numerouno | luglio-agosto 2026

hc HEALTH COMMUNITY

INCHIESTA

LA LUNGA MARCIA DELLA FARMACIA CLINICA ITALIANA



CARLO CIFANI

«MENO ESECUTORI E PIÙ MANAGER»

GIANCARLO TADDEI

«TREDICI ESPERIENZE DI PUNTA»





NICOLA NIGRI

«GRANDI COMPETENZE, GRANDI OPPORTUNITÀ»

CODICE APPALTI

«PER GLI ACQUISTI DI MEDICINALI NON FUNZIONA»

EDITORIALE

Dibattito, non è sempre inutile

di Gianluigi Cussotto

Comincia tutto da un'idea semplice e da una constatazione meno semplice: di salute si discute moltissimo, ma si approfondisce troppo poco. I temi nascono e si accendono nei congressi, nei corsi, nei tavoli di confronto, generano dibattito, sollevano incertezze legittime. E poi si spengono. **Si fermano lì, sospesi tra una slide e l'altra**, senza trovare lo spazio per diventare riflessione matura e, soprattutto, azione. Questa rivista nasce per raccogliere quei temi prima che si dissolvano. Per dare loro un seguito.

Siamo un piccolo gruppo di persone che vivono di giornalismo, comunicazione ed editing e che hanno deciso di rimettersi in gioco con una sfida editoriale nel momento in cui il bisogno di aggiornarsi, rivalutare e decidere sembra non concedere tregua. Davanti a una lista di discussioni che non si esaurisce mai, **abbiamo scelto di non rincorrere la notizia**, ma di entrare nel merito. Di prenderci la curiosità e le competenze per stare dentro i problemi, dare voce ai diversi protagonisti e provare a costruire percorsi concreti di cambiamento. Vogliamo che queste pagine siano un **tavolo di lavoro aperto**: uno spazio che valorizzi esperienze e profonde conoscenze, rivolto ai professionisti della salute e a chi, sul versante economico e gestionale, è chiamato a interpretare fino in fondo il proprio ruolo di manager. Una comunità con interessi anche molto diversi, che accetta di scendere in campo e giocare insieme una partita impegnativa.

Di comunicazione, del resto, si parla tanto. Si scrive tanto. Si "posta" moltissimo e si ascolta poco. Crediamo che lo spazio per fare meglio esista e che vada semplicemente occupato: arricchendo il dibattito, invece di alimentarlo, aprendo invece di chiudere, mettendo a confronto le posizioni e non affermandone una sola.

La nostra traccia è questa. **Esplorare i temi più vivi del dibattito sanitario e trasformarli in inchieste** che, accogliendo punti di vista differenti, possano crescere e, dove è possibile, arrivare a una sintesi. Con un solo, dichiarato pregiudizio: restare aperti, trasparenti e curiosi di fronte ai cambiamenti inevitabili che il futuro ci chiederà di affrontare. Non promettiamo verità definitive.

Promettiamo metodo, ascolto e onestà intellettuale: sappiamo tutti che l'obiettività non esiste, ma la faziosità sì.

Ed è facile evitarla.

hc 01 LUGLIO 2026

SOMMARIO

INCHIESTA



06 LA LUNGA MARCIA DELLA FARMACIA CLINICA ITALIANA

PRIMA PARTE

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

Da "signore del magazzino" a clinico al fianco del paziente: in sessant'anni la farmacia ospedaliera italiana ha cambiato pelle, passando dalla pura logistica al governo dell'appropriatezza fino alla farmacia clinica di reparto. Ma il farmacista clinico non è ancora una figura normata: il Ddl Paroli, ora in discussione al Senato, punta a riconoscerlo e a rendere il servizio omogeneo, accessibile in tutta Italia

10 L'OPINIONE DI GIANCARLO TADDEI

Primario emerito al Papa Giovanni XXIII di Bergamo, ha portato avanti una vera rivoluzione nella farmacia clinica

SECONDA PARTE

12 IL SERVIZIO NON È UGUALE DAPPERTUTTO: TRE MODELLI A CONFRONTO

Tre esperienze d'avanguardia e altrettante scuole di pensiero. Modena punta sull'integrazione interaziendale, unificando le aziende attorno al farmaco; Bergamo sulla tecnologia e la sicurezza del paziente, con dose unitaria e prescrizione informatizzata; Genova sul governo della complessità territoriale, tra ospedale, territorio, Rsa e carceri

INTERVISTA



CARLO CIFANI **20**

«MENO ESECUTORI E PIÙ MANAGER»

Ordinario di farmacologia a Camerino e direttore del Master manager del Dipartimento farmaceutico, immagina un farmacista clinico capace di governare tecnologie complesse, come le biotecnologie e le terapie geniche, competenze trasversali quali HTA, AI e la comunicazione e un quadro normativo in continua evoluzione

INTERVISTA

NICOLA NIGRI **24**



«FARMACIA OSPEDALIERA CON COMPETENZE E OPPORTUNITÀ»

Nicola Nigri è farmacista dirigente della Usl Umbria 2 e lavora al laboratorio di galenica clinica al San Giovanni Battista di Foligno, dentro il Dipartimento di assistenza farmaceutica e Patologia clinica. Durante la pandemia è stato lui, in quel laboratorio, ad allestire gli anticorpi monoclonali destinati ai pazienti Covid degli ospedali vicini

17 CONVEGNO

CAMPANIA: UNA FARMACIA CHE CERCA DI CRESCERE

Si è svolto un incontro fondamentale sulla farmacia clinica in Campania: Hta, oncologia, Pdta e salute della donna sono stati gli argomenti chiave



29 CODICE APPALTI

SEMPLIFICARE NON BASTA

Il nuovo Codice dei contratti pubblici spesso rende difficili gli acquisti di farmaci e dispositivi medici



CONVEGNI

MASTER CAMERINO **32**

Quattro temi fondamentali da approfondire



LA LUNGA MARCIA DELLA FARMACIA CLINICA ITALIANA

Una rivoluzione che parte da lontano: dal magazzino al letto del paziente



Un secolo di trasformazioni ha cambiato il volto del farmacista ospedaliero: da custode del farmaco a clinico integrato nei team di cura. Un'evoluzione silenziosa che oggi cerca finalmente (e forse trova) un riconoscimento normativo

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

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

La svolta è arrivata negli anni '90 con la riforma De Lorenzo–Garavaglia e l'aziendalizzazione del Ssn. Alle farmacie ospedaliere e ai servizi farmaceutici delle Asl è stato chiesto un compito nuovo e più nobile: governare l'appropriatezza prescrittiva e contenere la spesa farmaceutica. Sono nati, così, le Commissioni terapeutiche aziendali, i prontuari, la farmacovigilanza attiva, la dispensazione diretta introdotta dalla Legge 405/2001 e la distribuzione per conto. Il farmacista ha smesso i panni del magazziniere e ha indossato quelli del regolatore. Ma la vera farmacia clinica è arrivata dopo il 2004, una data simbolica per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino, le storiche "Molinette": alcuni reparti pilota hanno accolto per la prima volta la figura del farmacista clinico.



Inoltre alla fine del 2005 viene formalizzata una metodologia standardizzata di approccio al farmaco articolata in sei passaggi fondamentali, che diventerà la base per intervenire contemporaneamente sull'appropria-



tezza terapeutica e sulla sostenibilità economica. Da quel momento, Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera) e Sifact (Società italiana di farmacia clinica e terapia) spingono con decisione sul modello del farmacista di reparto e di dipartimento, codificandone l'attività in due aree complementari. Da un lato la logistica, intesa non come mero spostamento di scatole, ma come l'insieme dei processi che rendono il percorso del farmaco razionale, efficiente e sicuro in un'ottica di risk management. Dall'altro l'appropriatezza prescrittiva, definita come la misura dell'adeguatezza delle terapie farmacologiche adottate per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri clinici ed economici.

Che cosa fa, oggi, un farmacista clinico

Per capire davvero che cosa significa "farmacia clinica" basta osservare il progetto pilota umbro del 2024, presentato congiuntamente da Fofi e Sifo, nel quale il farmacista di reparto diventa parte integrante della catena assistenziale ospedaliera. Le sue funzioni sono ormai consolidate nei manuali Sifo e disegnano una figura professionale a tutto tondo.
C'è innanzitutto la ricognizione e riconciliazione terapeutica nei momenti più delicati, l'ingresso in ospedale e la dimissione, che la letteratura internazionale individua come le fasi a maggiore rischio di errore farmacologico. C'è la revisione critica delle prescrizioni, che intercetta interazioni pericolose, duplicazioni, dosaggi inadatti in pazienti con insufficienza renale o epatica, terapie geriatriche e pediatriche da calibrare con precisione chirurgica. Ed è presente anche l'antimicrobial stewardship, portata avanti fianco a fianco con infettivologi e microbiologi, una frontiera cruciale nell'era della resistenza antibiotica.
A tutto ciò si aggiunge l'allestimento personalizzato di chemioterapie, nutrizioni parenterali e terapie infusionali, il counseling al paziente in dimissione, particolarmente prezioso per terapie complesse come oncologici orali, anticoagulanti e farmaci biologici. Un altro terreno di impegno è rappresentato dalla farmacovigilanza attiva, dall'Health technology assessment dei nuovi farmaci e dispositivi, e dalla partecipazione stabile ai team multidisciplinari in oncologia, terapia intensiva, trapianti e malattie rare.
L'esperienza del Covid è stata, in questo senso, un acceleratore potente. I farmacisti dei Servizi farmaceutici aziendali hanno avuto ruoli cruciali nella gestione centralizzata dei dispositivi di protezione individuale, nelle preparazioni galeniche dei farmaci carenti, nei team multidisciplinari delle Unità di crisi ospedaliere e regionali, nella gestione accelerata delle sperimentazioni cliniche sulle terapie Covid. La pandemia ha reso finalmente visibile a tutti, direzioni generali, regioni, opinione pubblica, ciò che il Sifo sosteneva da 20 anni: il farmacista non è un amministrativo, è un clinico.

Perché si è arrivati al modello dipartimentale

Il Dipartimento farmaceutico nasce per superare due limiti strutturali del modello tradizionale. Il primo è la frammentazione: storicamente ogni ospedale aveva la sua farmacia e ogni Asl il suo Servizio farmaceutico territoriale, due mondi che si parlavano poco, usavano prontuari diversi, avevano commissioni separate. Risultato: il paziente in transizione ospedale-territorio cadeva nel vuoto, esposto a errori e discontinuità terapeutiche. Il secondo limite è la dispersione delle competenze. Galenica clinica oncologica, gestione dei farmaci innovativi, sperimentazione, Hta, farmacovigilanza, dispositivovigilanza: tutte attività che richiedono massa critica, tecnologie e investimenti che il singolo presidio non può sostenere da solo. La risposta organizzativa è arrivata sotto forma di Dipartimento farmaceutico, declinato in due varianti. Il dipartimento intra-aziendale riunisce le strutture di un'unica azienda (pensiamo a una Asst lombarda con più presidi, mentre quello interaziendale, modello adottato a Modena e Bologna, mette sotto un'unica direzione le farmacie di più aziende sanitarie distinte, talvolta includendo anche ospedali privati accreditati. La filosofia è quella ben sintetizzata dalla Asl3 Genova: garantire criteri omogenei di scelta e gestione del "problema farmaco", evitando comportamenti dissociati tra il settore ospedaliero e quello territoriale.
Il perimetro funzionale di un dipartimento farmaceutico moderno è oggi molto ampio: dal governo clinico del farmaco (prontuari, linee guida, registri Aifa, vigilanze) alla logistica e al procurement, dalla galenica clinica per antiblastici, nutrizioni parenterali e cannabis terapeutica fino alla distribuzione diretta che garantisce la continuità ospedale-territorio. E ancora: farmacia clinica di reparto, vigilanza sulle farmacie convenzionate, sperimentazione clinica, formazione delle nuove generazioni.



Il dipartimento farmaceutico nasce per superare due limiti strutturali del modello tradizionale

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

Il nodo del riconoscimento normativo

Resta un nodo cruciale, che Sifo e Sifact denunciano da tempo: in Italia il farmacista clinico non è ancora una figura normata. Non è presente in tutte le strutture sanitarie, ma solo nelle più grandi, proprio perché mancano atti ufficiali che ne definiscano formalmente il ruolo. Il risultato è una geografia disomogenea: il paziente ricoverato in un grande policlinico universitario riceve un livello di assistenza farmaceutica clinica che il paziente di un ospedale periferico può solo sognare.
Per colmare questo vuoto è stato presentato in Senato il Disegno di legge S.1605, depositato il 30 luglio 2025 da Adriano Paroli e discusso in audizione il 5 novembre. L'obiettivo è delineare un quadro normativo che riconosca il valore del farmacista clinico all'interno del Ssn e renda le sue prestazioni omogenee ed equamente accessibili in tutta Italia, come già avviene in diversi contesti europei e internazionali. Il provvedimento affronta la definizione strutturale delle farmacie ospedaliere e territoriali, la necessità di standard organizzativi omogenei, l'adeguamento delle dotazioni tecnologiche e il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio.
Se la legge fosse approvata, sarebbe il punto di arrivo di un percorso lungo 60 anni: dalla farmacia-magazzino degli anni '60 alla farmacia clinica del XXI secolo, finalmente riconosciuta non come buona pratica di alcuni ospedali illuminati, ma come diritto del paziente e standard del sistema sanitario nazionale. ■



NUOVE ESPERIENZE DI PUNTA, MA È ANCORA POCO



In un'inchiesta sulla Farmacia clinica, certamente non si può tralasciare un incontro con Giancarlo Taddei, primario emerito, presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, di cui ha guidato la farmacia per 17 anni, dal 1999 al 2016. Durante la sua direzione sono stati introdotti all'Ospedale di Bergamo la farmacia delle sale operatorie e il sistema di farmaco-prescrizione informatizzato, con il confezionamento dei farmaci in monodose. L'impatto pratico di questo sistema è stato notevole: ha permesso di ridurre drasticamente gli errori di somministrazione delle terapie, di dimezzare gli stock di reparto e di eliminare totalmente i farmaci scaduti, rendendo il Papa Giovanni un modello di riferimento per molte realtà sanitarie italiane.

In sostanza, ha portato la farmacia ospedaliera bergamasca verso quella che oggi si chiamerebbe "sicurezza del farmaco" e tracciabilità.

Il suo lavoro ha anticipato di anni pratiche oggi considerate standard solo nelle migliori realtà nazionali. A questo punto, nell'ambito di un'inchiesta sul cambiamento della Farmacia clinica, era fondamentale avere un suo contributo.

Quali sono oggi i traguardi raggiunti in Italia della farmacia clinica?

«I traguardi raggiunti in Italia della farmacia clinica sono purtroppo ancora poco numerosi e si distribuiscono a macchia di leopardo su tutto il territorio. Di fatto, se partiamo dal presupposto di valutare alcuni indicatori condivisi, orientati a misurare, sia la capacità di intercettare i bisogni di pazienti eleggibili, sia l'impatto concreto dell'attività consulenziale del farmacista clinico nei confronti del medico, ci dobbiamo, a mia conoscenza, orientare sulle esperienze consolidate delle 13 farmacie ospedaliere e dei suoi direttori che ho elencato nella tabella della pagina a fianco.

LE MAGNIFICHE TREDICI

- **Ao Mauriziano di Torino** (Annalisa Gasco);
- **Irccs Ospedale policlinico San Martino di Genova** (Sabrina Beltramini);
- **Azienda ospedale università di Padova** (Francesca Venturini);
- **Irccs pediatrico Burlo Garofalo di Trieste** (Anna Arbo);
- **Asst Papa Giovanni XXIII° di Bergamo** (Michela Franzin);
- **Azienda Usl della Romagna** (Fabio Pieraccini);
- **Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara** (Anna Marra);
- **Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma** (Tiziana Corsetti);
- **Irccs Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma** (Marcello Pani);
- **Azienda ospedaliera universitaria delle Marche di Ancona** (Adriana Pompilio);
- **Asl di Pescara** (Miriam Carmen Di Staso);
- **Azienda ospedaliera di Perugia** (Alessandro D'Arpino);
- **Ismet di Palermo** (Alessio Provenzani).

E i traguardi non raggiunti?

«Quelli non raggiunti sono sostanzialmente che la stragrande maggioranza delle farmacie ospedaliere non ha attivato in maniera sistematica e misurabile le attività condivise di Farmacia cinica».

Quali ostacoli impediscono alle esperienze già affermate dal punto di vista organizzativo e gestionale di affermarsi definitivamente e di diventare uno standard per tutte le aziende sanitarie che operano all'interno del Servizio sanitario nazionale?

«Gli ostacoli nella stragrande maggioranza sono sostanzialmente di tipo culturale. Di fatto i colleghi, specie i più anziani, non ritengono di mettersi in discussione, cosa indispensabile per orientarsi verso percorsi clinici innovativi e funzionali alle esigenze di oggi; è necessario anche delegare ad altre figure professionali le attività amministrativo-logistiche che comunque il direttore di farmacia dovrà presidiare e coordinare. Troppo spesso si assiste a un percorso operativo che privilegia attività che il farmacista ospedaliero da anni surroga con il conseguenziale allontanamento dai percorsi finalizzati alla personalizzazione delle terapie e al supporto consulenziale al medico e al paziente. Non è da sottovalutare la condivisione con la componente clinica e la direzione strategica, presupposto fondamentale per lo sviluppo dei percorsi realmente integrati. È necessario ora che le attività innovative del farmacista clinico siano consolidate grazie a una normativa nazionale e regionale, che si adeguino alle reali esigenze clinico assistenziali e superino i vecchi schemi ormai obsoleti. Non da ultimi vanno potenziati con celerità l'informatizzazione e l'ausilio della robotica ormai indispensabili e irrinunciabili date le numerose evidenze».

La sfida della farmacia clinica riguarda anche il privato?

«Il privato non può rinunciare a questa sfida, visto che si accredita al Servizio sanitario nazionale e deve garantire gli stessi standard organizzativi e strutturali del settore pubblico, per il fatto che in molte realtà operano clinici eccellenti che vanno supportati nei loro percorsi terapeutici assistenziali con una forte ricaduta anche farmaco-economica».

Che ruolo giocano le politiche regionali nel favorire modelli di gestione dei servizi farmaceutici in linea con i principi della farmacia clinica?

«Sono fondamentali nel favorire e indirizzare verso modelli di Farmacia clinica che garantiscano interazione con il clinico e informazione al paziente in un'ottica legata anche alla continuità assistenziale e un'evidente ricaduta anche di tipo farmaco-economica da non sottovalutare».

"Appropriatezza" è un concetto ancora moderno o è superato da "economicità"?

«In un mondo moderno, dove l'aspetto economico sta fortemente impattando sui comportamenti umani, anche nel mondo della sanità e del sociale molto probabilmente saremo presto chiamati a essere più pragmatici e a condividere percorsi assistenziali nei quali l'appropriatezza lascerà il posto all'economicità».

Come gioca la tecnologia: a favore o contro lo sviluppo di modelli di farmacia clinica?

«A mio avviso gioca sicuramente a favore. Ribadisco l'importanza ormai irrinunciabile dell'informatizzazione e della robotica. L'intelligenza artificiale già ora sta fortemente accelerando le attività consulenziali documentate e supervisionate da parte del farmacista nei confronti del clinico, sia nell'ambito dei farmaci, sia dei dispositivi medici». ■

Da semplice luogo di dispensazione a presidio sanitario avanzato. Con strutture dedicate, il sistema pubblico cambia pelle. Viaggio tra Modena, Bergamo e Genova, tre nuove esperienze e tre scuole di pensiero a confronto che disegnano altrettanti modi di stare accanto al cittadino

IL SERVIZIO NON È UGUALE DAPPERTUTTO

TRE MODELLI D'AVANGUARDIA

Per anni la farmacia è stata, nell'immaginario comune, poco più di un banco da cui ritirare un farmaco. Quella stagione è finita. Con il D.lgs. 153/2009, aggiornato da ultimo dalla legge 182/2025, la cosiddetta farmacia dei servizi viene configurata in modo definitivo come presidio sanitario avanzato del Servizio sanitario nazionale: un luogo dove la dispensazione del farmaco convive con servizi clinici di prossimità, prevenzione, vaccinazioni, telemedicina e funzioni amministrative.

Non si tratta di un cambiamento isolato. Sul territorio, le farmacie di comunità costruiscono con la farmacia ospedaliera e con il Ssn una rete sempre più integrata, in cui i confini tra assistenza, cura e prossimità si fanno più sottili. Ma come si traduce, concretamente, questa visione? La risposta non è una sola. Lo dimostrano tre esperienze che vengono regolarmente messe a confronto, proprio perché rappresentano altrettante scuole di pensiero: Modena, Bergamo e Genova.

I tre modelli rispondono a tre esigenze diverse che il Ssn affronta da almeno vent'anni: Modena risponde alla domanda «come integrare?» e unifica le aziende attorno al farmaco con il dipartimento interaziendale; Bergamo fornisce una risposta al quesito "come rendere sicura la terapia?" e punta sulla tecnologia, la dose unitaria, la prescrizione informatizzata e il farmacista clinico in reparto; Genova affronta il problema di come governare la complessità territoriale e ha organizzato un dipartimento robusto che tiene insieme ospedale, territorio, convenzionata, Rsa e carceri.

Sono tre risposte non alternative ma complementari.

MODENA

Modena punta sull'integrazione interaziendale

A Modena la farmacia ospedaliera ha smesso da tempo di essere un insieme di compartimenti separati. La città è considerata una delle esperienze più mature d'Italia di Dipartimento farmaceutico interaziendale e la logica che la governa è tanto semplice quanto, nel panorama sanitario, rivoluzionaria: invece di tre farmacie ospedaliere che lavorano in parallelo, talvolta persino in concorrenza tra loro, (quelle dell'Ausl, l'Azienda ospedaliero-universitaria, il Policlinico e l'Ospedale di Sassuolo Spa), tutte le attività farmaceutiche della provincia sono confluite in un unico dipartimento. È stato avviato un cambio di paradigma che ha avuto conseguenze concrete. Mettere in rete acquisti, logistica, competenze e dati significa ridurre le duplicazioni, contrattare meglio con l'industria, uniformare i criteri di appropriatezza prescrittiva e governare in modo più razionale una voce di spesa, quella farmaceutica, che pesa in misura crescente sui bilanci regionali. In un sistema in cui ogni azienda fa da sé, le diseconomie si moltiplicano; in un sistema integrato, il risparmio e la qualità tendono a viaggiare insieme.

Un sistema integrato

Il valore politico-organizzativo dell'esperienza modenese è stato ben sintetizzato dai direttori generali: «La sanità pubblica è un sistema integrato, nel quale il cittadino può ottenere la risposta più adatta alle sue esigenze a prescindere dall'azienda che la eroga. I dipartimenti sono unità organizzative che aggregano reparti affini per patologia o percorso di cura: alcuni di questi integrano attività assistenziali, didattiche e di ricerca, altri come il farmaceutico, hanno una vocazione territoriale; taluni sono articolazioni di una sola delle due aziende, altri ancora sono interaziendali». Una definizione che chiarisce il punto: il farmaco non appartiene all'ospedale o al territorio, ma al percorso di cura del paziente.

Recentemente il Dipartimento interaziendale farmaceutico è stato affidato a Francesca Gandolfi, specializzata in Farmacia ospedaliera e con un master universitario in Farmacoepidemiologia. Entrata in servizio nell'Ausl nel 2006, ha maturato una lunga esperienza proprio all'interno del Dipartimento farmaceutico di Modena, segno di una continuità di competenze che è essa stessa parte del modello.

Tante strutture da gestire

Sul piano operativo, il dipartimento gestisce le farmacie delle strutture ospedaliere e i servizi di distribuzione diretta dei farmaci, assicurando la continuità assistenziale ospedale-territorio: fornisce farmaci e materiale sanitario al paziente già al momento della dimissione, rifornisce i prodotti farmaceutici alle strutture aziendali vigilando sul loro corretto utilizzo secondo criteri di appropriatezza ed economicità, presidia le attività di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza, monitora e analizza le prescrizioni per l'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera. È in questo passaggio, con il paziente che lascia il reparto senza interrompere la terapia, che la continuità terapeutica smette di essere uno slogan e diventa pratica quotidiana.

Un modello molto studiato

Non è un caso che il modello modenese venga studiato ben oltre i confini provinciali. Ha fatto scuola in Emilia-Romagna (Bologna ne ha replicato lo schema) e ha sviluppato negli anni una solida vocazione formativa grazie alla Scuola di specializzazione in Farmacia ospedaliera dell'Università di Modena e Reggio Emilia, che alimenta un circolo virtuoso tra ricerca, didattica e assistenza.

In concreto: governance integrata e continuità ospedale-territorio. È questa la cifra dell'esperienza modenese e la ragione per cui resta un punto di riferimento nel dibattito sulla farmacia pubblica italiana.



BERGAMO

Bergamo è intervenuta nell'automazione e nella sicurezza del paziente

Se Modena è la città dell'integrazione, Bergamo è quella della tecnologia al servizio della sicurezza. L'esperienza bergamasca, ancorata principalmente all'Asst Papa Giovanni XXIII, è il riferimento italiano per la farmacia clinica tecnologicamente avanzata e nasce da una domanda tanto semplice quanto cruciale: come si fa a ridurre gli errori di terapia, una delle cause più sottovalutate di danno al paziente negli ospedali di tutto il mondo?

Una risposta costruita per gradi

La risposta bergamasca è stata costruita per gradi. La svolta è arrivata nel 2005, quando l'ASST Papa Giovanni XXIII, nell'ottica di migliorare l'assistenza e la sicurezza tanto per il paziente quanto per gli operatori, e di garantire una maggiore appropriatezza della terapia farmacologica, ha avviato un processo di riorganizzazione introducendo un sistema informatizzato di farmacoprescrizione. In concreto: i medici hanno abbandonano la carta e prescrivono le terapie utilizzando i computer dislocati nei reparti. Addio alla grafia indecifrabile, alle abbreviazioni ambigue, ai dosaggi trascritti a mano: ogni prescrizione diventa leggibile, verificabile, controllabile dal sistema.

Il farmaco in dose unitaria

Il salto culturale vero, però, è avvenuto nel dicembre 2012, con il trasferimento nella nuova struttura di piazza Oms. È qui che viene introdotta la gestione del farmaco confezionato in dose unitaria: ogni capsula, compressa o fiala viene riconfezionata in una singola bustina etichettata. Sembra un dettaglio logistico, ma è un cambio di filosofia. Il farmaco non viaggia più "alla rinfusa" verso il reparto, dove l'infermiere deve preparare manualmente la terapia di ogni paziente, ma arriva già pronto, identificato, tracciabile fino al letto di degenza. Questi processi hanno permesso un'elevata automazione delle attività e una riduzione significativa del rischio di errore nella fase di prescrizione e somministrazione.

Il farmacista nel processo clinico

Il significato profondo del modello è che il farmacista esce dal magazzino ed entra nel processo clinico. Prescrizione informatizzata, riconfezionamento in monodose con codice a barre, armadi automatici di reparto e tracciabilità della somministrazione compongono il cosiddetto Closed loop medication management: un "anello chiuso" in cui ogni passaggio (prescrizione, allestimento, distribuzione, somministrazione) è informatizzato e tracciato. Se in un punto qualcosa non torna, il sistema lo segnala prima che l'errore raggiunga il paziente. I risultati hanno avuto un riconoscimento internazionale: l'Ospedale Papa Giovanni XXIII e l'Asst di Cremona, hanno ottenuto l'accreditamento Jci (Joint commission international), lo standard di riferimento mondiale per la qualità e la sicurezza ospedaliera.

Non più amministrativo

C'è poi un dettaglio organizzativo che vale più di molte dichiarazioni di principio: a Bergamo la Farmacia ospedaliera è inserita nel Dipartimento di farmacologia clinica, cioè in un dipartimento clinico-scientifico e non amministrativo. È il segno che il farmacista viene considerato figura clinica a tutti gli effetti, parte attiva della cura e non semplice gestore di scorte. La struttura si articola in settori dedicati: Galenica clinica, Logistica del farmaco, Dispositivi medici, Farmaceutica territoriale e ha collezionato negli anni un curriculum di eccellenza: la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 per la progettazione, lo sviluppo e l'erogazione di attività gestionali, diagnostico-terapeutiche e di supporto; l'autorizzazione Aifa per la conduzione di studi di Fase I; e il primo premio nella categoria "Miglioramento della qualità 2015", assegnato dal Network italiano di Joint commission international proprio per il sistema di farmaco-prescrizione informatizzato e di confezionamento in monodose.
In conclusione: tecnologia, tracciabilità e risk management.



GENOVA

Genova, il dipartimento territoriale di area metropolitana

L'esperienza genovese, in particolare quella di **Asl 3 Liguria**, rappresenta un terzo paradigma: il Dipartimento delle attività farmaceutiche di un'azienda territoriale grande e complessa, che deve gestire più presidi ospedalieri, una rete capillare di poli di distribuzione distrettuali, le farmacie convenzionate del territorio e perfino i servizi sanitari penitenziari. La filosofia è dichiarata in modo molto chiaro: l'istituzione del Dipartimento delle attività farmaceutiche nasce dall'esigenza di individuare una struttura organizzativa che collabori fattivamente alla cura e riabilitazione del paziente apportando il proprio contributo in tutte quelle attività che coinvolgono il farmaco. Il Dipartimento consente di individuare aree comuni di intervento per garantire criteri omogenei di scelta e di gestione del "problema farmaco", in modo da evitare comportamenti dissociati tra il settore ospedaliero e quello territoriale.

Due strutture complesse

Il dipartimento è articolato classicamente in due strutture complesse: farmacia ospedaliera e assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale. Il loro coordinamento, però, è la chiave del modello: l'organizzazione dipartimentale delle attività farmaceutiche. Si propone come strumento di equilibrio e coordinamento tra unità operative, caratterizzate da responsabilità gestionali dirette e autonome e aree di sovrapposizione, individuate e sinergiche rispetto ai singoli servizi; realizza un'area farmaceutica complessiva in grado di garantire, sia la qualità dell'erogazione dei servizi, sia la qualità progettuale per il raggiungimento dell'obiettivo di qualificazione della spesa farmaceutica.

Tante necessità da gestire

Sul piano operativo l'ASL3 deve coprire un perimetro enorme: approvvigionamento, gestione ed erogazione dei farmaci, fornitura delle soluzioni perfusionali e gas medicali, dei prodotti per nutrizione, dei disinfettanti e dei dispositivi medici, compresi quelli impiantabili. Si tratta di una serie di servizi da fornire a tutti i reparti, dei presidi ospedalieri aziendali, alle strutture sanitarie territoriali e distrettuali, alle strutture convenzionate con Asl3 (Hospice ed Rsa), ai servizi di salute mentale e Serd, ai servizi sanitari della medicina penitenziaria. Centrale è l'**Unità farmaci antiblastici (Ufa)**, che funziona come hub centralizzato di galenica clinica oncologica per più ospedali e provvede alla preparazione centralizzata dei farmaci antiblastici per i reparti di oncologia dell'ospedale Villa Scassi, dell'ospedale P.A. Micone, dell'ospedale Gallino e per i reparti di radiologia, urologia, ginecologia, neurologia, oculistica, ecc.; alla preparazione di Bevacizumab intravitreale per la degenerazione maculare senile; alla gestione delle sperimentazioni cliniche dall'arrivo del farmaco all'allestimento della terapia per singolo paziente con dose personalizzata.
In una parola: governo capillare del farmaco in un'area metropolitana complessa.



PERCORSI DELLA FARMACIA CLINICA TRA NUOVE OPPORTUNITÀ ED ISTITUZIONALIZZAZIONE



CAMPANIA, SOLUZIONI CHE FUNZIONANO A CONFRONTO

A Villa Doria D'Angri a Napoli si è svolto un incontro sulla farmacia clinica in Campania. Tra Hta, oncologia, Pdta e salute della donna, esperti e giovani hanno condiviso best practice regionali, puntando su multidisciplinarietà, tecnologia e formazione accreditata Ecm

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

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

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

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



Con il contributo non condizionante di:

Abbott · abbvie · almirall · AMGEN · Chiesi · CSL Seqirus · fidia · Gedeon Richter · GSK · Johnson&Johnson · LEO · neuraxpharm · novo nordisk · ORGANON · professional dietetics · Roche · Viiv Healthcare

26 - 27 marzo 2026
Villa Doria D'Angri
NAPOLI

E.C.M.
Educazione Continua in Medicina



Dalle eccellenze agli standard

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

Il quadro normativo

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

Un percorso formativo accreditato

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

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



BARI, 1 Ottobre 2026

Sala Convegni
CASA DELLA SPIRITUALITA'
SAN FRANCESCO D'ASSISI
Via G. Gentile, 92



Con il contributo incondizionato di

AOP HEALTH · BeOne · GL Pharma · Johnson&Johnson · MERCK · NOVARTIS · teva

"FARMACIA CLINICA E PROCESSI MANAGERIALI: STRATEGIE DI ACQUISTO DI FARMACI E DISPOSITIVI TRA ESPERIENZE COMPETENZE: ACCORDO QUADRO"

Responsabile Scientifico:
Dott.ssa Stefania Antonacci

NON SOLO UN DOCENTE DI FARMACOLOGIA

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





Tecnologie che cambiano la cura, discipline trasversali e un quadro normativo in continua evoluzione. Sono queste alcune delle sfide della farmacia clinica affrontate presso la Scuola di scienze del farmaco e dei prodotti della salute. Fondamentale anche il ruolo che gli atenei sono chiamati a giocare per non restare indietro

CARLO CIFANI

«MENO ESECUTORI E PIU' MANAGER»



Come fare allora a risolvere questa apparente contraddizione?

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

Per essere concreti: di quali competenze parliamo?

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



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

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

Dove si colloca l'Università? Risponde alle esigenze emergenti della farmacia clinica, le previene o arranca?

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



La formazione del futuro: in aula o sul web?

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

HIPPOCRATES SINTECH
PUBLIREDAZIONALE

AGENZIA MEDICO-SCIENTIFICA & DIGITALE PER L'HEALTHCARE

Quattro competenze, *un unico partner.*

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

COMBINIAMO LE NOSTRE COMPETENZE PER PROGETTUALITÀ UNICHE

MEDICAL INFORMATION
Comunicazione scientifica

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

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

PROGETTI EDITORIALI
VIP in Touch

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

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

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

INFORMATICA
Piattaforme digitali

Soluzioni proprietarie in rete per la sanità connessa.

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

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

AI generativa, in un perimetro controllato.

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

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

PARLIAMO DEL VOSTRO PROSSIMO PROGETTO

CONTATTATECI
info@hippocrates-sintech.it

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

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



NICOLA NIGRI

«LA FARMACIA OSPEDALIERA È RICCHISSIMA DI COMPETENZE»

a cura di Stefano Cussotto

FARMACISTA DIRIGENTE E SEGRETARIO REGIONALE SIFO UMBRIA

Nicola Nigri è farmacista dirigente della Usl Umbria 2 e lavora al laboratorio di galenica clinica del presidio ospedaliero San Giovanni Battista di Foligno, dentro il Dipartimento di assistenza farmaceutica e Patologia clinica diretto da Fausto Bartolini. Preparazioni magistrali, dosi pediatriche, terapie personalizzate, allestimenti sterili sono solo alcuni degli impegni di cui è responsabile Nigri. Durante la pandemia è stato lui, in quel laboratorio, ad allestire gli anticorpi monoclonali destinati ai pazienti Covid degli ospedali vicini. Il profilo scientifico è tutto su questo terreno. Componente dell'Area scientifico-culturale "Galenica clinica" della Sifo si è occupato di valutazione del rischio nelle preparazioni magistrali secondo la risoluzione europea e di nutrizione artificiale; è tra gli autori delle linee di indirizzo Sifo sui medicinali a base di cannabinoidi, un dossier che tiene insieme scienza, normativa e rimborsabilità regionale.

Il ruolo nella società scientifica è arrivato più tardi. Dal 2024 è segretario regionale Sifo per l'Umbria, mandato 2024-2028, dopo essere stato consigliere regionale con Silvia Di Marco. La sezione regionale Sifo è di fatto l'unico organismo che mette in rete i farmacisti delle quattro aziende sanitarie umbre che hanno quattro modelli organizzativi diversi e quattro catene di comando separate. Nigri presidia il versante formazione, qualità, accreditamento, standard professionali.

Da qui il senso del "Sifo Umbria Magazine": nasce da un'idea condivisa con Maria Laura Brunelli e che oggi coinvolge un gruppo editoriale, ormai al lavoro sul quarto numero. È un caso raro di editoria professionale costruita dal basso: raccoglie le esperienze delle quattro aziende e le fa circolare, costruendo un'identità regionale là dove l'organizzazione ne produce quattro separate. Costo quasi nullo, impatto alto.

Per un farmacista dirigente che opera nel servizio sanitario nazionale molte sono le sfide da affrontare, tra la morsa delle "risorse scarse" e la disponibilità di innovazione farmacologica, tecnica e metodologica. Come sopravvivere?

«È vero, viviamo una fase in cui le risorse sono limitate, mentre l'innovazione corre a una velocità mai vista prima. Ma credo che il rischio più grande sia affrontare questa sfida con categorie di pensiero che appartengono al passato. Per troppo tempo abbiamo discusso di farmaci e tecnologie soprattutto in termini di costo. Oggi dovremmo imparare a ragionare sempre di più in termini di valore. La domanda non dovrebbe essere soltanto quanto costa una terapia, ma quale beneficio è in grado di generare per la persona assistita, per l'organizzazione sanitaria e per la società nel suo complesso. Ciò non significa ignorare il tema della sostenibilità, che resta fondamentale. Comporta, però, considerarla insieme agli esiti di salute, alla qualità della vita, alla prevenzione delle complicanze e all'utilizzo appropriato delle risorse. Più che mettere in primo piano la sopravvivenza, credo che sia necessario parlare di evoluzione. A tutti i livelli: professionisti, organizzazioni, istituzioni e decisori. L'innovazione non deve essere subita, né accolta in modo acritico, ma valutata con rigore, misurandone il reale impatto nella pratica quotidiana. La sfida dei prossimi anni sarà proprio questa: riuscire a coniugare innovazione, appropriatezza e sostenibilità senza perdere di vista ciò che conta davvero, cioè il valore generato per i cittadini e per il Servizio sanitario nazionale».

La sua sensibilità per il ruolo di farmacista clinico e per la comunicazione è testimoniata dall'iniziativa regionale che la vede protagonista, uno strumento editoriale come *Sifo Umbria Magazine*, che "fa network" tra i colleghi. In poche parole, qual è l'obiettivo di questo impegno?

«In realtà non lo considero un progetto personale, ma il risultato di un lavoro collettivo. Da sempre mi riconosco in un principio molto semplice: condividi, cresci, impara. Credo che descriva bene non solo il magazine, ma anche il modo in cui dovrebbe evolvere una società scientifica. Nella nostra professione, esistono ogni giorno esperienze, soluzioni organizzative, progetti e buone pratiche di grande valore che spesso rimangono all'interno delle singole realtà. Il rischio è che ciascuno lavori con impegno, ma in modo isolato. Condividere significa permettere a tutti di crescere più velocemente, evitando di ripartire ogni volta da zero. L'obiettivo del magazine è proprio questo: creare connessioni tra colleghi, valorizzare esperienze che meritano di essere conosciute e dare spazio anche a chi, pur svolgendo un lavoro di qualità, spesso non trova occasioni per raccontarlo. Se un collega, leggendo un articolo, trova uno spunto utile da applicare nella propria realtà o decide di raccontare a sua volta un'esperienza, allora abbiamo raggiunto il nostro scopo. La conoscenza genera valore quando viene condivisa. In fondo il messaggio che vorrei trasmettere è che la farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici è una professione straordinariamente ricca di competenze e di opportunità. Più saremo capaci di confrontarci, ispirarci reciprocamente e fare rete, maggiore sarà il contributo che potremo offrire ai pazienti, alle organizzazioni sanitarie e al Servizio sanitario nazionale».



Tra passato, presente e futuro di quali competenze sente maggiormente la necessità per sé e per i suoi colleghi?

«Se dovessi scegliere una caratteristica che non dovrebbe mai mancare, sceglierei la curiosità. La curiosità di chiedersi il perché delle cose, di non accettare automaticamente ciò che ci viene consegnato come immutabile e di mantenere uno



sguardo critico e costruttivo sulla realtà che ci circonda. Una delle lezioni più importanti che sto imparando nel mio percorso professionale è proprio questa: ogni volta che qualcosa non funziona, invece di limitarci a gestirne le conseguenze, dovremmo fermarci a capire perché si è verificato l'inconveniente. È un approccio che richiama la filosofia del miglioramento continuo: non cercare soluzioni straordinarie, ma migliorare un pezzetto alla volta, ogni giorno. Naturalmente le competenze cliniche, gestionali e organizzative restano fondamentali. Ma credo che nei prossimi anni assumeranno un'importanza crescente anche le competenze comunicative e relazionali. Sapere dialogare con un clinico, con un infermiere, con un paziente o con un decisore significa spesso creare le condizioni affinché una buona idea possa trasformarsi in un cambiamento reale. Se dovessi scegliere oggi un giovane farmacista specializzato, probabilmente cercherei prima di tutto una persona che abbia voglia di mettersi in discussione, di collaborare e di migliorare le cose senza lasciarsi frenare dal "si è sempre fatto così". Le innovazioni più importanti non nascono necessariamente da grandi rivoluzioni, ma dalla capacità di osservare la realtà con occhi diversi e di costruire insieme agli altri soluzioni migliori. E forse la competenza più difficile, ma anche la più preziosa, è proprio questa: riuscire a mettersi nei panni degli altri. Perché comprendere davvero le esigenze delle persone con cui lavoriamo è spesso il primo passo per migliorare i processi, le organizzazioni e, in ultima analisi, l'assistenza ai pazienti».

«OGGI DOVREMMO IMPARARE A RAGIONARE SEMPRE DI PIÙ IN TERMINI DI VALORE. LA DOMANDA NON DOVREBBE ESSERE SOLTANTO QUANTO COSTA UNA TERAPIA, MA QUALE BENEFICIO È IN GRADO DI GENERARE PER LA PERSONA ASSISTITA, PER L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA E PER LA SOCIETÀ NEL SUO COMPLESSO».

Quale significato ha oggi essere segretario regionale della Sifo? È più un onere o un onore?

«Per me è soprattutto un onore, ma sarebbe poco autentico negare che comporti anche una responsabilità importante. Essere segretario regionale oggi significa rappresentare una professione che sta attraversando una fase di profonda evoluzione. Il farmacista del Servizio sanitario nazionale è chiamato sempre più spesso a confrontarsi con innovazione, sostenibilità, organizzazione dei servizi e lavoro multidisciplinare. In questo contesto credo che il ruolo abbia soprattutto una funzione di ascolto, collegamento e rappresentanza. Ciò che mi ha colpito maggiormente da quando ricopro questo incarico è la ricchezza di competenze presenti sul territorio. Molte volte il compito non è proporre soluzioni dall'alto, ma creare le condizioni affinché le persone possano confrontarsi, collaborare e mettere a disposizione ciò che sanno fare. Ho sempre pensato che il valore di un incarico non si misuri da quante persone ti seguono, ma da quante persone riesci a fare sentire parte di un progetto comune. Per questo considero questo ruolo un onore: l'opportunità di contribuire, nel mio piccolo, a una professione più connessa, più consapevole e più capace di affrontare insieme le sfide del futuro. Naturalmente, richiede tempo, impegno e costanza. Ma quando l'impegno nasce da una convinzione profonda, l'onere diventa parte stessa dell'onore».

Che cosa si aspetta da parte della Direzione strategica per potere esercitare meglio il ruolo di farmacista veramente "clinico"?

«Credo che il primo cambiamento debba partire da noi. Non possiamo limitarci a chiedere maggiore riconoscimento: dobbiamo dimostrare, con competenza e risultati, quale contributo possiamo offrire ai percorsi di cura. In molti contesti il farmacista non è ancora pienamente percepito come parte stabile del team clinico. Ciò può dipendere da una conoscenza non sempre completa del nostro ruolo da parte delle organizzazioni, ma anche dalla nostra capacità, non sempre sufficiente, di proporci, di misurare ciò che facciamo e di raccontarlo in modo chiaro. Per esercitare una farmacia davvero clinica servono competenza, curiosità e umiltà. Competenza, perché essere presenti nei processi non basta: bisogna essere utili. Curiosità, perché i bisogni cambiano e richiedono risposte nuove. Umiltà, perché il lavoro clinico è sempre di squadra, costruito sull'ascolto, sul rispetto dei ruoli e sulla fiducia reciproca. Da una Direzione strategica mi aspetto visione: la capacità di vedere nel farmacista del Servizio sanitario nazionale non solo una funzione di supporto o di controllo della spesa, ma un professionista capace di contribuire alla qualità, alla sicurezza e all'appropriatezza delle cure. Tutto ciò richiede anche condizioni organizzative coerenti: accesso ai dati, strumenti digitali, presenza nei team multidisciplinari, coinvolgimento nei Pdta e nei processi decisionali dove si definiscono concretamente i percorsi dei pazienti. Non per rivendicare uno spazio, ma per contribuire insieme agli altri professionisti a un Servizio sanitario nazionale più sicuro, più appropriato e più vicino ai bisogni delle persone. ■





SEMPLIFICARE NON BASTA

L'acquisto di farmaci e dispositivi medici nel nuovo Codice dei contratti pubblici

Il nuovo Codice dei contratti pubblici, nato per agevolare le procedure e migliorare la qualità degli acquisti, mostra rilevanti rigidità se applicato a farmaci e dispositivi medici

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

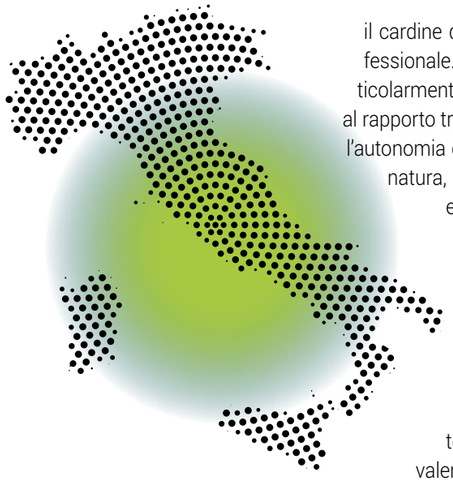


1 Il primo nodo riguarda la programmazione

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

2 La disomogeneità applicativa sul territorio

In teoria, il modello prevalente affida gli acquisti a un soggetto aggregatore regionale, che opera per conto di tutte le aziende sanitarie, con l'obiettivo di generare economie di scala e di uniformare le condizioni di fornitura. Nella realtà, questo schema funziona solo parzialmente: tempi di gara, capacità tecniche delle centrali di committenza, scelte organizzative e margini di autonomia delle singole aziende variano sensibilmente da regione a regione. Il risultato è un quadro frammen-



tato, in cui prodotti analoghi possono essere acquistati a condizioni diverse, con disparità di accesso che si riflettono in ultima istanza sull'equità delle cure.

3 La fissazione dei prezzi a base d'asta

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

Il medico è chiamato a operare scelte terapeutiche fondate sulle migliori evidenze e sulle specifiche condizioni del singolo paziente, esercitando una libertà prescrittiva che è il cardine della responsabilità professionale. Vi è poi un profilo particolarmente delicato, che attiene al rapporto tra la logica dell'appalto e l'autonomia clinica. La gara, per sua natura, tende a standardizzare e a ricondurre a un'unica aggiudicazione una pluralità di esigenze. Conciliare le due dimensioni è tutt'altro che semplice, soprattutto nei settori a elevata tecnologia, dove l'equivalenza tra prodotti non è quasi mai piena e la scelta di un determinato dispositivo o di una determinata terapia non è interscambiabile senza conseguenze cliniche. La definizione delle specifiche tecniche e dei criteri di equivalenza diventa così il terreno su cui si gioca il difficile equilibrio tra concorrenza e appropriatezza delle cure.

4 La disponibilità di competenze tecniche adeguate

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



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

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

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

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

"FARMACIA CLINICA E PROCESSI MANAGERIALI: STRATEGIE DI ACQUISTO DI FARMACI E DISPOSITIVI TRA ESPERIENZE COMPETENZE: ACCORDO QUADRO"

Responsabile Scientifico:
Dott.ssa Stefania Antonacci

redazionale

La rapida evoluzione delle soluzioni di cura, relativamente ai farmaci e ai dispositivi medici, impongono ai professionisti del settore, farmacisti SSN e provveditori in primis, di acquisire competenze e capacità gestionali al fine di utilizzare gli strumenti di governance al meglio delle potenzialità di efficacia ed efficienza.

I processi che accompagnano le procedure di acquisto, dalla definizione dei fabbisogni alle migliori strategie di gara, rappresentano in questo contesto una sfida ancora aperta e caratterizzata da forti implicazioni economiche e gestionali. Pur confermando che il Codice degli appalti attualmente in vigore permette certamente di rispondere alle esigenze della sanità regionale e locale per garantire la disponibilità di terapie e supporti appropriati ai pazienti nei diversi percorsi di assistenza, non si può ignorare che alcune situazioni riservino margini di applicazione non sempre univoci e spazi di miglioramento di gestione.

L'applicazione della formula "Accordo quadro", formula originata principalmente dall'esigenza fondamentale di garantire spazi di gestione alla prescrizione e alla continuità terapeutica, non viene sempre interpretata in maniera univoca e rimane spesso al centro del dibattito tra enti e fornitori.

Dal punto di vista organizzativo, inoltre, esistono diversi contesti e diverse modalità di interazione tra i responsabili della governance, preposti a stabilire i "paletti" e gli standard da formalizzare nei capitolati di gara e i "tecnici" degli acquisti, chiamati al rispetto formale e sostanziale delle norme in atto, rappresenta una sfida ulteriore per i professionisti del settore e impone La rivalutazione dei sistemi di gestione verso acquisti secondo Opv (Offerta economicamente più vantaggiosa).

A questo riguardo risulta importante cogliere e qualificare la potenzialità rappresentata dall'estensione di servizi da parte dei fornitori a domicilio del paziente, potenzialità consolidata in alcune aree ma tendenzialmente in crescita grazie all'orientamento dell'assistenza verso una crescente deospedalizzazione.

Per crescere su queste tematiche l'evento in oggetto si propone di fissare uno "stato dell'arte" alla Regione Puglia e a livello nazionale delle diverse tipologie di Accordo quadro, confrontare esperienze e problemi attualmente in essere nelle diverse realtà aziendali della Regione per identificare aree di miglioramento e spazi di crescita per i professionisti chiamati in causa. Lo spazio al confronto e al dibattito caratterizza la proposta formativa e garantisce un ruolo attivo da parte di tutti i partecipanti.



MANAGER DEI DIPARTIMENTI FARMACEUTICI

MASTER UNICAM: SIAMO GIÀ A QUOTA VENTIQUATTRO



Un primato unico in Italia per la formazione manageriale del farmacista del Servizio sanitario nazionale. Inaugurazione il 9 giugno 2026 a San Benedetto del Tronto. Tra i temi 2026/27: intelligenza artificiale nella pratica del farmacista Ssn, nuovo quadro normativo degli acquisti, oncologia di precisione e malattie rare

Il Master universitario di II livello *«Manager di dipartimenti farmaceutici»* dell'Università di Camerino ha aperto i battenti della **XXIV edizione**, un traguardo che ne fa, ad oggi, **l'unico percorso di alta formazione in Italia ad avere raggiunto questa continuità nella formazione manageriale dedicata al farmacista del Servizio Sanitario Nazionale**. L'inaugurazione della prima sessione didattica è in programma **martedì 9 giugno 2026** presso il Centro Congressi dell'Hotel Calabresi di San Benedetto del Tronto. Diretto da **Carlo Cifani**, ordinario di Farmacologia e direttore della Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Unicam, e dalla vicedirettrice **Maria Vittoria Micioni Di Bonaventura**, professore associato di farmacologia all'Universitù di Camerino, il Master rappresenta da quasi un quarto di secolo il principale punto di riferimento nazionale per chi guida, o si prepara a guidare, i dipartimenti farmaceutici delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane.

Una longevità costruita sull'aggiornamento continuo

«Il sistema sanitario universalistico è costantemente sollecitato da tensioni economiche e organizzative, e farmaci e dispositivi medici rappresentano una parte importante di queste tensioni», spiega Carlo Cifani. *«I progressi tecnologici e scientifici ci consentono un costante miglioramento dei percorsi di salute, ma impongono competenze di gestione capaci di ottimizzare, nel senso dell'appropriatezza, l'impiego delle risorse. Per questo immagino farmacisti clinici meno esecutori e più manager: capaci di gestire e fare evolvere le proprie aree di attività, di guidare meccanismi interdisciplinari di misurazione e di governance insieme ai clinici e alla direzione delle aziende sanitarie»*.

È a partire da questa visione che il Master, edizione dopo edizione, ha aggiornato il proprio impianto didattico: *«Una longevità garantita da una costante apertura ai temi emergenti»*, sottolinea Cifani, *«dalla collaborazione con le società scientifiche di riferimento, Sifo in primis, all›ampio dialogo con l›industria dei farmaci e dei dispositivi medici»*.

Le novità dell'edizione 2026/27

L'edizione 2026/27 conferma e amplia il focus su quattro aree di particolare attualità per il farmacista del Ssn: **l'utilizzo dell'intelligenza artificiale nella pratica clinica e gestionale**; **l'evoluzione del quadro normativo degli acquisti dei beni sanitari**, con particolare riferimento al Codice degli appalti; **l'oncologia di precisione** e le **malattie rare**, con uno sguardo dedicato a programmazione, horizon scanning e sostenibilità.

Sul peso crescente di queste competenze trasversali Cifani è esplicito: *«Rientrano in questa sfera l'It e l'Ai, con le loro crescenti potenzialità e i loro rischi, l'Health technology assessment e la comunicazione, diventata terreno di impegno per tutti gli operatori sanitari. Il quadro normativo-giuridico è in forte evoluzione e, sulla gestione di farmaci e dispositivi, non fa sconti: basti pensare al processo di acquisto dei beni sanitari»*.

INFORMAZIONI

Titolo: Master universitario di II livello «Manager di dipartimenti farmaceutici», XXIV edizione

Sede prima sessione: Centro congressi hotel Calabresi, viale Marinai d'Italia 1, San Benedetto del Tronto

Inaugurazione: martedì 9 giugno 2026, ore 8.30

Direzione: Carlo Cifani (direttore), Maria Vittoria Micioni Di Bonaventura (vicedirettrice)

Promotore: Scuola di scienze del farmaco e dei prodotti della salute, Università di Camerino (Unicam)

La scelta della formula in aula: una comunità che fa networking

In un panorama formativo sempre più orientato al digitale, il Master Unicam ha consapevolmente mantenuto la **formula in presenza**. Una scelta che, spiega Cifani, è parte integrante del valore dell'iniziativa: *«Il master è destinato a rimanere in aula, pur con grandi sacrifici nella sua gestione. Garantisce non solo un approfondimento delle diverse materie sostenuto da continui confronti e dibattiti, ma anche, elemento oggi assai prezioso, un'esperienza di gruppo, di networking, di comunità: facilita lo scambio tra esperienze diverse e si trasforma in una risorsa preziosa per le carriere future»*.

Una scelta che si riflette anche nel parterre di docenti e testimonial: **Guido Castelli** senatore e commissario straordinario del Governo per la ricostruzione; al **Nino Cartabellotta**, presidente Gimbe; **Dr. Mattia Altini**, direttore generale Ausl di Modena e presidente Simm. Erano presenti anche i dirigenti AIFA, i responsabili regionali dell'assistenza farmaceutica e i vertici di Sifo e Uniamo. Un network che, edizione dopo edizione, contribuisce a fare del Master uno snodo di confronto tra accademia, istituzioni, regioni, industria e mondo associativo.

Un valore aggiunto per il territorio

La conferma di San Benedetto del Tronto come sede della prima sessione didattica consolida il legame tra l'iniziativa Unicam e il territorio piceno. La cerimonia inaugurale, alla presenza del rettore **Graziano Leoni**, del direttore generale Unicam **Andrea Braschi**, dell'assessore alla sanità della Regione Marche **Paolo Calcinaro**, del direttore della Scuola di scienze del farmaco **Gianni Sagratini** e dei rappresentanti del Consorzio universitario Piceno, testimonia il radicamento dell'iniziativa nel tessuto istituzionale e sanitario locale, valorizzando al tempo stesso il ruolo dell'Ateneo come motore di alta formazione per l'intero Paese. ■

UNICAM Università di Camerino 1336 — UNIVERSITÀ DI CAMERINO

DIRETTORE EDITORIALE
Gianluigi Cussotto

DIRETTORE RESPONSABILE
Alessandro Secciani

ART DIRECTOR
Fausto Pastorino

REDAZIONE
Stefano Cussotto, Giampiero Moncada, Boris Secciani

SEDE LEGALE
Via Pietro della Valle 7/a
20132- Milano

SEDE OPERATIVA E PUBBLICITÀ
Via Monte Cimone, 3
37057- San Giovanni Lupatoto (Vr)
045 500296
351 6098871 | 329 4500030
EMAIL:
info@hc-healthcommunity.com

SOCIETÀ EDITRICE
Cev Srls
Via Pietro della Valle 7/a
20132- Milano

STAMPA
Intergrafica - Verona

Supplemento del mensile Millenovecento (autorizzazione n.521del 30 settembre 2002) del Tribunale di Milano. In attesa di autorizzazione propria

HC-HEALTH COMMUNITY: PENSIAMO POSITIVO

Tanti temi spinosi che affronteremo nei prossimi numeri, con l'atteggiamento sempre costruttivo di chi preferisce fare, piuttosto che lamentarsi

La comunicazione in sanità

La competenza invisibile che salva vite (e reputazioni). Dal letto del paziente alla sala stampa

Cresce l'impegno per sconfiggere le malattie rare, che sono in costante aumento

Normative, criteri finanziari e situazioni concrete di coloro che stanno affrontando una battaglia sempre più ampia

Case di comunità: il day after del Pnrr

Il problema vero comincia adesso: le strutture ci sono, i fondi europei finiscono

Personale, il collo di bottiglia che vanifica tutto il resto

Il punto è che le strutture non bastano se non si mettono in condizione di essere operative

Liste d'attesa: dalla misurazione al governo della domanda

Chi ha già affrontato in termini concreti il problema e ha ottenuto significativi miglioramenti

hc PERCHÉ ABBONARSI

- Perché è un **punto di riferimento concreto** per tutti coloro che hanno delle responsabilità nel settore sanitario
- Perché è un mensile che **mette in risalto** non tanto i problemi, ma **le soluzioni** adottate su tutto il territorio
- Perché **dà voce a tutti** coloro che rappresentano un'avanguardia
- Perché **fa conoscere i protagonisti** di una vera e propria rivoluzione sanitaria in atto
- Perché **racconta le più importanti novità scientifiche** e come vengono applicate sul territorio
- Perché **individua alcune esperienze europee** che possono essere uno stimolo per l'Italia
- Perché **individua alcune esperienze italiane** che possono essere uno stimolo per l'Europa
- **Perché Hc pensa positivo**, anche se è molto difficile farlo

- Per abbonarti: manda una mail a **info@hc-healthcommunity.com** riceverai mensilmente e gratuitamente la rivista.

