

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

Documento approvato
dall'Advisory Board
sull'Aderenza alla Terapia
in occasione
di **Punt● Insieme Sanità**

19 giugno 2014



INDICE

<i>La riforma delle cure primarie per la presa in carico del paziente</i> A cura di FederAnziani	6
<i>L'aderenza alle terapie</i> A cura di AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco	10
<i>Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia</i> A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale	14
<i>La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente</i> A cura di Federfarma	22

LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

A cura di FederAnziani

La riforma delle cure primarie per la presa in carico del paziente

A cura di FederAnziani

In un contesto demografico e sociale contraddistinto da un continuo innalzamento dell'età media e, conseguentemente, dalla numerosità della popolazione anziana è imperativo strategico della società e dello Stato creare condizioni per garantire a chi è anziano una maggiore salute e "vita attiva" e, al contempo, un contenimento dei costi sanitari. È facile prevedere come, senza un complessivo ripensamento del funzionamento del Sistema Sanitario, in pochi anni si possa correre il rischio di un "default" dello stesso, a fronte di una crescita progressiva del numero di "senior" - nel 2013 il 20% della popolazione, ma il 30% nel 2050 - che già oggi "consuma" il 67,5% della spesa sanitaria.

È mission fondativa di FederAnziani contribuire a condizioni di maggiore qualità di vita per i propri aderenti e di minore spesa per le Istituzioni, collaborando con queste ultime e con ogni professionalità scientifica al fine di identificare e implementare nuovi modelli di organizzazione della sanità e nuovi percorsi di gestione del paziente che possano garantire più salute e, al contempo, maggiore sostenibilità. Nello specifico è convinzione di FederAnziani che sia fondamentale conseguire più efficacia ed efficienza nella gestione delle cronicità - che oggi comportano più del 70% dei costi della sanità - e che ciò possa essere ottenuto portando i pazienti anziani cronici a conseguire un maggiore grado di aderenza. In particolare, come già espresso chiaramente dagli atti del congresso di novembre 2013 della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, è opinione forte di FederAnziani che l'obiettivo di una maggiore aderenza possa essere conseguito esclusivamente attraverso una revisione del "sistema di presa in carico del paziente cronico".

Rispetto alle patologie croniche è di riferimento per FederAnziani un modello di gestione del paziente articolato su quattro punti cruciali, rispetto a ciascuno dei quali sono fondamentali alcune condizioni abilitanti:

1. DIAGNOSI PRECOCE; fare emergere la patologia, attraverso educazione e medicina di iniziativa;
2. APPROPRIATEZZA DELLA CURA E FARMACEUTICA; identificare la cura e il percorso terapeutico più idoneo non per la patologia, ma per il paziente, individualizzando la cura;
3. ADERENZA; conquistare il pieno rispetto delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche;
4. SOSTEGNO; affiancare l'anziano cronico nella sua vita quotidiana.

L'adozione di tale sistema di presa in carico del paziente anziano cronico richiede il completamento della riforma delle cure primarie: richiede a medici e farmacisti di territorio di ampliare le loro competenze scientifiche e manageriali, di dotarsi di strumenti diagnostici, di integrarsi nella gestione del paziente, di riorganizzarsi strutturalmente per conquistare più efficienza, dedicare più tempo ai pazienti e offrire più servizi.

Per tale ragione FederAnziani è al fianco di AIFA nell'identificare e implementare istituzionalmente il continuo miglioramento degli standard di assistenza sanitaria, a partire dal prevenire e ridurre l'uso inappropriato dei farmaci e quindi la scarsa aderenza alla terapia. FederAnziani è quindi con AIFA per far sì che i sistemi sanitari locali siano effettivamente organizzati per garantire su tutto il

DIAGNOSI PRECOCE

- Informazione ed educazione costante del paziente
- Attività di prevenzione (giornate dedicate) nella Farmacia dei Servizi
- Medicina e diagnostica di iniziativa in AFT e UCCP
- Disponibilità diffusa di strumenti e competenze per diagnosi di I e II livello, sia a favore della medicina del territorio, che delle farmacie del territorio

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E FARMACEUTICA

- Istituzionalizzazione di Protocolli di gestione del paziente declinati sia in funzione della patologia, che dello stato complessivo di salute-comorbidità del paziente stesso
- Personalizzazione della medicina, attraverso la Scheda Clinica e la definizione di un Piano Terapeutico Individuale
- Integrazione tra medicina Specialistica - ospedaliera e non - e medicina di territorio, attraverso scambio regolare di competenze, attività congiunta in AFT-UCCP e integrazione informatica

ADERENZA

- Aggregazione della medicina di territorio in AFT e UCCP, per una maggiore efficacia organizzativa nella presa in carico del paziente
- Counseling verso il paziente da parte del medico di territorio
- Impiego diffuso della Telemedicina - attraverso l'integrazione tra medico e specialista, medico di territorio e farmacia di territorio - per il monitoraggio della salute
- Integrazione tra medicina e farmacie di territorio per il monitoraggio dell'aderenza
- Adozione di soluzioni terapeutiche semplici
- Impiego di farmaci a elevata efficacia e di device di facile uso

SOSTEGNO

- Gestione integrata del paziente cronico a domicilio, attraverso attività in team tra medico di territorio di riferimento, farmacia di riferimento e operatore assistenziale di riferimento
- Disponibilità quantitativamente adeguata di attività di assistenza domiciliare
- Formazione professionale certificata degli operatori socio-sanitari

territorio nazionale tali standard di assistenza sanitaria e le condizioni per una maggiore appropriatezza, che siano effettivamente disponibili le competenze e gli strumenti a ciò necessari e, infine, che gli stessi pazienti giochino un "ruolo attivo costruttivo" rispetto alla cura della propria cronicità.

Per tale ragione FederAnziani è al fianco di FIMMG nel riconoscere al medico di territorio il ruolo di punto di riferimento primario e autorevole per il paziente anziano cronico; in quanto profondo conoscitore della storia personale e sociale del paziente, il ruolo di "personalizzatore" delle cure - soprattutto in caso di comorbidità - attraverso una attività concordata di sintesi delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche proposte dai medici specialisti, ma anche il ruolo di promotore e assicuratore dell'aderenza alla terapia da parte del paziente stesso. FederAnziani è quindi con FIMMG nel promuovere e sostenere attivamente ogni iniziativa finalizzata alla riorganizzazione della medicina di territorio, che permetta alla stessa una maggiore capacità di presa in carico del paziente; sviluppando una maggiore intensità di competenze cliniche trasversali e però anche disponibilità di strumenti diagnostici, maturando una crescita significativa nelle competenze manageriali, anche attraverso la disponibilità di strumenti informatici di governo clinico, destinando proattivamente una maggiore quantità di tempo ai pazienti per un'attività regolare e frequente di presidio e monitoraggio, attraverso una più efficace organizzazione del lavoro possibile solo mediante una attività di gruppo.

FederAnziani è anche a fianco di Federfarma nel riconoscere nel farmacista di territorio un punto di riferimento fondamentale e facilmente accessibile per il paziente anziano cronico, cui rivolgersi ogni qualvolta necessario per avere informazioni sulle patologie, per ottenere educazione sanitaria, per fare diagnosi di primo livello, per ricevere servizi di prima assistenza.

La riforma delle cure primarie per la presa in carico del paziente

A cura di FederAnziani

FederAnziani è quindi con Federfarma nel promuovere e sostenere ogni iniziativa finalizzata allo sviluppo di una farmacia dei servizi, che permetta alla stessa di essere vicina al paziente anziano cronico nella ricerca di una maggiore appropriatezza: sviluppando una maggiore intensità di conoscenze cliniche di base e disponibilità di strumenti di prima diagnosi, organizzando periodicamente giornate di informazione, prevenzione e diagnosi, attivando servizi di assistenza domiciliare per i pazienti con le patologie più invalidanti.

Con il fine di meglio qualificare, per ciascuna categoria di patologia e tipologia di paziente, il percorso di gestione più idoneo e le condizioni attuative per una efficace presa in carico del paziente anziano cronico FederAnziani, all'interno dei lavori della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, fin da novembre 2013 ha ipotizzato un "think tank" ad hoc: Punto Insieme Sanità.

L'obiettivo di Punto Insieme Sanità è:

- prima di tutto, individuare "percorsi di gestione del paziente anziano", ovvero PDTA "dedicati";
- quindi, favorirne la messa in pratica "attraverso progetti pilota" - 500 farmacie, 150 UCCP, 100 Reparti ospedalieri, 500 mila anziani - promuovendo lo sviluppo di competenze, strumenti e condizioni organizzative e di governance idonee;
- poi, verificare attraverso le evidenze emerse l'impatto sulle condizioni di salute e aderenza dei pazienti e, conseguentemente, sui costi del sistema sanitario;
- infine, sulla base di quanto emerso, proporre un Piano Nazionale per l'Aderenza, durante i lavori di Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute di novembre 2014, che possa essere di riferimento per la riorganizzazione del Sistema Sanitario nella gestione delle cronicità in Italia, ma anche benchmark a cui fare riferimento in tutta Europa, proprio su proposta dell'Italia durante il semestre di Presidenza Italiana.

È, pertanto, doveroso il ringraziamento sentito di FederAnziani a tutti coloro che, all'interno di Punto Insieme Sanità, hanno offerto un contributo significativo e di grande valore:

- AIFA, nella figura del suo Presidente Sergio Pecorelli, anche Presidente della commissione EMA per l'aderenza, per avere chiaramente indicato le linee guida da seguire per conquistare un maggiore grado di appropriatezza e aderenza, quindi standard di offerta sanitaria più elevati;
- FIMMG, nella figura del suo Segretario Generale Giacomo Milillo, per la compiuta riforma della medicina di territorio proposta e la continua attività di stimolo al cambiamento in tal senso degli iscritti al sindacato;
- FEDERFARMA, nella figura del suo Presidente Anna Rosa Racca, per la chiara indicazione del percorso di crescita che le farmacie devono seguire nella direzione di una maggiore offerta di servizi e per la continua attività di promozione di iniziative di valore per il paziente in farmacia;
- SOCIETA' SCIENTIFICHE, nelle figure dei loro Presidenti, per aver portato a identificare percorsi di gestione del paziente che, attraverso un'attività integrata tra medici specialisti, medici di territorio e farmacie di territorio, permettano una più efficace presa in carico del paziente anziano cronico e offrano indicazioni chiare a tutti gli attori sanitari per garantire una maggiore appropriatezza e aderenza.

L'ADERENZA ALLE TERAPIE

A cura di AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

L'aderenza alle terapie

A cura di AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

Nel contesto di una società globalizzata e di una popolazione sempre più anziana, il rimodellamento dei sistemi sanitari per rispondere ai profondi cambiamenti sociali, demografici e clinici sarà un nodo cruciale per l'efficienza dei processi assistenziali e per la sostenibilità economica dei servizi.

In particolare, l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, caratterizzata da terapie sempre più efficaci e personalizzate ma per questo più costose e complesse, costituirà un punto focale soprattutto per un sistema sanitario universale e solidaristico come quello italiano.

Tra i principali obiettivi dell'AIFA vi è il miglioramento degli standard dell'assistenza sanitaria, tra cui la prevenzione dell'uso inappropriato dei farmaci, un fenomeno che impatta, con sostanziali ripercussioni, sia sulla salute del paziente che sulla spesa sanitaria.

Tra le aree di inapproprietezza nell'utilizzo dei farmaci, la scarsa aderenza al trattamento delle patologie, in particolare di quelle croniche, costituisce un problema di portata globale. In Europa si stima che la mancata aderenza alle terapie causi circa 200.000 morti all'anno e gravi sulla spesa sanitaria per circa 80 miliardi di euro all'anno.

Il miglioramento dell'aderenza alle terapie costituisce un fattore chiave per affrontare il cambiamento demografico e la sostenibilità futura dei sistemi sanitari dal momento che l'aumento dell'aspettativa di vita ha portato ad una maggiore incidenza di patologie croniche e conseguentemente maggiore necessità di terapie a lungo termine. Gli esiti clinici delle patologie sono strettamente associati al rispetto delle prescrizioni mediche ed i costi di ospedalizzazione derivanti da un utilizzo improprio dei farmaci impattano pesantemente sui costi sanitari. In un contesto in cui gli anziani costituiscono una porzione sempre maggiore della popolazione ed il 65% degli ultra-sessantacinquenni presenta due o più patologie croniche è fondamentale un utilizzo razionale delle risorse disponibili. Le persone anziane, inoltre, spesso prendono più farmaci nel quadro di regimi terapeutici complessi e sono a maggior rischio di reazioni avverse. Pertanto, è fondamentale assicurare agli anziani terapie efficaci e sicure che consentano un esito positivo del decorso clinico minimizzando gli eventi avversi.

L'aderenza ai piani terapeutici costituisce dunque un problema complesso influenzato simultaneamente da diversi aspetti (sociali ed economici, sanitari, correlati alla patologia, alla terapia e al paziente). Pertanto risulta essenziale delineare strategie multifattoriali che coinvolgano attivamente tutti gli operatori sanitari ed aumentino il coinvolgimento del paziente. In primo luogo, risulta evidente come molti pazienti abbiano difficoltà a seguire le raccomandazioni mediche; a questo possono contribuire fattori fisici (deficit visivi, di mobilità, deterioramento cognitivo, etc...) e fattori psicologici/comportamentali (conoscenza della propria condizione clinica, motivazioni, aspettative, timore di perdere la propria indipendenza, frustrazione, stress psicologico, etc...).

Anche la complessità della terapia può compromettere la capacità del paziente di seguire le indicazioni; l'insorgenza di eventi avversi, l'assenza di benefici immediati nonché la durata della terapia costituiscono, specialmente negli anziani, barriere insormontabili che compromettono l'efficacia degli interventi medici. Contestualmente la severità dei sintomi della patologia e manifestazioni patologiche concomitanti, come malattie psichiche e ritardo mentale, sono fattori che compromettono drasticamente l'aderenza alle terapie.

Sussistono inoltre alcune complessità legate all'erogazione dell'assistenza sanitaria; il rapporto medico-paziente e la capacità del primo di informare correttamente il secondo, sembra essere uno dei principali determinanti dell'aderenza alle terapie. Quindi la formazione del personale sanitario a tutti i livelli del processo e l'integrazione di delle figure professionali coinvolte è determinante per migliorare i processi assistenziali e minimizzare le inapproprietezze. Spesso inoltre le inefficienze del sistema sanitario demotivano il paziente ad usufruire dei servizi (lunghe liste di attesa, code, strutture non accessibili, costi etc. . .), soprattutto nelle categorie più deboli e in quelle prive di supporto familiare o sociale.

Al fine di prevenire o correggere queste criticità sono disponibili diversi strumenti che possano aiutare il paziente a migliorare la qualità della vita ed a minimizzare il rischio di inapproprietezza; in primis la tecnologia ci permette di disporre di dispositivi a controllo remoto che tengano traccia dei farmaci assunti e supportano il paziente con deficit a ricordare di assumere il farmaco nelle dosi e nei tempi corretti. Inoltre il miglioramento della comunicazione tra paziente e medico rende il primo maggiormente consapevole dell'importanza della terapia che gli viene prescritta, aumentando il suo grado di partecipazione al processo. Questa interazione può essere migliorata attraverso una formazione specifica del personale sanitario che coinvolge non solo il medico prescrittore, ma, ad esempio, anche il farmacista, definendo un ulteriore livello di controllo della catena. Sia in ambito ospedaliero che sul territorio il paziente deve poter disporre di un punto di riferimento che lo educi e ne segua il percorso clinico. Il processo, noto come "patient empowerment", deve costituire parte integrante dell'assistenza sanitaria attraverso interventi multidisciplinari all'interno delle strutture o a mezzo di programmi di formazione effettuati su pazienti con malattie croniche. Per una migliore sicurezza dei farmaci è inoltre necessario che la popolazione anziana sia maggiormente rappresentata nei trial clinici dei farmaci, in modo da evidenziare precocemente l'eventuale insorgenza di eventi avversi.

Diventa indispensabile quindi che i sistemi sanitari si evolvano per rispondere prontamente a queste criticità; il cambiamento epidemiologico da malattie acute a malattie croniche ha reso i modelli di erogazione del servizio sanitario inadeguati ad affrontare i bisogni impellenti della popolazione. Il supporto del sistema sanitario diventa indispensabile soprattutto laddove la cura della patologia cronica in un paziente fragile si basa sull'autogestione e non sussistono meccanismi di supporto sociale a protezione dell'individuo.

L'aderenza alle terapie

A cura di AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

L'AIFA ribadisce il suo impegno nella tutela della salute pubblica, nel garantire l'accesso al farmaco e il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute e nel porre in essere attività istituzionali finalizzate al miglioramento dell'aderenza alle terapie. Tra queste il coordinamento di una partnership nel progetto "European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing" focalizzata sta conseguendo i primi risultati nell'identificazione di strategie efficaci per migliorare l'aderenza negli anziani.

Senza un sistema che sappia efficacemente affrontare i determinanti dell'aderenza, i progressi della tecnologia biomedica non riusciranno a realizzare il potenziale di riduzione del peso delle malattie croniche. La complessità del sistema sociale attuale e dei cambiamenti a cui questo andrà incontro fa sì che l'accesso ai farmaci sia una condizione necessaria ma non sufficiente al successo del trattamento delle patologie.

**DAL CURARE AL PRENDERSI
CURA DEL PAZIENTE ANZIANO:
sfide e cambiamenti necessari
per il Medico di Famiglia**

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

Le sfide per gestire la cronicità nell'anziano

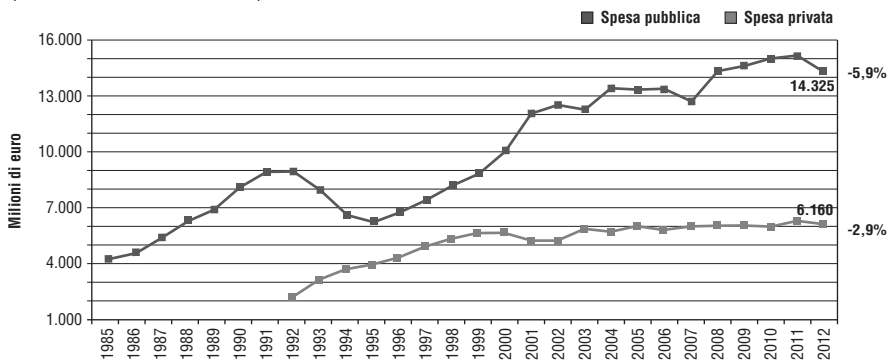
La "nuova longevità" è un macro-trend evidente. Se nel 2013 un cittadino su quattro è oltre i 65 anni e l'aspettativa di vita alla nascita è di 80 anni, nel 2030 un cittadino su tre avrà più di 65 anni: entro 30 anni avremo quasi 200.000 ultracentenari in Italia.

Questa crescita della popolazione anziana implica una necessità di salute in aumento continuo, ma comporta, a condizioni costanti, una spesa sanitaria crescente (oggi un cittadino su 2 oltre i 65 anni assume più di 5 diversi farmaci, il numero delle persone disabili supererà quota 5 milioni entro 30 anni e il numero dei diabetici di tipo II raggiungerà presto i 5 milioni di individui, prevalentemente anziani, ...).

Esiste quindi la necessità di assicurare la salute del cittadino con un utilizzo sempre più efficiente delle risorse. Originariamente la sfida è stata affrontata limitandosi a intensificare l'impiego di farmaci a brevetto scaduto e ha portato nel tempo a stabilizzare la spesa farmaceutica.

Figura 1 **Spesa farmaceutica territoriale nel periodo 1985-2012 (Mio Euro)**

la spesa farmaceutica territoriale è un esempio di utilizzo efficiente/efficace delle risorse



Fonte: OsMed 2012-09/2013

Pur tuttavia la spesa farmaceutica rappresenta solo una frazione limitata del totale della spesa sanitaria, che al contrario è aumentata.

La strada maestra non può che essere nel recupero di aderenza alla terapia da parte dei pazienti: a fronte di un aumento del grado di aderenza è possibile ottenere una riduzione più che proporzionale della spesa sanitaria.

Tale sfida non può che essere vinta attraverso un'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale che porti a una maggiore capacità di "presa in carico del paziente anziano cronico": in questa evoluzione è centrale il riordino delle cure primarie.

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

Perché si attivi un efficace sistema di “case management” del paziente anziano cronico è necessario, accanto a un potenziamento delle prestazioni sanitarie sul territorio in integrazione con quelle ospedaliere, che sia ripensato il ruolo del Medico di Medicina Generale.

Un Medico di Medicina Generale non solo come prescrittore e “porta di accesso” per il paziente alle cure specialistiche, ma prima di tutto e soprattutto “gestore della salute del paziente”, promotore e facilitatore di una maggiore aderenza da parte del paziente al farmaco, alla cura e allo stile di vita.

Il che presuppone l'intensificare alcune condizioni che già esistono:

- il rapporto di fiducia con il paziente e la capacità di essere per lo stesso “consigliere” autorevole e ascoltato;
- la conoscenza specifica dell'individuo e la possibilità di calibrare sulla sua storia e sulla sua specificità ambientale nel modo più opportuno la terapia;

... ma anche alcune che richiedono di essere create “ex novo”:

- un ruolo di coordinamento di tutte le prestazioni specialistiche e assistenziali riguardanti i singoli pazienti;
- una riorganizzazione della attività professionale in team che permetta efficienza nei momenti di “burocrazia” per liberare tempo da destinare al paziente, con cui essere più disponibile;
- una integrazione “fisica-operativa” con i Medici Specialisti, coinvolgendoli in attività ambulatoriali presso gli spazi della Medicina Generale;
- un supporto informatico condiviso che permetta a tutti gli attori che operano a contatto con il paziente e al Medico di Medicina Generale che ne facilita l'attività in team di verificare la storia clinica del paziente e i piani terapeutici da seguire;
- una forte azione di “medicina di iniziativa”.

Il Principio fondativo di riforma: la fiducia tra il Paziente Anziano e il Medico di Famiglia

Il Medico di Medicina Generale, “case manager”, è, quindi, chiamato sempre di più a garantire rispetto al paziente la “giusta” cura; sia perché più idonea, data le patologie di cui è affetto, al paziente-individuo - con la sua storia terapeutica, con il suo stile di vita, con il suo contesto familiare, con il suo background socio-culturale -, sia perché seguita dal paziente stesso, in quanto compresa e accettata. In questo evolve la “mission” del Medico di Medicina Generale: dal curare al prendersi cura, dal prescrivere all'affiancare, dall'attendere all'agire proattivamente, dal facilitare l'accesso al Servizio Sanitario al coordinarne le prestazioni.

Nel prendersi cura, nell'assumersi la responsabilità di garantire aderenza alla terapia da parte del paziente, il Medico di Famiglia non può sottovalutare la portata del cambiamento derivante per il paziente dalla terapia che è chiamato a seguire, dei vincoli operativi (consapevolezza, vicinanza della famiglia, condizioni economiche e professionali, ...) e delle resistenze psicologiche che tenderanno a sabotarla: il Medico di Famiglia deve essere capace di un consiglio ascoltato, di un consiglio compreso e condiviso, di un consiglio messo in pratico, oltre che di un consiglio adeguato.

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

Per ottenere tutto questo, come in ogni percorso di cambiamento personale, è chiave il rapporto di fiducia tra il “counselor” e il paziente: solo il Medico di Famiglia è detentore, per le relazioni sviluppate nel tempo sul territorio, di tale condizione di fiducia.

La fiducia nel Medico di Famiglia è un fatto tecnico: il Medico di Famiglia ha esperienza e competenza, riconosciuta come di valore nel tempo da parte del paziente. Il Medico di Famiglia è un mediatore verso l'Anziano in termini di cura rispetto alle sue abitudini e possibilità, rispetto alla famiglia a cui appartiene e alle sue possibilità di supporto, rispetto alle sue condizioni economiche, rispetto al suo setting valoriale.

La fiducia nel Medico di Famiglia è anche un fatto psicologico: il Medico di Famiglia appartiene alla comunità del paziente. Il Medico di Famiglia ha conquistato la fiducia del paziente nel tempo, fornendo indicazioni “che hanno funzionato”, mostrando flessibilità nell'adattare al paziente la cura attraverso la condivisione di aggiustamenti nel tempo, costruendo una relazione basata su empatia. È proprio a motivo di questo rapporto di fiducia con il paziente e, al contempo, della possibilità di personalizzazione che deriva da una conoscenza approfondita dello stesso, ma anche dell'approccio multidisciplinare di cui è portatore, che il Medico di Famiglia diventa “centrale” per l'erogazione di ogni prestazione da parte del Sistema Sanitario Nazionale (a maggior ragione, se relativamente a pazienti in condizioni di co-morbidità).

La fiducia quindi che il cittadino ripone nel Medico di Famiglia lo rende il candidato ideale come “Facilitatore del Cambiamento delle Cure Primarie” e come “Manager della salute del Paziente e della sostenibilità del Sistema”. 46.000 “facilitatori” che possono realizzare il cambiamento delle Cure Primarie e quindi del Sistema Sanitario.

Le criticità che ostacolano la Medicina di Famiglia

A oggi, tuttavia, esistono criticità nel Sistema Sanitario Nazionale e nella stessa Medicina Generale che ostacolano la piena realizzazione del ruolo di “Facilitatore del cambiamento delle Cure Primarie” da parte della Medicina di Famiglia.

Prima di tutto il Medico di Famiglia è isolato: storicamente il Medico di Famiglia è “singolo”, il cui valore è funzionale al numero di pazienti specificatamente a lui riconducibili; da sempre opera da solo, separatamente ad altri colleghi Medici di Famiglia, talvolta in concorrenza con gli stessi. In questo suo agire si “tiene informalmente in contatto” con colleghi specialisti, ma non opera in modo strutturalmente integrato con gli stessi, collaborando rispetto allo stesso paziente. È fondamentale che i Medici di Famiglia agiscano collaborando tra di loro e integrati con i Medici Specialisti, territoriali e ospedalieri.

In secondo luogo la Medicina Generale è una “funzione” dell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale: l'azienda sanità è strutturata organizzativamente per funzioni, ovvero in settori managerialmente separati - le Cure Primarie, la Continuità Assistenziale, l'Assistenza Ospedaliera, ... - che, eccetto per gli sforzi di evoluzione organizzativa in corso in via sperimentale in alcune Regioni, tendono a svolgere il proprio ruolo in modo indipendente l'uno dall'altro, ovvero senza impegno nella creazione di un valore unitario. Ciò rende particolarmente difficile al Medico di Medicina Generale il ruolo di sintesi che gli viene richiesto.

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

È fondamentale che per Medicina di Famiglia si intenda non più una funzione a sé stante tra le varie del Sistema Sanitario Nazionale, ma un processo trasversale alle stesse con l'obiettivo di integrarne e finalizzarne l'azione rispetto al paziente che è "uno".

Infine il Medico di Famiglia, sia per il contratto in essere in molte Regioni, che per i parametri rispetto ai quali le stesse ne misurano il valore e talvolta lo incentivano, è più orientato a dare un contributo di semplice prescrizione farmaceutica e di visite specialistiche e diagnostiche, meno a attività di prevenzione e counseling. È fondamentale che il nuovo ruolo del Medico di Famiglia sia formalmente riconosciuto, che sia misurato non per le prescrizioni che fa e i relativi costi farmaceutici, ma per la salute che è capace di generare, per l'appropriatezza che è capace di garantire e, quindi, per la riduzione dei costi sanitari che è capace di determinare.

I driver della riorganizzazione della Medicina di Famiglia per riformare le Cure primarie

L'aumento di appropriatezza e aderenza nel paziente anziano, cronico, non può che essere il risultato di una maggiore capacità di "presa in carico del paziente" da parte del Sistema Sanitario: ciò richiede una riforma delle cure primarie, rispetto alla quale la Medicina di Famiglia è e deve essere sia "elemento chiave", che facilitatore del cambiamento complessivo.

La riforma del Sistema Sanitario, in un paese a elevata concentrazione del consumo di spesa sanitaria da parte di pazienti anziani cronici, non può che passare attraverso la riforma delle cure primarie; quest'ultima è possibile solo a fronte di un cambiamento della Medicina Generale.

I punti chiave di tale cambiamento sono tre: ruolo, competenze, strumenti.

La prima leva di cambiamento è la riorganizzazione del *ruolo del Medico di Famiglia*. Di fronte alla necessità di gestire la cronicità "a tutto tondo", perché attraverso una azione di iniziativa e di counseling costante, considerando la crescente complessità dei processi assistenziali e, contestualmente, i maggiori carichi burocratici e amministrativi che ne derivano, è possibile svolgere compiutamente il mestiere della Medicina Generale, solo con il lavoro di squadra.

Il lavoro di squadra aiuta a gestire con più efficienza i carichi burocratici e amministrativi e ad aumentare la produttività dei costi fissi, mettendo a fattore comune le risorse a ciò necessarie - segreteria, strumenti e doveri informatici, spazi per ambulatori specialistici, ... - liberando più tempo del Medico di Famiglia per la gestione del rapporto con il paziente; il lavoro congiunto da parte di gruppi di Medici di Famiglia permette agli stessi di investire, insieme, nell'acquisto di fattori produttivi - strumenti diagnostici, strumenti informatici, spazi fisici dedicati, ... - altrimenti difficilmente accessibili, fondamentali non solo per svolgere l'azione di "case management", ma anche per proporre servizi ai pazienti; il lavoro in squadra permette di aumentare il livello complessivo di competenza di tutti i partecipanti al gruppo, non solo per lo scambio di conoscenze e esperienze che ovviamente può avvenire tra gli stessi, ma soprattutto per la possibilità che il singolo medico all'interno del gruppo si possa interessare con specifica competenza della gestione di una particolare patologia o categoria di paziente e divenga punto di riferimento esperto per gli altri; l'azione in team permette anche un ruolo "più attivo", proattivo,

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

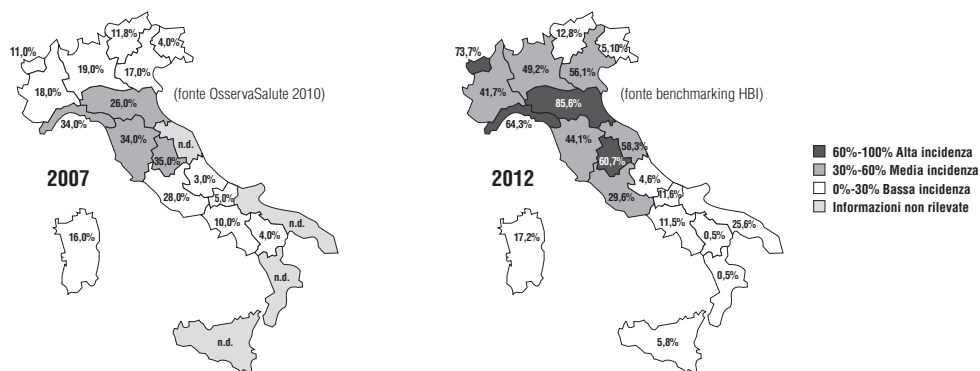
autorevole, nel rapporto con gli altri attori sanitari - medici specialisti, farmacisti, ... - e con l'azienda sanità, nell'attivare sul territorio progetti di "presa in carico dei pazienti".

Agire in team può significare, da un punto di vista organizzativo, attraverso due gradi differenti di integrazione, arrivare a due possibili condizioni:

- Unità di Medicina Generale (Aggregazione Territoriale Funzionale - AFT): entità, priva di personalità giuridica, composta da 20 Medici di Famiglia, ognuno titolare di rapporto convenzionale, che, pur operando separatamente da un punto di vista fisico, agiscono in modo coordinato nel garantire continuità nell'assistenza domiciliare 24h nell'arco di tutti i giorni della settimana, fino a 12h diurne di ambulatorio in giorni feriali e festivi, nell'interfacciarsi con Medici Specialisti territoriali e ospedalieri per la gestione delle patologie più complesse, nel contribuire a produrre e implementare PDTA, nell'adempiere alla attività burocratica per conto delle aziende sanitarie;
- Unità di Cure Complesse Primarie; entità, talvolta con personalità giuridica e talvolta supportate da società di servizio ad hoc, che presuppongono l'integrazione fisica tra i diversi Medici di Famiglia - e di altri che con questi possano collaborare - e, talvolta, quella informatica, per svolgere con ancora più efficienza l'attività assistenziale di cui sopra, ma anche in modo strutturato attività di informazione e formazione dei pazienti, attività di ricerca, ...

Le forme di Associazione possono permettere di superare l'isolamento della Medicina di Famiglia e creare delle "squadre" multi-professionali che gestiscono sia la competenza specialistica, sia la quotidiana operatività mettendo al centro il paziente anziano cronico; possono permettere di incrementare la medicina di iniziativa, passando da un approccio passivo verso la comunità locale a un approccio attivo che si focalizza sulla gestione più del paziente che della cura.

Figura 2 % MMG in Ass.smo Complesso. Dati a confronto 2007-2012



Fonte: analisi e stime HBI su Rapporto OsservaSalute 2010, web research e benchmarking 2012, interviste, accordi integrativi

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

È però fondamentale che tale nuovo ruolo del Medico di Famiglia sia formalmente riconosciuto e valorizzato dal Servizio Sanitario, nelle sue "funzioni base" - continuità assistenziale domiciliare e ambulatoriale, medicina dei servizi, attività di coordinamento, attività di ricerca e didattica - e nelle "funzioni fiduciarie", perché specificatamente rivolte ai suoi assistiti; che il ruolo della Medicina Generale che ne deriva sia parte integrante fondativa dei modelli operativi di Servizio Sanitario sul territorio per quanto riguarda la "presa in carico del paziente"; che la natura e la dimensione del compenso del Medico di Famiglia sia conseguentemente evoluto.

Un Medico di Famiglia che, quindi, non è solo un punto di riferimento per i propri assistiti, ma anche per tutti gli attori del Sistema Sanitario per dare un servizio a quegli assistiti; che opera congiuntamente ai colleghi per rendere più efficacemente e produttivamente disponibili quei fattori produttivi e servizi che sono fondamentali per garantire più appropriatezza e aderenza da parte del paziente; che deve essere pagato non solo per lo sforzo che eroga in funzione degli assistiti che gestisce, ma anche per i risultati che permette in termini di minore costo sanitario in funzione della professionalità che eroga e dei servizi che offre.

Quindi è necessario agire sulle *competenze del Medico di Famiglia*.

Perché il Medico di Famiglia sia realmente in grado di svolgere il ruolo di sintesi attiva tra diversi Medici Specialisti, che è necessario per gestire un paziente cronico affetto simultaneamente da più patologie, è fondamentale che sviluppi le sue competenze scientifiche e la sua capacità di diagnosi. Le competenze tecniche non sono però le sole da sviluppare: perché il Medico di Famiglia sia capace di "counseling", diviene fondamentale sviluppare in modo strutturato la capacità di comunicare correttamente l'informazione sanitaria, assicurando la comprensione e accettazione da parte del paziente, ma anche nel coinvolgere i care-giver.

Infine è necessario sviluppare le competenze gestionali della Medicina: in particolare la capacità di budgeting, forecasting e di controllo di gestione, le capacità di leadership e di gestione della squadra, la capacità di soluzione dei problemi e di negoziazione.

Terza linea di evoluzione è la *disponibilità per il Medico di Famiglia di strumenti evoluti* e adeguati al nuovo ruolo e alle competenze.

Fondamentale è la disponibilità di un sistema di cartella elettronica che dia supporto alle azioni per migliorare l'aderenza terapeutica. È necessario adottare un supporto informatico che tracci quanto fatto dal medico non per fini di controllo, ma per fini di appropriatezza. È necessaria una piattaforma integrata delle informazioni dei pazienti, che si estenda all'Ospedale e possibilmente riesca a coinvolgere la Farmacia.

Altro strumento di riferimento sono i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA). È necessario strutturare con maggiore coerenza territoriale e clinica i percorsi diagnostico-terapeutici. È necessario assicurare la coerenza terapeutica fondamentale per superare l'isolamento della Medicina di Famiglia senza ledere quell'autonomia del clinico che nasce dalla conoscenza del paziente.

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

Dal curare al prendersi cura del paziente anziano: sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

Le azioni di FederAnziani a supporto del Medico di Famiglia

FederAnziani si schiera con FIMMG nel sostenere politicamente il portare avanti tutte le azioni che possono contribuire alla realizzazione di un nuovo sistema delle Cure Primarie che ponga al centro il Paziente Anziano attraverso un Medico di Famiglia che diventa il "facilitatore del cambiamento", in particolare:

- il rinnovo del contratto collettivo;
- la diffusione dell'Assistente di studio;
- la conferma della centralità del Medico di Famiglia nella prescrizione "appropriata".

Un *rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale* deve seguire regole nuove, che pongono al centro il Paziente Anziano, che realizzano una reale spinta all'Associazionismo della Medicina Generale attraverso una revisione dell'organizzazione dei ruoli e delle attività.

Tale rinnovo deve portare a una remunerazione del Medico di Famiglia che, coerentemente al ruolo che gli viene richiesto, sia funzione non solo del servizio erogato, ma anche dei risultati ottenuti nella "presa in carico del paziente" (non per le prescrizioni effettuate, ma per il grado di aderenza garantito e il contenimento dei costi sanitari reso possibile).

La *diffusione dell'Assistente di Studio* è poi il primo passo per la realizzazione della presa in carico del Paziente, in particolare il Paziente Anziano, per consentire al Medico di Famiglia, in particolare a quello in Associazione, di focalizzarsi sull'azione clinica e sulla gestione del paziente, evitando carichi burocratici o i compiti più semplici. Questo potrà portare in futuro allo sviluppo di una figura di Assistente Familiare, ancora più vicina al paziente anziano e assicurarne l'aderenza terapeutica.

Infine deve essere ribadita la *centralità del clinico nella prescrizione farmaceutica*.

L'appropriatezza terapeutica è assicurata dall'individuazione del "giusto" farmaco - per molecola, per dosaggio, per combinazione con altri farmaci, ... - per il singolo paziente: solo il Medico di Famiglia ha la conoscenza dell'individuo, oltre che scientifica, che permette la "giusta" scelta.

Inoltre l'aderenza terapeutica è tanto più garantita quanto più il farmaco indicato non è cambiato, sia perché si evita nel paziente anziano confusione o errori derivanti da confezioni-prodotti con diversi colori, dosaggi, sia perché il Medico di Famiglia può, sulla base della prescrizione che ha effettuato monitorare con una azione di iniziativa l'effettivo uso del farmaco da parte del paziente.

La responsabilità della cura deve essere in capo al Medico di Famiglia, che ha la fiducia del Paziente e ne ha anche la responsabilità di cura.

L'aderenza terapeutica è ancora più garantita attraverso la collaborazione costante tra medico di medicina generale e farmacista di farmacia, assicurando così il monitoraggio dell'andamento delle terapie croniche, il corretto utilizzo dei medicinali, la farmacovigilanza.

**LA FARMACIA DEI SERVIZI,
PER TUTTI:
evoluzione e sviluppo
della farmacia
guardando al paziente**

A cura di Federfarma

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

EVOLUZIONE DELLA FARMACIA

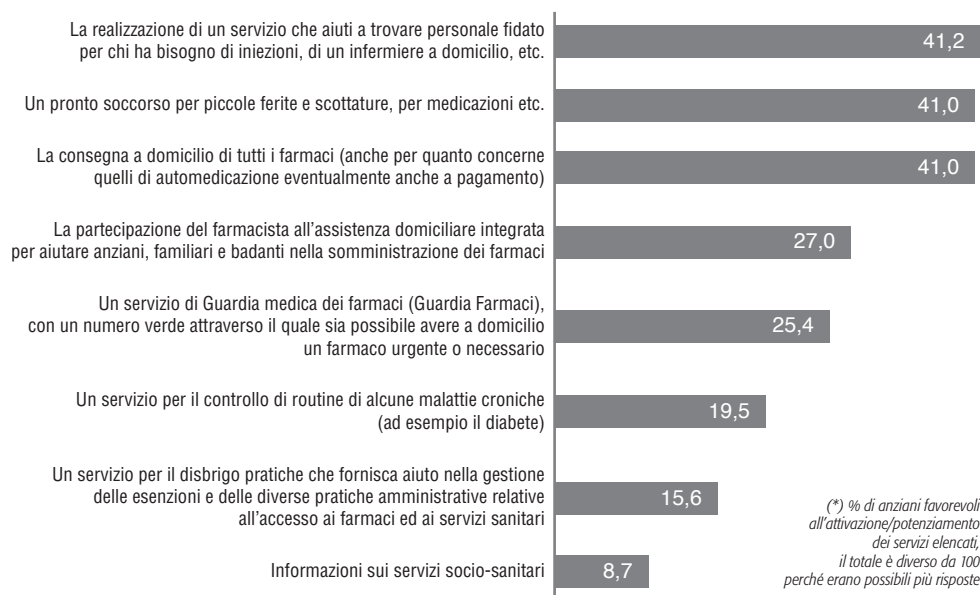
Le farmacie al servizio del Paese secondo sussidiarietà ed il valore della prossimità e dell'accesso

Le tensioni nella finanza pubblica e l'esigenza di mantenere/migliorare i servizi pone a tutti i soggetti del sistema sanitario una sfida di miglioramento sostanziale.

La farmacia al centro della quotidianità degli anziani, già punto di riferimento strategico per la loro salute, a cui viene espressamente richiesto un ampliamento ulteriore del ruolo di presidio pubblico, vicino ed accessibile, del Servizio sanitario sul territorio. E soprattutto per gli anziani la farmacia è un luogo familiare, con cui si instaura più spesso un rapporto fidelizzato, che si frequenta assiduamente, anche più volte in una settimana, e in cui si va volentieri anche per il rapporto confidenziale che si tende ad instaurare con il farmacista.

E non si tratta solo dell'attivazione o del potenziamento dei CUP o della possibilità di effettuare analisi e ritirare referti, di fare screening o monitorare l'evoluzione delle patologie croniche, ma anche di sviluppare una modalità di rapporto con il servizio sanitario che ha il suo fondamento nel territorio ed il suo punto di accesso garantito da un modello come quello della farmacia, già dotato tradizionalmente di una grande accessibilità e capillarità.

Figura 1 **La farmacia che vorrei: il ranking dei servizi da realizzare o potenziare (val.%) (*)**



Fonte: "Gli anziani e la farmacia", Federfarma-Assofarm, 2009

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

Per gli anziani sarebbe infatti importante che in farmacia, oltre al farmaco ed al supporto nel suo utilizzo, si possa ottenere anche una prestazione di primo soccorso, controllare una ferita o un'ustione non grave o rinnovare una medicazione, ottenere un'indicazione accreditata nel caso in cui si abbia bisogno di fare una cura che prevede iniezioni, dell'aiuto di un'infermiera o di una badante o di ottenere un consiglio esperto per scegliere e gestire l'accesso ad un servizio sanitario o socio- assistenziale. Tale tipologia di interventi, con particolare riferimento alle prestazioni di primo soccorso e alle iniezioni, va regolamentata per consentire alle farmacie di andare incontro soprattutto alle esigenze di pazienti anziani e soli.

In questo quadro le farmacie italiane intendono mettere a disposizione le proprie strutture e risorse e costituire la propria rappresentanza come soggetto attivo del cambiamento.

Le farmacie sono pronte ad innovare nelle relazioni con il governo e le Regioni e a sperimentare per prime il passaggio dalla logica del "chiedere sicurezze particolari" a quella di "offrire risposte di interesse generale".

La concezione, chiara ed unitaria, della nuova farmacia è quella di un soggetto fortemente integrato nel sistema sanitario che dispensa tutti i medicinali del SSN, con l'eccezione di quelli che richiedono cautele specifiche in fase di somministrazione, collabora con i medici per garantire l'appropriatezza delle terapie, eroga servizi propri e funge da porta di accesso per altri ed è in grado di contribuire concretamente all'innovazione del sistema sanitario e ad affrontare i grandi temi che esso presenta e in particolare:

- aderenza alle terapie e monitoraggio dei pazienti cronici, a supporto dell'attività del medico di medicina generale;
- accessibilità dei servizi;
- sostenibilità ed efficienza economica;
- ammodernamento tecnologico.

Le farmacie si propongono come partner leale e propositivo, sensibile ai problemi del Paese e del settore sanitario, confidando che la "Politica" finalmente giudichi mature le condizioni per attuare il principio della sussidiarietà. In questo modo si potrà continuare a sviluppare il potenziale di fiducia, che è già del resto molto elevato, del farmacista che opera in farmacia, che rimane una figura centrale per il paziente.

La farmacia, in particolare, è in grado di garantire un attento monitoraggio, confezione per confezione, di tutti i medicinali erogati, assicurando un controllo efficace sia dal punto di vista economico che sanitario, contribuendo al contenimento della spesa e al monitoraggio dei pazienti cronici. L'aderenza alla terapia è oggi una questione fondamentale per garantire un'assistenza di qualità ai pazienti anziani e cronici. Basti pensare che dai dati dell'AIFA risulta che in Italia gli ultra65enni, cioè quasi 7,5 milioni di persone, assumono dai 5 ai 9 farmaci al giorno. Sono, invece, 1,4 milioni, cioè l'11% della popolazione anziana, coloro che assumono oltre 10 farmaci al giorno.

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

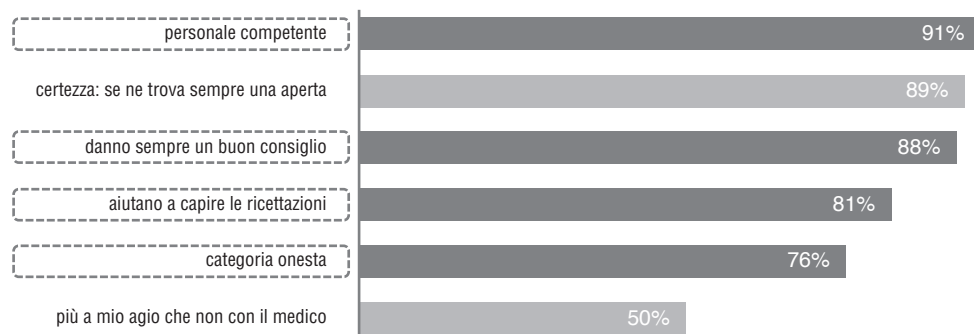
Tra l'altro va considerato che per il paziente anziano la farmacia è la struttura sanitaria di riferimento, in quanto di accesso immediato per qualsiasi problema di salute, soprattutto ma non solo nei piccoli centri dove la farmacia è l'unico presidio sanitario sempre accessibile. Inoltre, il farmacista di farmacia conosce i propri pazienti, sa quali farmaci assumono, con e senza ricetta medica, ed è quindi in grado di consigliarli al meglio anche per evitare interazioni tra farmaci ed effetti collaterali dannosi per la salute.

L'imminente attivazione di nuovi strumenti informatici, come il dossier farmaceutico, nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico, consentirà alla farmacia di collaborare in modo ancora più efficace con il medico di medicina generale nel garantire il corretto utilizzo dei medicinali, l'aderenza alla terapia, la farmacovigilanza, con vantaggi sia per i singoli pazienti che per il sistema sanitario nel suo complesso.

Affinché la farmacia possa svolgere compiutamente questo ruolo è essenziale che venga superato l'attuale sistema di distribuzione dei farmaci, basato su canali paralleli (Ospedali e ASL, da una parte, farmacie, dall'altra), riportando in farmacia i medicinali che oggi sono distribuiti direttamente dalle ASL sulla base di motivazioni prettamente economiche e non sanitarie, compreso l'ossigeno terapeutico. Solo in questo modo farmacie e medici di medicina generale verranno messi nelle condizioni di assistere al meglio i propri pazienti, tenendo sotto controllo l'andamento delle terapie, riducendo gli sprechi e migliorando il livello di assistenza offerto ai cittadini. Allo stesso tempo è necessario che le farmacie vengano coinvolte nel processo di riorganizzazione delle cure primarie per fare in modo che la loro attività sia coordinata con quella delle aggregazioni dei medici di medicina generale e il territorio continui ad essere presidiato in modo capillare.

Federfarma, da parte sua, ha già predisposto le piattaforme informatiche necessarie per consentire alle farmacie di erogare nuove prestazioni in modo efficiente, sicuro e controllato.

Figura 2 **Mappatura del "Trust" in Farmacia.** % di risposta molto o abbastanza d'accordo



LEVE PER GESTIRE IL CAMBIAMENTO

Le funzioni in sviluppo

Al di là della dispensazione del farmaco, come illustrato nello studio "La nuova farmacia dei servizi", curato dal Prof. Andrea Garlatti e pubblicato sul n. 3/2013 della rivista CREFRICERCA, alla quale si ispirano le pagine che seguono, le funzioni sulle quali le farmacie intendono rafforzare il loro impegno ed istituzionalizzare un adeguato portafoglio servizi si rivolgono nell'immediato a settori ad alto potenziale di miglioramento:

- Servizi amministrativi e di front office
- Servizi informative
- Servizi Diagnostici e Assistenziali
- Servizi territoriali e logistici

Servizi amministrativi e di front office:

- Prenotazione di esami e visite
- Accettazione
- Ticketing (riscossione e rendicontazione)
- Ricezione e consegna referti
- Attivazione nazionale uniforme della ricetta elettronica

La realizzazione di questi servizi in farmacia consente al servizio sanitario di ridurre i propri fabbisogni e i propri costi sia di personale, sia legati alle strutture fisiche (costruzione, esercizio e manutenzione). Sgrava le strutture sanitarie delle "pressioni" dovute alle code agli sportelli. Permette agli utenti una maggiore accessibilità (fisica e di orario) al servizio e quindi una riduzione drastica di tempi d'attesa.

Studi scientifici realizzati da Federfarma in collaborazione con strutture sanitarie pubbliche hanno dimostrato che il costo della realizzazione di questi servizi in farmacia può essere ampiamente competitivo rispetto a soluzioni sia di gestione diretta che di appalti esterni tradizionali.

Servizi informativi:

- Campagne di educazione sanitaria e di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci
- Campagne vaccinali
- Campagne di prevenzione, anche attraverso la realizzazione di screening

La realizzazione di questi servizi presenta allo stesso tempo criticità ed opportunità, le prime dovute allo scarso o nullo commitment da parte dell'operatore pubblico, le seconde dal fatto che questi servizi, se adeguatamente progettati e realizzati, possono portare ad effetti notevolissimi in termini di riduzione della spesa sanitaria grazie all'abbassamento della domanda (educazione e prevenzione) e al miglior comportamento di quella comunque presente (adeguatezza).

Va inoltre sottolineata l'importanza della funzione in esame, in quanto direttamente connessa allo sviluppo del know how specifico sull'uso e gli effetti dei farmaci e dei comportamenti come leva fondamentale di programmazione sanitaria nel prossimo futuro e per la quale

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

L'attivazione e la gestione di banche dati certificate è un requisito fondamentale, al quale le farmacie possono contribuire in maniera determinante per il loro posizionamento professionale, di servizio ed eventualmente di disponibilità di investimento.

Servizi Diagnostici ed Assistenziali:

- Possibilità di effettuare esami diagnostici di base senza doversi rivolgere alle strutture sempre più congestionate delle ASL e degli Ospedali
- Messa a disposizione della piattaforma informatica e logistica delle farmacie anche per la fornitura di servizi di altri operatori (quali infermieri e fisioterapisti)

È questo l'ambito a più alto valore aggiunto sia per il Servizio Sanitario, sia per il Paziente, che trova in un contesto riconosciuto di vicinanza, ascolto e competenza anche la possibilità di avere un più facile accesso a due delle aree più complesse nella gestione quotidiana del paziente anziano e poli-patologico.

Questi i servizi chiave e le principali patologie del paziente anziano:

Figura 3 **Matrice Servizi di Base e Servizi Evoluti**

Servizi base
 Servizi evoluti

	Ipertens./ scompenso	Dislipid.	Diabete	Artrosi/ artrite	Osteoporosi	Asma/ BPCO	Riflusso esofageo	Depressione/ Ansia
Pressione	✓	✓	✓					
Glicemia			✓					
Spirometria						✓		
Densità ossea					✓			
Nutrizionista	✓	✓	✓				✓	
Psicologo								✓
Infermiere/ assist. domic.	✓		✓	✓	✓	✓		✓
Fisioterapia				✓	✓			
Cartella elettronica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Servizi territoriali e logistici:

- consegna dei farmaci a domicilio
- raccolta in farmacia dei medicinali non scaduti per riutilizzo a favore di non abbienti
- distribuzione farmaci secondo la modalità di "distribuzione per conto"
- distribuzione di prodotti di assistenza integrativa
- monitoraggio puntuale del ricorso alle prestazioni del SSN
- effettuazione in farmacia di medicazioni e iniezioni, che riducano il carico del pronto soccorso

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

Quest'area di servizi incide direttamente sui costi di funzionamento della sanità pubblica riducendo non solo le spese di personale e strutture, ma anche quelle di logistica, che possono essere azzerate nel momento in cui la funzione di movimentazione di taluni prodotti è affidata alle farmacie, le quali possono utilizzare i vettori che già utilizzano. Studi scientifici realizzati da Federfarma in collaborazione con strutture sanitarie pubbliche hanno già dimostrato che la distribuzione "per conto" può essere ampiamente competitiva rispetto alla gestione diretta.

La consegna di farmaci o presidi da parte della farmacia, infatti, consente di ridurre gli sprechi grazie alla consegna calibrata rispetto alle esigenze del paziente. Lo dimostrano in modo inequivocabile le piattaforme informatiche che gestiscono le consegne dei presidi da parte delle farmacie, registrando mediamente un *risparmio medio in consumi del 16%*, tra i quantitativi autorizzati dalle ASL e quelli effettivamente erogati dalle farmacie. Per contro, quando le forniture avvengono per appalti, direttamente dai produttori, i quantitativi erogati corrispondono generalmente a quelli prescritti e questo può determinare il mancato utilizzo di rilevanti quantità di prodotti e quindi sprechi e costi aggiuntivi per il SSN.

A tale vantaggio, si aggiunga il valore del controllo e della supervisione del farmacista, a garanzia della migliore appropriatezza d'uso dei dispositivi.

Schema riassuntivo e Mappatura del Valore per SSN e Paziente

Funzioni/servizi	Fonti di valore SSN/Aziende sanitarie pubbliche	Fonti di valore paziente	Fattori di integrazione con Aziende sanitarie
Funzione: servizi amministrativi e di front office			
Prenotazione, accettazione, ticketing, ricezione e consegna referti	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e strutture fisiche	Miglioramento accessibilità (capillarità territoriale e copertura oraria) Riduzione tempi di attesa	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici
Ricezione e consegna referti Campagne di educazione sanitaria e di appropriatezza	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e strutture	Riduzione tempi di attesa Riduzione spostamenti Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici
Funzione: servizi informativi ed educativi			
Campagne di educazione sanitaria e di appropriatezza	Riduzione costi da errata assunzione di farmaci Riduzione spesa farmaceutica Riduzione costi futuri assistenza Aumento conoscenze scientifiche Miglioramento adeguatezza prescrittiva	Riduzione errori di assunzione Miglioramento della salute e della qualità della vita	Competenze e protocolli sanitari
Campagne vaccinali e di prevenzione	Riduzione spesa farmaceutica Riduzione costi futuri assistenza	Miglioramento della salute	Competenze e protocolli sanitari
Screening	Riduzione spesa farmaceutica Riduzione costi futuri di assistenza Aumento conoscenze scientifiche	Miglioramento della salute Miglioramento monitoraggio e riduzione disagi	Competenze e protocolli sanitari

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

Schema riassuntivo e Mappatura del Valore per SSN e Paziente

Funzioni/servizi	Fonti di valore SSN/Aziende sanitarie pubbliche	Fonti di valore paziente	Fattori di integrazione con Aziende sanitarie
Funzione: servizi diagnostici e assistenziali			
Esami diagnostici di Base ed Evoluti	Riduzione spesa farmaceutica Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e di strutture fisiche Riduzione costi logistici	Riduzione tempi di attesa Riduzione spostamenti Estensione orario fruibilità temporale Miglioramento accessibilità servizi integrati	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Competenze e protocolli sanitari
Servizi di altri operatori (quali infermieri e fisioterapisti)	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e di strutture fisiche	Riduzione tempi d'attesa Riduzione spostamenti Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Flussi logistici Competenze e protocolli sanitari
Funzione: servizi territoriali e logistici			
Consegna farmaci a domicilio	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e di strutture fisiche Riduzione costi logistici	Riduzione tempi di attesa Riduzione spostamenti Estensione orario fruibilità temporale Miglioramento accessibilità servizi integrati	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Flussi logistici Competenze e protocolli sanitari
Raccolta medicinali per non abienti	Riduzione spesa farmaceutica	Miglioramento stato di salute	
Raccolta prelievi e spedizione campioni	Riduzione fabbisogni e costi personale Riduzione costi logistici Miglioramento sicurezza e qualità logistica	Riduzione tempi d'attesa Riduzione spostamenti Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Flussi logistici
Medicazioni e iniezioni	Riduzione carico pronto soccorso	Riduzione tempi d'attesa Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Competenze e protocolli sanitari

In estrema sintesi, questa serie di Funzioni/Servizi che Federfarma propone e si impegna a sviluppare con il supporto del Partner Pubblico, portano ad un netto risparmio, sia per il Sistema Sanitario Nazionale /Aziende Sanitarie Pubbliche, sia per il singolo Paziente.

IL SOSTEGNO AL CAMBIAMENTO

Le competenze in campo

La gestione in farmacia delle funzioni e dei servizi individuati può contribuire in maniera davvero significativa alla focalizzazione delle strutture pubbliche sulle loro attività caratterizzanti, liberando entità importanti di risorse e migliorando alcuni aspetti di qualità per i cittadini.

In particolare le farmacie costituiscono storicamente una rete di presidi sanitari operativi autonomi, che possono però essere considerati come una struttura utilizzabile unitariamente nell'interesse generale.

Le farmacie sono pronte a mettere a disposizione questa struttura unica e irripetibile sul territorio in tutto il valore aggiunto che essa può dare:

- L'uniformità dei servizi sul territorio
- La gestione dei rapporti interni alla rete per consentire l'erogazione dei servizi anche dove non siano convenienti per la singola farmacia

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

- La disponibilità e l'attenzione ad affrontare in partnership i problemi logistici della sanità pubblica, offrendo in condivisione la propria rete
- L'attivazione di investimenti in infrastrutture logistiche e informatiche

Competenze distintive della farmacia

Logistica	Tecnologia	Professionalità
A rete	Apparecchiature e processi diagnostici; integrazione centro - periferia; pluralità di terminali operativi	Farmacista come figura professionale indispensabile, anche per il successo aziendale
Ottimalità statica (capillarità)	Procedure operative di servizio; Orientate alle esigenze di riprogettazione delle aziende sanitarie	Capacità di sintesi tra professione e organizzazione
Ottimalità dinamica (dei flussi di materiali)	Know how sanitario e farmacologico; formazione e aggiornamento banche dati; analisi e valorizzazione delle informazioni	Sviluppo professionale specialistico (tecnologia, farmacovigilanza e sorveglianza, prevenzione)
Orientamento proattivo alle esigenze di riprogettazione delle aziende sanitarie		Sviluppo professionale aziendale con know how specifico di coordinamento di professionisti e servizi
Capacità di gestione comune delle convenienze particolari		

Proprio nella prospettiva di sviluppare le nuove funzioni delle farmacie a servizio del Paese, si richiedono alla Politica alcune azioni che aumentino la correttezza e la trasparenza del sistema e consentano quindi alle farmacie di poter esprimere pienamente il proprio ruolo, in particolare:

In materia di remunerazione dei servizi

L'attuale normativa prevede che i servizi possano essere remunerati alle farmacie solo nella misura del risparmio finanziario rispetto allo stato di fatto. La norma, formulata rischia di annullare ogni possibilità di collaborazione e richiede quindi una interpretazione che chiarisca i termini del ragionamento. In particolare questo intervento dovrebbe chiarire che ciò che va confrontato è il costo complessivo del servizio a regime nelle due situazioni (gestione diretta o delegata alle farmacie), con una prospettiva temporale sufficiente a realizzare il cambiamento. Diversamente ciò che non verrà mai toccato sono proprio le gestioni pubbliche più inefficienti, i cui costi, nell'immediato, non possono almeno in parte cessare.

In materia di promozione delle sperimentazioni

Si richiede un atto di indirizzo alle Regioni, eventualmente assistito anche da finanziamenti ad hoc; che favoriscano la realizzazione di progetti di analisi congiunta di progetti e servizi, assicurando la necessaria collaborazione e trasparenza. A tal fine Federfarma sta perfezionando una scheda di rilevazione e monitoraggio dei costi della distribuzione diretta che potrebbe essere richiesta da parte del Ministero per valutazioni congiunte su base nazionale.

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

In materia di rafforzamento dell'integrazione nel sistema sanitario

Si richiede un atto di indirizzo alle Regioni, che chiarisca e ribadisca l'appartenenza delle farmacie all'insieme delle strutture "interne" al servizio sanitario e che quindi inviti le stesse ad interloquire prioritariamente e primariamente con le farmacie per i nuovi servizi e di ricorrere a gare tradizionali solo nel caso in cui l'esito fosse insoddisfacente. Ciò in applicazione del principio posto dal Consiglio di Stato con propria sentenza n.5174/2013, ove si evidenzia come le Regioni possano affidare servizi alle farmacie senza gara in quanto legate da un rapporto convenzionale con l'ente pubblico.

BATTAGLIE POLITICHE

Le nostre richieste al Governo e alle Regioni

Il cammino che intendiamo percorrere con il Ministero e con le Regioni è quello dei servizi rimborsati dal SSN e per far ciò abbiamo bisogno di una serie di interventi e di chiarimenti.

1. *Rinnovo Convenzione*

Chiediamo innanzitutto che venga rinnovata la Convenzione e data una visione di prospettiva al progetto, considerando che le disposizioni normative sui nuovi servizi non devono essere erroneamente interpretate come un'ulteriore occasione di spesa.

La normativa prevede che la remunerazione per le farmacie per l'erogazione dei nuovi servizi debba rientrare "entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il SSN, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica". Tale norma deve essere interpretata nel senso che i risparmi ottenibili grazie all'intervento delle farmacie possono essere calcolati, e successivamente verificati e monitorati, per ciascun progetto tenendo conto dei costi oggi sostenuti dalla Regione o dalla ASL per l'erogazione delle medesime prestazioni. Si eviterebbe in tal modo il circolo vizioso che, con la pretesa di imporre una certificazione preventiva dei risparmi, impedisce di dare attuazione alle norme previste, perdendo così le opportunità di risparmio insite nel progetto.

2. *Approccio Regionale*

Il secondo fronte di intervento riguarda la necessità di un intervento di chiarimento da parte del Ministero della salute in risposta a quelle interpretazioni regionali che, in assenza di norme esplicite, si mostrano eccessivamente rigide, con il rischio di scoraggiare iniziative che pur si muovono in ambito più che legittimo

3. *Pharma Care*

Il terzo aspetto riguarda la possibilità di sperimentare concretamente attività di Pharmaceutical Care, con l'obiettivo di dimostrare come il ruolo attivo del farmacista nell'attenzione al paziente si traduca in un miglioramento delle sue condizioni cliniche e, in ultima analisi, in minori costi di sistema.

La farmacia dei servizi, per tutti: evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

In tale ottica è necessario un ripensamento delle modalità di distribuzione dei medicinali con l'obiettivo di riportare in farmacia i medicinali che non richiedono particolari cautele e controlli medici in fase di somministrazione.

4. *Formazione*

Infine vorremmo che venga adottato uno strutturato processo di formazione dei Farmacisti su temi specifici per essere sempre più un punto di riferimento per i pazienti e più in generale sul territorio nelle aree di contatto, supporto, assistenza e prossimità sociale, ma anche di collegamento con la classe medica per la quale diventare sempre di più un 'Partner' d'elezione per la gestione del Paziente stesso.

Vorremmo che la farmacia venga considerata veramente come primo punto di accesso al Servizio Sanitario. Grazie all'ampliamento della gamma delle prestazioni da effettuare anche mediante l'intervento di altri operatori sanitari e delle prestazioni di diagnostica.

L'effettuazione direttamente da parte del farmacista di semplici prestazioni, come gli interventi di primo soccorso (che già sono, nei casi di assoluta urgenza, un patrimonio acquisito dal farmacista) e le iniezioni intramuscolari, sarebbe estremamente utile per i cittadini e contribuirebbe positivamente a ridurre il ricorso al pronto soccorso.

Alle Regioni, infine, chiediamo di avviare rapidamente le trattative per il rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, ormai scaduta da 15 anni, per individuare insieme un percorso che consenta alle farmacie di svolgere in modo efficace il proprio ruolo, contribuendo al miglioramento della qualità e dell'efficacia del sistema, puntando sul concetto di sussidiarietà e sulla sinergia con i medici di medicina generale per garantire l'aderenza alle terapie e il monitoraggio dei pazienti cronici.



Via Orazio, 10 - 00193 Roma

Tel: 06 87756407 - Fax: 06 87756396

segreteria.presidenza@federanziani.it www.federanziani.it