si è evidenziato come la necessità di assicurare un approccio coerente a livello nazionale non debba però escludere un giusto livello di flessibilità a livello regionale (AIR - Accordo Integrativo Regionale) per permettere una focalizzazione dei singoli SSR su servizi considerati maggiormente strategici per le Regioni. E' stato sottolineato come l'attuale carenza di MMG in alcune aree del territorio nazionale rappresenti un forte razionale per una collaborazione, differenziata e più ampia, offerta dalle farmacie presenti in quelle aree.

Relativamente al quadro nazionale di riferimento, durante la discussione è emersa la raccomandazione, ampiamente condivisa dal GdL, che il percorso di definizione di tale quadro debba essere il più oggettivo possibile e, quindi, guidato e supportato da dati maturati negli ultimi anni, che documentino o permettano di prevedere gli impatti dei servizi sui quattro ambiti:

- outcome di salute;
- aspetti organizzativi, nella prospettiva dei SSR e del paziente;
- aspetti economici;
- aspetti sociali, nella prospettiva dei SSR e del paziente.

La seconda indicazione del GdL è stata la definizione di criteri sulla base dei quali identificare i servizi maggiormente strategici. Nello specifico, i criteri proposti dal GdL sono stati:

- servizi che contribuiscono all'erogazione di un LEA per il quale le Regioni abbiano registrato difficoltà a raggiungere l'obiettivo attraverso il modello organizzativo ordinario. Si è citato, come esempio, il contributo finalizzato alla riduzione delle liste di attesa di alcune prestazioni, quali quelle di diagnostica a bassa complessità, come documentato dall'esperienza riportata dalla Regione Marche;
- servizi che consentono di perseguire l'obiettivo di riduzione dei costi sanitari totali, quali quelli di ospedalizzazione, e dell'impatto sociale delle patologie, come l'intercettazione precoce di patologie ad alto impatto attraverso *screening*;
- servizi a maggiore valore aggiunto nella prospettiva dei pazienti, con particolare attenzione alle realtà rurali (prossimità, *counseling* e educazione sanitaria). A questo proposito si è fatto riferimento alla opportunità di contribuire ad ampliare i punti di accesso alle vaccinazioni per aumentare il tasso di adesione alle relative campagne laddove la presenza del SSR sia meno capillare.

Dalle esperienze maturate in questi anni di sperimentazione da parte delle Regioni rappresentate nel GdL è emerso un quadro abbastanza coerente per quanto riguarda i servizi riferiti come più rilevanti e di successo (Tabella 1).

Tabella 1: Servizi ritenuti più rilevanti alla luce delle esperienze regionali degli ultimi anni

Regione	Servizi ritenuti più rilevanti in base all'esperienza delle Regioni	Regione inclusa nella Sperimentazione <i>Farmacia dei servizi</i>
Veneto	• Screening, Vaccinazioni e servizio innovativo di Televisita	SI
FVG/Trieste	• Screening Colon retto • Vaccinazioni • Monitoraggio aderenza • Servizio Centro Unico di Prenotazioni - CUP	No (Regione a Statuto Speciale)
Marche	• Screening Colon retto • Vaccinazioni (Herpes Zoster, Virus del Papilloma Umano - HPV, Pneumococco, SARS-CoV-2, Influenza) • Holter cardiaco e pressorio, ECG • Aderenza (riconciliazione farmacologica)	SI

Lazio	• Progetto Presa in carico BPCO • Screening 1° livello e presa in carico diabete • Ricognizione farmacologica	SI
Puglia	• Screening Colon retto • Vaccinazioni (SARS-CoV-2, Influenza) • Monitoraggio aderenza Asma, BPCO, Diabete, Ipertensione	SI

Sulla base di queste esperienze e per dare maggiore concretezza alla raccomandazione, il GdL ha lavorato quindi all'identificazione di una rosa di servizi che potessero essere caratterizzati da un livello strategico più alto e pertanto suggeriti per una prioritizzazione nelle future politiche per la FdS (Tabella 2).

Tabella 2: Servizi identificati come più strategici nel consolidamento del ruolo della Farmacia dei Servizi

Servizio a carattere strategico	Razionale della proposta
Vaccinazioni	Raggiungimento degli obiettivi di Copertura Vaccinale indicati dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale
Screening Colon retto	Raggiungimento obiettivi di screening previsti dai LEA
Telemedicina	Riduzione di alcune Liste di Attesa
Aderenza alla terapia cronica	Miglioramento dell'aderenza al fine di ridurre l'aggravio di patologie croniche, ospedalizzazioni e costi sanitari e sociali ad esse correlate. In alcune aree della cronicità i Rapporto OsMed degli ultimi anni documentano livelli di aderenza molto bassi per cui questo tipo di attività è ritenuto a maggior ragione molto strategico (cfr. GdL 2).

Finanziamento dei servizi

La fase di sperimentazione ha goduto della messa a disposizione di finanziamenti dedicati nel corso degli anni. Il GdL ha rilevato che la fase di consolidamento del ruolo della farmacia di comunità, successiva all'attuale fase di *test*, dovrà contare su un finanziamento strutturale per garantire l'erogazione dei servizi in regime SSN. È stato ricordato che anche l'Atto di Indirizzo del Ministero della Salute per l'anno 2025 (https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3520_allegato.pdf) sottolinea il ruolo della farmacia nell'assicurare il potenziamento della sanità di prossimità grazie al suo carattere di presidio capillarmente diffuso sul territorio nazionale.

Il GdL ha evidenziato come auspicabilmente la stesura della Legge di Bilancio 2026 potrebbe rappresentare il momento e lo strumento per definire le risorse atte a garantire continuità alle attività già offerte dalle farmacie e per far evolvere il sistema verso una stabilizzazione. Il GdL ha anche sottolineato l'importanza del carattere vincolante che i fondi dovrebbero avere per assicurare che questi siano utilizzati specificatamente in questo ambito da tutte le Regioni.

Il GdL ha poi rilevato che, insieme alla tempestività della disponibilità di fondi dedicati, la quantificazione del finanziamento rappresenta un elemento critico nel percorso di sviluppo della FdS.

A questo proposito il GdL ha evidenziato come gli esiti dell'analisi del Comitato paritetico e Tavolo tecnico prevista per la seconda parte dell'anno costituiranno un elemento chiave ai fini di questa valutazione: le risorse effettivamente impiegate dalle Regioni lungo il percorso della sperimentazione e gli *outcome* ottenuti dovrebbero essere la base per la definizione delle risorse da stanziare per le future attività delle farmacie aperte al pubblico per conto del SSN.

Variabilità regionale

Con riferimento alla variabilità interregionale si è rilevato come questa riguardi sia la tipologia di servizi sia la relativa remunerazione.

Sebbene il principio di autonomia regionale sia fondante nel SSN ed una limitata variabilità interregionale sia accettabile nei limiti della gestione flessibile di indirizzi nazionali, il GdL ha concordato che sia necessario ridurre gli squilibri tra territori anche per quanto riguarda la remunerazione dei servizi erogati dalle farmacie per conto del SSN.

Il GdL ha quindi concordato sulla necessità di definire tariffe valide su tutto il territorio nazionale per l'erogazione dei servizi.

Ulteriori raccomandazioni

Il GdL ha elaborato alcune ulteriori raccomandazioni ai fini di un efficace consolidamento del ruolo della FdS all'interno del SSN. In particolare, ha evidenziato la necessità di:

- assicurare una formazione continua e dedicata del farmacista per garantire la massima qualità e sicurezza nell'erogazione dei servizi. AIFA e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono stati chiamati ad attivarsi a questo scopo, ma il GdL non esclude la possibilità di un contributo anche del privato attraverso il supporto di altri attori, quali le Università e le imprese farmaceutiche;
- incentivare l'utilizzo di database sanitari (FSE, Anagrafica Nazionale Vaccinazioni, altre piattaforme regionali) per implementare sistemi di misurazione/controllo dell'appropriatezza e sicurezza al fine di evitare, ad esempio, servizi multipli erogati sul singolo paziente attraverso diversi punti di accesso al SSN. A questo scopo, per l'accesso ai servizi si è ritenuto necessario l'impiego di una ricetta da "bruciare" una volta erogata la prestazione;
- pur mantenendo immutato il principio dell'adesione volontaria da parte delle farmacie, prevedere dei criteri di adesione delle stesse basati sulla programmazione sanitaria regionale e coerenti con le esigenze del territorio (ad esempio grandi città *versus* piccoli centri).

Gruppo di Lavoro 4: Assegnazione delle risorse per la farmaceutica dalla Regione alle Aziende Sanitarie

Coordinatori

Claudio Jommi Università del Piemonte Orientale
Francesco Perrone Alexion

Facilitatori

Alberto Bortolami Regione Emilia-Romagna
Rosy Amodeo Dephaforum

Rapporteur

Barbara Rebesco Regione Liguria

Writer

Claudio Jommi Università del Piemonte Orientale

Introduzione

Il GdL 4 ha affrontato il tema delle modalità di assegnazione delle risorse per la farmaceutica dalle Regioni alle Aziende Sanitarie.

Tale tema è stato discusso a partire da una relazione introduttiva, che ha evidenziato come:

- l'assistenza farmaceutica è soggetta a due tetti di spesa, uno sulla spesa convenzionata (6,8% delle risorse del SSN al netto delle somme non rendicontate dalle Aziende Sanitarie) ed uno sugli acquisti diretti di farmaci (8,3% delle stesse risorse);
- il tetto sulla convenzionata è stato sempre rispettato negli ultimi anni (l'avanzo per il 2024 è di 651 milioni di euro¹), mentre il tetto sugli acquisti diretti viene regolarmente sfondato nel 2024, lo sfondamento è stato pari a 3,64 miliardi di euro³);
- il *payback* dovuto dalle imprese, pari al 50% dello sfondamento del tetto sugli acquisti, viene ripartito alle Regioni per il 50% in base alla quota capitaria e per il 50% in proporzione allo sfondamento del tetto stesso (DM 4/2/25);
- l'assegnazione del fondo indistinto alle Regioni è avvenuta per il 2024 con Delibera 88 del CIPESS (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e Sviluppo Sostenibile) del 19 dicembre 2024 (GU n. 25, 31-1-2025); in particolare, per il riparto dei due tetti sulla farmaceutica non si usano pesi specifici di ponderazione della popolazione, ma le quote di assegnazione per tutti gli altri livelli e sottolivelli assistenziali;
- l'attribuzione da parte delle Regioni del fondo alle Aziende Sanitarie è, quindi, in realtà, basata su una stima di quanto verrà assegnato alle Regioni stesse e, quindi, viene impropriamente definito "assegnazione", non essendo ancora assegnato il fondo indistinto alle Regioni; per comodità si è proposto comunque di utilizzare il termine "assegnazione";
- le assegnazioni alle Regioni del fondo farmaci innovativi si basano sulla spesa sostenuta dalle Regioni per il loro acquisto;

¹ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2505785/Monitoraggio_Spesa_gennaio-dicembre-2024.pdf (ultima data di accesso 30 aprile 2025).

La relazione introduttiva ha anche riportato i risultati di una *survey* cui hanno risposto sette Regioni (Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Campania), da cui emerge come:

- tutte le Regioni hanno assegnato risorse per convenzionata e acquisti diretti, con tempi che variano da gennaio ad agosto;
- in quattro Regioni le assegnazioni per gli acquisti diretti vengono articolate in sotto-assegnazioni (farmaci usati su pazienti ricoverati, distribuzione diretta, acquisti diretti per DPC);
- per la convenzionata è più frequente un'assegnazione basata sulla spesa storica; per gli acquisti diretti vengono più spesso effettuati degli aggiustamenti alle quote di riparto, in funzione di quanto tali quote variano al variare del contesto di mercato o di politiche attuate a livello regionale;
- raramente i criteri e le assegnazioni per la farmaceutica vengono formalizzati in atti inseriti nei Bollettini Ufficiali Regionali (BUR) e messi a disposizioni sui siti delle Regioni;
- il monitoraggio della spesa rispetto alle risorse assegnate è fatto da tutte le Regioni, con la possibile rideterminazione delle assegnazioni nell'anno in quattro Regioni;
- sempre in quattro Regioni il rispetto delle assegnazioni è parte degli obiettivi dei Direttori Generali (DG) delle Aziende Sanitarie;
- in una sola Regione e per alcuni casi sporadici viene richiesto, in caso di mobilità in ingresso dei pazienti da altre Regioni, un'autorizzazione o l'acquisto del farmaco da parte dell'Azienda Sanitaria di riferimento per il paziente in mobilità.

La discussione è partita da una serie di quesiti posti nella relazione introduttiva, ovvero:

- le assegnazioni riflettono l'obiettivo di controllare la spesa, fornire risorse in linea con la domanda attesa e, quindi, l'accesso del paziente, o «veicolare» l'assegnazione di risorse verso obiettivi regionali?
- i criteri di riparto tra le Aziende Sanitarie devono essere semplici (ad esempio spesa storica) o più articolati, considerando l'impatto dell'evoluzione attesa del mercato e di politiche specifiche regionali?
- nel caso dell'uso di un approccio più complesso quali possono essere i parametri da utilizzare? E quali risorse sono necessarie a livello regionale?
- quali dovrebbero essere i tempi ragionevoli per le assegnazioni?
- come dovrebbe essere strutturata l'azione di monitoraggio?
- la programmazione delle risorse dovrebbe riguardare anche le condizioni abilitanti l'accesso (individuazione del paziente eleggibile) o gli effetti organizzativi dell'uso del farmaco?

L'esito della discussione del GdL è stato strutturato in cinque elementi-chiave, che possono essere principi-guida per un sistema di assegnazione delle risorse per la farmaceutica dalle Regioni alle Aziende Sanitarie, che salvaguardino comunque le specificità regionale: principi generali, *trade-off* tra celerità e precisione delle assegnazioni, livello di complessità degli elementi a supporto della definizione delle assegnazioni, monitoraggio, ed assegnazioni extra-farmaco.

Principi generali

Il primo principio generale su cui si è trovato il consenso dei partecipanti al GdL è che le assegnazioni devono riflettere tutti gli obiettivi sopra specificati: rispetto di limiti di spesa, assegnazioni coerenti con la domanda attesa e con eventuali politiche regionali.

Si è inoltre condiviso che il termine “assegnazione dei tetti” può essere sostituito con quello di “limite di costo” o “assegnazione” in termini generici (pur con il *caveat* sopra esposto che si tratta di ipotesi/stima di assegnazione): non vengono assegnati i tetti sulla farmaceutica, in quanto:

- tali tetti vengono ripartiti di fatto molto avanti nel corso dell’anno dallo stato alle Regioni (a dicembre nel 2024 per l’anno 2024);
- essendo il tetto sugli acquisti / sulla convenzionata ampiamente inferiore / di poco superiore alla spesa dell’anno precedente, il tetto (comunque stimato) assegnato non rifletterebbe la spesa attesa.

I limiti di costo / assegnazioni dovrebbero essere definiti in coerenza con gli obiettivi dei DG forniti sulla base di indirizzi regionali sulla spesa farmaceutica; in caso contrario, vi sarebbe un alto rischio di spesa divergente dai limiti di costo, non perché gli obiettivi non sono stati raggiunti, ma perché i limiti di costo non hanno incorporato gli effetti sulla stessa di tali obiettivi.

Il gruppo ha poi concordato che sia da evitare la pratica di articolare il limite di costo sugli acquisti diretti in sotto-voci, in quanto ciò aumenterebbe la rigidità e la complessità previsionale.

La definizione dei limiti di costo dovrebbe poi partire da un’istruttoria, più o meno articolata (*cf. infra*), a livello regionale, cui seguirebbe un confronto con le Aziende Sanitarie, su base essenzialmente tecnica (elementi di incertezza previsionale).

Infine, le Regioni dovrebbero pubblicare, a fini di trasparenza, almeno i criteri di assegnazione delle risorse complessive per i SSR e le relative assegnazioni, ma non necessariamente quello per livelli e sotto-livello assistenziale, inclusa la farmaceutica.

Tempestività e precisione

Per ottenere un ragionevole equilibrio tra tempestività delle assegnazioni sulla farmaceutica e la loro definizione sulla base di dati più solidi (precisione), è stato proposto un percorso di massima che prevede (Figura 1);

- una prima assegnazione provvisoria a gennaio;
- l’assegnazione definitiva entro marzo;
- possibili aggiustamenti delle assegnazioni fino ad agosto, legati a fattori non previsti o previsti in modo errato (incertezza). Il limite di agosto è da ascrivere all’esigenza di evitare che ulteriori variazioni possano minare la credibilità del processo.

Figura 1: I tre momenti delle assegnazioni / limiti di costo

GENNAIO	1° TRIMESTRE	AGOSTO
Prima assegnazione	Assegnazione definitiva	Ultima aggiustamento dell’assegnazione
Più veloce e meno precisa	Più precisa e più importante	Gestione dell’incertezza

Per quanto sia auspicabile un buon livello di sofisticazione dell'istruttoria a supporto delle assegnazioni definitive, tale livello dipende:

- dalla *capacity* regionale, in termini di: (i) personale e relative competenze - scientifiche, statistiche, economiche e anche giuridiche, se si intende formalizzare l'assegnazione in un atto normativo ad evidenza esterna; (ii) sistemi informativi; (iii) relazioni con *stakeholder* esterni (reti cliniche, imprese) a supporto delle valutazioni tecniche;
- dalla effettiva propensione storica della Regione ad investire con maggiore enfasi e dettaglio sulla programmazione regionale, entro cui si muovono comunque spazi di autonomia delle Aziende Sanitarie, o definire regole generali di sistema cui si associano comunque *target* di costo, agendo maggiormente sul monitoraggio.

Gli elementi previsionali per le assegnazioni alle Aziende Sanitarie

Gli elementi dell'istruttoria regionale, ai fini della definizione dei limiti di costo della farmaceutica per Azienda Sanitaria, sono stati quindi analizzati e classificati per livello di complessità e richiesta di *capacity* a supporto (Figura 2).

Figura 2: Elementi previsionali per le assegnazioni alle Aziende Sanitarie per livello di complessità e *capacity* regionale richiesta

1. Spesa storica 2. Scorporo innovativi 3. Uscita fondi innovativi	SEMPLICE BASSA CAPACITY
4. Scadenza brevettuali (Report AIFA a supporto) 5. Nuovi farmaci ed indicazioni non innovativi (possibile input imprese) 6. Farmaci orfani e malattie rare (possibile input imprese)	COMPLESSITA' E CAPACITY INTERMEDIA
7. Eventuali variabili di sistema (es. Scadenza gare rilevanti) 8. Mobilità intra e extra regionale 9. Trend aree terapeutiche 10. Indirizzi sul mix prescrittivo basato su costi ed efficacia 11. Impatto accesso precoce (Cnn, uso compassionevole ecc.)	COMPLESSO ELEVATA CAPACITY

Nello specifico, come elementi base della valutazione previsionale, sono stati individuati il *trend* storico, lo scorporo della spesa per farmaci innovativi e la stima degli effetti della scadenza del *label* di innovatività sulla spesa per acquisti diretti.

Ad un livello intermedio di complessità (e, quindi, di *capacity* necessaria) si collocano le valutazioni di impatto:

- delle scadenze brevettuali. La complessità risiede nei fattori di incertezza (impatto sui costi medi di trattamento, disponibilità effettiva dei generici / biosimilari, possibile *switch* a favore di farmaci / formulazioni coperti da brevetto), nonché nella indisponibilità, qualora le scadenze brevettuali riguardino solo alcune indicazioni, dei consumi per indicazione (se non attraverso estrazioni da registri farmaci, se previsti per le indicazioni in oggetto). I report

AIFA sui biosimilari (cfr. GdL 2) potrebbero fornire un supporto a tale previsione, ma includono dati per molecola e non per indicazione, con un rischio di sovrastima dei risparmi per effetto delle scadenze brevettuali;

- di nuovi farmaci o indicazioni non innovativi: in questo caso l'incertezza maggiore sta nella stima della popolazione del trattamento e del prezzo, qualora la negoziazione di P&R non si sia ancora conclusa. In questo caso l'interazione con le imprese potrebbe fornire un utile supporto a tale stima;
- di farmaci per malattie rare, in particolare a designazione orfana, non innovativi: oltre alle problematiche sopra specificate per i nuovi farmaci, l'impatto della spesa per tali farmaci può essere concentrato su alcune Aziende Sanitarie, che necessiterebbero quindi di una maggiore quota di risorse. Anche in questo caso le imprese potrebbero supportare la Regione, insieme ai clinici, nella elaborazione di tali stime.

Più complesse risultano invece le valutazioni previsionali:

- di eventuali variabili di sistema, come la scadenza di gare rilevanti;
- della mobilità intra- e extra-regionale: la prima potrebbe essere impattata dall'apertura di nuovi centri di riferimento o dal trasferimento di clinici ad alta attrattività da un'Azienda Sanitaria all'altra; per la seconda il trend storico può essere alterato da un disallineamento regionale nell'apertura di centri di riferimento per la prescrizione;
- di variazioni dei *trend* di spesa per aree terapeutiche che interessano differenti Aziende Sanitarie, con la conseguente necessità di aggiustare le previsioni aggregate su base storica;
- di eventuali indirizzi regionali sul *mix* prescrittivo, basati su costi ed efficacia, che possono impattare in modo differente le Aziende Sanitarie;
- di impatto dell'uscita da programmi di copertura dei farmaci da parte delle imprese (uso compassionevole) o a carico del SSN, ma a prezzo simbolico (alcuni casi di farmaci in Cnn), considerando che tale impatto non è graduale, come per i nuovi farmaci, ma riguarda tutta la coorte dei pazienti in trattamento. In questo caso, pur essendo la numerosità dei pazienti potenzialmente tracciata, l'accesso ai dati risulta più complessa.

Tali stime richiedono un impegno istruttorio, in termini sia di competenze sia di risorse, ancora maggiore.

Il monitoraggio

Alle assegnazioni delle risorse / limiti di costo, segue un'attività di monitoraggio degli scostamenti della spesa da tali assegnazioni. Il GdL ha evidenziato su questo argomento l'importanza di attività di monitoraggio:

- tempestiva;
- con cadenza possibilmente mensile o al più trimestrale;
- con produzione di report in formato tabellare semplice, in cui venga evidenziato lo scostamento dai limiti di costo ed il posizionamento dell'Azienda Sanitaria rispetto al dato regionale;
- che preveda una condivisione dei report il più semplice possibile (ad esempio, attraverso un sistema *dashboard*);
- che contenga KPI (*Key Performance Indicator*) che aiutino a comprendere quanto gli scostamenti siano generati da previsioni non corrette (ad esempio, sulla maggiore crescita di aree terapeutiche), da eventi non previsti (ad esempio, ritardato lancio di un nuovo

farmaco ad alto impatto) o da un minor impatto di politiche regionali (ad esempio, minore penetrazione dei biosimilari).

Programmazione oltre al farmaco

Il GdL ha infine messo in evidenza come la programmazione regionale, finalizzata anche alla assegnazione di risorse alle Aziende Sanitarie, non dovrebbe limitarsi al farmaco in quanto tale, ma stimare l'effetto, se rilevante:

- degli *step* necessari per identificare il paziente eleggibile al trattamento, identificazione che può essere caratterizzata da procedure diagnostiche complesse e difficoltà di accesso ai *test*: questo può avvenire, ad esempio, per l'oncologia molecolare e alcuni farmaci per malattie rare;
- dell'impatto organizzativo di trattamenti complessi da gestire: si pensi a terapie CAR-T e radiofarmaci;
- di farmaci che, al contrario, richiedono un minore impegno delle Aziende Sanitarie per la loro somministrazione: ad esempio, somministrazioni che non richiedono l'accesso all'ospedale del paziente o comunque un minore coinvolgimento del personale se effettuate in *setting* ospedaliero.

È stato sottolineato che tale valutazione può essere realizzata in anticipo, anche in fase di *Horizon Scanning*, in collaborazione con AIFA, eventualmente nell'ambito del Tavolo AIFA-Regioni, le imprese e le reti cliniche.

Conclusioni

La discussione dei quattro GdL dedicati al rapporto tra Regioni e AIFA, all'uso del Rapporto OsMed a supporto delle Regioni, ai servizi prioritari in farmacia ed il relativo finanziamento, all'assegnazione delle risorse per la farmaceutica dalle Regioni alle Aziende Sanitarie, ha prodotto raccomandazioni molto importanti per rafforzare ed indirizzare il ruolo delle Regioni nel governo dell'assistenza farmaceutica e ridurre elementi di variabilità interregionale non accettabili. Tali raccomandazioni, per quanto abbiano avuto per oggetto aree di riflessioni diverse, presentano alcuni elementi comuni.

Un primo elemento è la necessità di aumentare la collaborazione tra AIFA e Regioni, nell'ottica di una facilitazione del percorso di programmazione di ingresso dei nuovi farmaci nel SSN a livello regionale. L'accesso precoce delle Regioni ad informazioni rilevanti, disponibili in AIFA, e l'uso dei dati di OsMed anche ai fini di programmazione e monitoraggio a livello regionale sono i due temi in cui questo aspetto è stato maggiormente richiamato.

Il secondo elemento è la necessità di una visione "nuova" della variabilità interregionale che superi la dicotomia tra "necessità" delle differenze, dovuta anche alla responsabilità delle Regioni sulla spesa sanitaria, e "fonte di inaccettabili differenze" tra Regioni. Tale visione dovrebbe portare da una parte a stigmatizzare le differenze che possono portare a livelli di accesso dei pazienti ai farmaci molto diversi, dall'altra a valorizzare le esperienze di successo a livello regionale e a valutarne l'eventuale trasferibilità ad altri contesti. L'identificazione di servizi prioritari e da considerare come strutturalmente e sistematicamente erogati in farmacia sulla scorta delle esperienze regionali e la diffusione di metodi strutturati di assegnazioni delle risorse per la farmaceutica dalle Regioni alle Aziende Sanitarie rappresentano i due ambiti in cui questa visione è stata maggiormente discussa.

Il terzo elemento è la necessità di fare leva su tutte le risorse disponibili per ottimizzare il governo dell'assistenza farmaceutica. È stata richiamata la necessità di integrare i dati OsMed con Database amministrativi su altre prestazioni sanitarie, di prevedere delle modalità uniformi di remunerazione dei servizi in farmaci con relative risorse, di valorizzare, per quanto possibile, tutte le risorse e competenze disponibili per migliorare la qualità della programmazione regionale e le modalità di allocazione delle risorse per la farmaceutica dalle Regioni alle Aziende Sanitarie. Coerentemente, si sono volute fornire raccomandazioni che non siano un "libro dei sogni", ma che partano dalla consapevolezza di risorse limitate. Proprio sull'ultimo tema, affrontato dal GdL 4, si è strutturata una proposta flessibile che sia coerente con le risorse e competenze disponibili a livello regionale.

Un quarto aspetto che ha caratterizzato l'attività dei GdL è la volontà di affrontare temi "di frontiera" e complessi, in modo pragmatico ed esplicitando eventuali divergenze sui punti di vista dei diversi *stakeholder*. Ne è un esempio il tema delle azioni regionali di governo del comportamento prescrittivo. Le divergenze nell'opinione (favorevole delle Regioni, sfavorevole dei referenti di imprese farmaceutiche) sono state esplicitate, ma è anche stato sottolineato come un'azione più diretta di AIFA - o di AIFA con il supporto delle Regioni - potrebbe evitare le differenze interregionali su tali azioni di indirizzo.

Tutti GdL (ed in particolare i primi due, viste le tematiche affrontate) hanno evidenziato come la sede naturale per implementare tali raccomandazioni sia il ricostituito Tavolo AIFA-Regioni, che tutti si sono auspicati possa rappresentare lo strumento chiave per consolidare il rapporto collaborativo tra i due livelli istituzionali.

Acronimi

AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AIR	Accordo Integrativo Regionale
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
BUR	Bollettini Ufficiali Regionali
CdA	Consiglio di Amministrazione
CIPES	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e Sviluppo Sostenibile
Cnn	Classe C non (ancora) negoziata
CRF	Commissione Regionale del Farmaco
CSE	Commissione Scientifica ed Economica del farmaco
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DDL	Disegno di Legge
DG	Direttori Generali
DLgs	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
DPC	Distribuzione Per Conto
ECG	Elettrocardiogramma
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
FdS	Farmacia dei Servizi
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GdL	Gruppo di Lavoro
GREFO	Gruppo Regionale Farmaci Oncologici
GU	Gazzetta Ufficiale
HPV	Human PapillomaVirus (Virus del Papilloma Umano)
ISS	Istituto Superiore di Sanità
L	Legge
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
MMG	Medici Di Medicina Generale
MPR	Medical Possession Rate
OsMed	Osservatorio sull'impiego dei Medicinali
PDC	Proportion of Days Covered
PDL	Pediatri di Libera Scelta
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
P&R	Prezzo e Rimborso
PH-T	Prontuario della continuità Ospedale-Territorio
PICO	Patient/Population, Intervention, Comparison, Outcome
PT	Piano Terapeutico
PTN	Prontuario Terapeutico Nazionale
PTR	Prontuario Terapeutico Regionale
RCP	Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizi Sanitari Regionali
TS	Tessera Sanitaria
UOC	Unità Operativa Complessa

Allegato 1: Governance di Progetto e Partecipanti ai Gruppi di Lavoro

Governance di progetto

Coordinatori del Forum

Massimo Medaglia	Dephaforum s.r.l.
Giovanna Scroccaro	Regione Veneto, CSE AIFA

Comitato Promotore

Mattia Altini	Azienda USL Modena
Claudio Jommi	Università del Piemonte Orientale
Marzia Mensurati	Regione Lazio
Giovanna Scroccaro	Regione Veneto, CSE AIFA
Cristian Stefenoni	Pfizer
Paolo Stella	Regione Puglia
Ugo Trama	Regione Campania

Advisory Committee

Alberto Bortolami	Regione Emilia-Romagna
Giuliano Buzzetti	Dephaforum s.r.l.
Arturo Cavaliere	ASL Frosinone e Presidente SIFO
Elisabetta Iannelli	FAVO
Carmine Pinto	IRCCS Reggio Emilia

Partecipanti ai Gruppi di Lavoro

Gruppo 1

Coordinatori

Giovanna Scroccaro	Regione Veneto, CSE AIFA
Maria Elena Soffientini	Pierre Fabre

Facilitatore

Massimo Medaglia	Dephaforum s.r.l.
------------------	-------------------

Rapporteur

Andrea Marcellusi	Università Statale degli Studi di Milano
-------------------	--

Writer

Andrea Marcellusi	Università Statale degli Studi di Milano
Giovanna Scroccaro	Regione Veneto, CSE AIFA

Partecipanti



Antonio Addis	Regione Lazio
Emanuela Arcangeli	Amarin
Domenico Avino	Bayer
Sabrina Baldanzi	Grünenthal Italia
Alessandra Bianchi	GSK
Filippo Bresciani	Ipsen
Annalisa Campomori	APSS Trento
Francesca Caprari	Alexion
Chiara Cernetti	Beigene
Giuseppe Curcio	Menarini Stemline
Maria Elena Filippini	Abbvie
Viviana Gatti	Lundbeck
Giampiero Geusa	CSL Vifor
Elisabetta Iannelli	FAVO
Antonio La Greca	AIFA
Monica Mangone	Galderma
Walter Marrocco	FIMMG – CSE Aifa
Giacomo Massardo	Servier
Francesco Mazza	Farindustria
Roberto Pala	Menarini
Gianni Pampaloni	Eli Lilly
Francesco Pavone	Biogen
Luca Piccoli	Regione Veneto
Lara Pippo	CSL Behring
Carmine Pinto	AUSL IRCCS Reggio-Emilia
Patrizia Ponzi	Boehringer Ingelheim
Stefania Pulimeno	Teva
Sara Romei	Chiesi
Roberta Rondena	Novartis
Paola Rossi	Regione Friuli-Venezia Giulia
Adamo Ruscelli	Novo Nordisk
Riccardo Samele	Regeneron
Paolo Serra	ASL Oristano
Daniela Settesoldi	AIFA
Alessandra Sinibaldi	Alfasigma
Cristian Stefanoni	Pfizer
Gianni Taddei	UCB
Gianfranco Valenzano	Astrazeneca
Alessandro Zannoli	Neuraxpharm
Fabrizio Zocchi	Almirall

Gruppo 2

Coordinatori

Silvia Sansone	Servier
Giuseppe Traversa	Epidemiologo con esperienza in ISS e AIFA

Facilitatori

Maria Cristina Carena	Dephaforum s.r.l.
Giorgia Fedele	Dephaforum s.r.l.

Rapporteur

Silvia Sansone	Servier
----------------	---------

Writer

Silvia Sansone	Servier
Giuseppe Traversa	Epidemiologo con esperienza in ISS e AIFA

Partecipanti

Francesco Alberini	Otsuka
Sonia Amore	Novartis
Mariangela Baiocchi	Pfizer
Veronica Borsotti	Pierre Fabre
Luana Bortone	AOP Health
Ovidio Brignoli	SIMG
Stefano Cavallo	Daiichi Sankyo
Roberto Da Cas	Istituto Superiore di Sanità
Francesco Daniele	Gedeon Richter
Camilla Demarco	Lundbeck
Francesco Dentali	ASST Sette Laghi Varese, FADOI
Mirco Dondi	Novo Nordisk
Stefano Fagnani	Planning Congressi
Federica Gelmini	Boehringer Ingelheim
Ylenia Ingrassiotta	Università di Verona
Eugenia Livoti	Regione Liguria
Fabio Magistri	Menarini Stemline
Gianmarco Marrocco	FIMMG
Isabella Masserini	Grünenthal Italia
Alessandro Monti	Chiesi
Giovanni Morabito	Advanz Pharma
Veronica Ottobriano	Almirall
Luca Paoles	Farminindustria
Maria Rosalia Puzo	Regione Basilicata
Elisa Sangiorgi	Regione Emilia-Romagna, CSE AIFA
Paolo Sciattella	Università degli studi di Roma "Tor Vergata"
Annalisa Scopinaro	UNIAMO
Adriano Vercellone	ASL Napoli 3, SIFO
Luigi Zarrelli	Regeneron
Simona Zito	AIFA

Gruppo 3**Coordinatori**

Paolo Stella	Regione Puglia
--------------	----------------

Roberto Santacroce	GSK
Facilitatore	
Cosetta Bianchi	Dephaforum
Rapporteur	
Roberto Santacroce	GSK
Writer	
Emma Giordani	ASL Rieti, Unità Operativa Complessa (UOC) Politica del farmaco e dispositivi medici
Luigi Patregnani	Regione Marche
Partecipanti	
Fausto Bartolini	USL Umbria 2, Regione Umbria
Valentina Bosio	Astellas
Fiorenzo Bove	Neuraxpharm
Rossella Carotenuto	Amarin
Pasquale Carulli	Regione Puglia
Francesco Catavittello	Alfasigma
Rosario Chimirri	Otsuka
Alberto D'Ercole	Federfarma
Carolina Di Napoli	Amgen
Mirvana Dobrev	Ascendis Pharma
Antonio Foresta	Eli Lilly
Emma Giordani	ASL Rieti
Alberto Giovanzana	Teva
Paola Mazza	Italfarmaco
Stefano Palcic	ASU Giuliano Isontina, Trieste
Maurizio Pastorello	ASP Palermo
Luigi Patregnani	Regione Marche
Giovanni Petrosillo	Federfarma, Sunifar
Elio Rosati	Cittadinanzattiva
Andrea Scarlatti	AOP Health
Giulia Tambos	Gedeon Richter
Alessio Vitullo	AstraZeneca
 <i>Gruppo 4</i>	
Coordinatori	
Claudio Jommi	Università del Piemonte Orientale
Francesco Perrone	Alexion
Facilitatori	
Alberto Bortolami	Regione Emilia-Romagna
Rosy Amodeo	Dephaforum
Rapporteur	
Barbara Rebesco	Regione Liguria

Writer

Claudio Jommi

Università del Piemonte Orientale

Partecipanti

Mattia Altini

Daniela Attanasio

Francesco Attanasio

Fabio Blandino

Daniel Bonfanti

Salvatore Borghese

Elisabetta Brioschi

Silvia Cantini

Alberto Costantini

Vito Ladisa

Lorella Lombardozzi

Jacopo Mariani

Domenico Manna

Stefania Mazzocchi

Marcello Migliorati

Corrado Minelli

Monica Monterosso

Vincenzo Panella

Tania Perrone

Alessia Pisterna

Emanuele Pria

Maurizio Rattazzi

Barbara Rebesco

Bruno Saffioti

Federico Spandonaro

Giordano Stacchini

Thomas Topini

Ugo Trama

Filippo Urso

Azienda USL Modena

Abbvie

Regione Toscana

Ipsen

UNIAMO

UCB

Daiichi Sankyo

Otsuka

ASL Pescara

IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

AO San Camillo Forlanini, Roma

Amgen

CSL Behring

Advanz Pharma

BeiGene

CSL Vifor

Menarini Stemline

Healthcare Network, Ordine di Malta

Italfarmaco

AOU Maggiore della Carità, Novara

Gilead

Astellas

Regione Liguria

Biogen

Università degli Studi Roma Tor Vergata

Bayer

Ascendis Pharma

Regione Campania

AIFA

Allegato 2: Pubblicazioni derivanti dalle edizioni del Forum Politiche Farmaceutiche Regionali

II Edizione - 2024

- Scroccaro G, Piccoli L, Vitturi G, Carena MC, Valenzano G. Gli strumenti regionali di governo del comportamento prescrittivo e della spesa farmaceutica: dalla letteratura alle esperienze concrete e raccomandazioni di un panel di esperti. Glob Reg Health Technol Assess. 2025 Apr 24; 12:98-105. Italian. doi: 10.33393/grhta.2025.3324.
- https://www.dephaforum.it/wp-content/uploads/2024/07/Secondo-quaderno-Forum-Politiche-Farmaceutiche-Regionali_2024.pdf

I Edizione - 2023

- Bortolami A, Jommi C, Bresciani F, Piccoli L, Sangiorgi E, Scroccaro G. Prontuari Terapeutici Regionali in Italia: stato dell'arte e prospettive future. Glob Reg Health Technol Assess. 2024 Mar 8; 11:68-74. Italian. doi: 10.33393/grhta.2024.2677.
- Marzona I, Stella P, Trifirò G, Corrao G. Dati regionali e loro ruolo nella pianificazione, nella programmazione e nel controllo a livello regionale. Glob Reg Health Technol Assess. 2024 Apr 25; 11:101-104. Italian. doi: 10.33393/grhta.2024.3024.
- <https://www.dephaforum.it/wp-content/uploads/2023/07/Quaderno-1%C2%B0-Forum-Regioni.pdf>

Allegato 3: Programma del Forum



27-28 marzo 2025

Roma
Hotel Sheraton Parco de' Medici

3^a Edizione

FORUM POLITICHE FARMACEUTICHE REGIONALI 2025

Garantire un accesso equo ed omogeneo all'assistenza farmaceutica, assicurando la sostenibilità del SSN

Con il patrocinio di:







RAZIONALE

L'accesso al mercato dei farmaci, inizialmente regolamentato da AIFA, si attua in concreto a livello delle Regioni. Le autonomie regionali hanno espresso virtuose esperienze locali, ma la notevole eterogeneità può sfociare in importanti differenze che provocano un disomogeneo accesso del paziente all'assistenza farmaceutica.

D'altro canto, le decisioni prese da AIFA influiscono sull'operatività delle Regioni in relazione all'effettivo accesso alle terapie, che deve necessariamente sottostare a principi sia di appropriatezza che di sostenibilità.

Le finalità del Forum sono di proporre e realizzare:

- ◆ Uno spazio per far conoscere criticità e opportunità della farmaceutica regionale
- ◆ Un momento di discussione multidisciplinare «tra pari» su temi di farmaceutica regionale, con
 - istituzioni regionali e nazionali
 - professionisti sanitari ed esponenti di società scientifiche
 - economisti sanitari
 - rappresentanti dell'industria farmaceutica
 - rappresentanti dei pazienti

- ◆ Un laboratorio di idee per discutere e condividere modelli specifici tra Regioni

Dephaforum organizza il Forum dedicato alle Politiche Farmaceutiche Regionali, giunto alla terza edizione, supportando il Comitato Promotore. I temi scelti per questa edizione possono essere così sintetizzati: *ridefinire il rapporto tra Regioni e AIFA alla luce dei nuovi bisogni; utilizzare proattivamente il rapporto Osmed per incentivare l'appropriatezza; discutere un modello omogeneo di Farmacia dei Servizi alla luce delle esperienze maturate; analizzare le modalità di assegnazione dei finanziamenti per la farmaceutica alle aziende sanitarie e proporre modelli innovativi.*

Tali temi verranno sviluppati tramite il consueto format che vedrà protagonisti i Gruppi di Lavoro multidisciplinari, al fine di supportare le stesse Regioni e AIFA/MinSal tramite la proposizione di raccomandazioni operative, condivise da una ampia comunità tecnico-scientifica, che possano ispirare i decisori nelle future scelte strategiche, allo scopo di omogeneizzare l'accesso dei pazienti ai farmaci sul territorio nazionale, limitando le differenze di accesso regionale.

COMITATO PROMOTORE

- ✓ Mattia Altini
- ✓ Claudio Jommi
- ✓ Massimo Medaglia
- ✓ Marzia Mensurati
- ✓ Giovanna Scroccaro
- ✓ Cristian Stefenoni
- ✓ Paolo Stella
- ✓ Ugo Trama

ADVISORY COMMITTEE

- ✓ Alberto Bortolami
- ✓ Giuliano Buzzetti
- ✓ Arturo Cavaliere
- ✓ Elisabetta Iannelli
- ✓ Carmine Pinto

ORGANISMI DIRETTIVI

PROGRAMMA

PRIMA GIORNATA giovedì 27 marzo 2025

- 11.00** Introduzione ai lavori ed obiettivi del seminario
G. Scroccaro e M. Medaglia

I SESSIONE IN PLENARIA RELAZIONI INTRODUTTIVE

Moderatori: M. Mensurati e C. Stefenoni

- 11.15 GdL1**
Rapporti tra Regioni e AIFA: criticità, bisogni e proposte per assicurare la sostenibilità della spesa farmaceutica regionale
Relatore: G. Scroccaro

- 11.30 GdL2**
Come le Regioni possono utilizzare il rapporto Osmed per condividere le azioni di miglioramento dell'appropriatezza
Relatore: G. Traversa

- 11.45 GdL3**
Lo sviluppo della Farmacia dei Servizi alla luce delle esperienze maturate: quali funzioni stabilizzare e come finanziarle?
Relatore: P. Stella

- 12.00 GdL4**
Assegnazione delle risorse per la farmaceutica alle aziende sanitarie e modalità innovative di allocazione
Relatore: C. Jommi

- 12.15 TALK SHOW**
«Garantire un accesso equo ed omogeneo all'assistenza farmaceutica, assicurando la sostenibilità del SSN»
Modera: U. Trama
Partecipano: MINSAL (F.S. Mennini), CONFERENZA REGIONI/PA (M. Mensurati), AIFA (E. Monti), SIFO (A. Cavaliere), FARMINDUSTRIA (P. Siviero), ASSOCIAZIONE PAZIENTI (E. Iannelli), RAPPRESENTANTE CLINICI (C. Pinto)

- 13.30 Lunch**

PRIMA GIORNATA giovedì 27 marzo 2025

15.00 II SESSIONE

QUATTRO GRUPPI DI LAVORO PARALLELI

Analisi del contesto, discussione e proposta dei contenuti

Coordinatori:

GdL1

G. Scroccaro e M.E. Soffientini

Facilitatore: M. Medaglia

GdL2

G. Traversa e S. Sansone

Facilitatore: M.C. Carena

GdL3

P. Stella e R. Santacroce

Facilitatore: C. Bianchi

GdL4

C. Jommi e F. Perrone

Facilitatore: A. Bortolami

17.30 Coffee Break

18.00 Proseguimento attività GdL

19.30 Conclusione prima giornata

20.30 Cena

PROGRAMMA

SECONDA GIORNATA venerdì 28 marzo 2025

08.30 III SESSIONE

QUATTRO GRUPPI DI LAVORO PARALLELI

Condivisione dell'output e predisposizione del documento di sintesi

11.00 Coffee Break

11.30 IV SESSIONE

CONCLUSIVA IN PLENARIA

Moderatori: C. Pinto e M. Altini

Presentazione dei risultati e discussione

Rapporteur individuato per ciascun GdL 1-2

13.00 Lunch

14.00 Presentazione dei risultati e discussione

Rapporteur individuato per ciascun GdL 3-4

15.30 Take home message e Next Steps
G. Scroccaro e M. Medaglia

16.00 Termine dei lavori

PROGRAMMA

Allegato 4: Aziende Sponsor

