

IN PARTNERSHIP CON

FOFI

Federazione degli Ordini
dei Farmacisti Italiani

**SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
in Farmacia Ospedaliera**



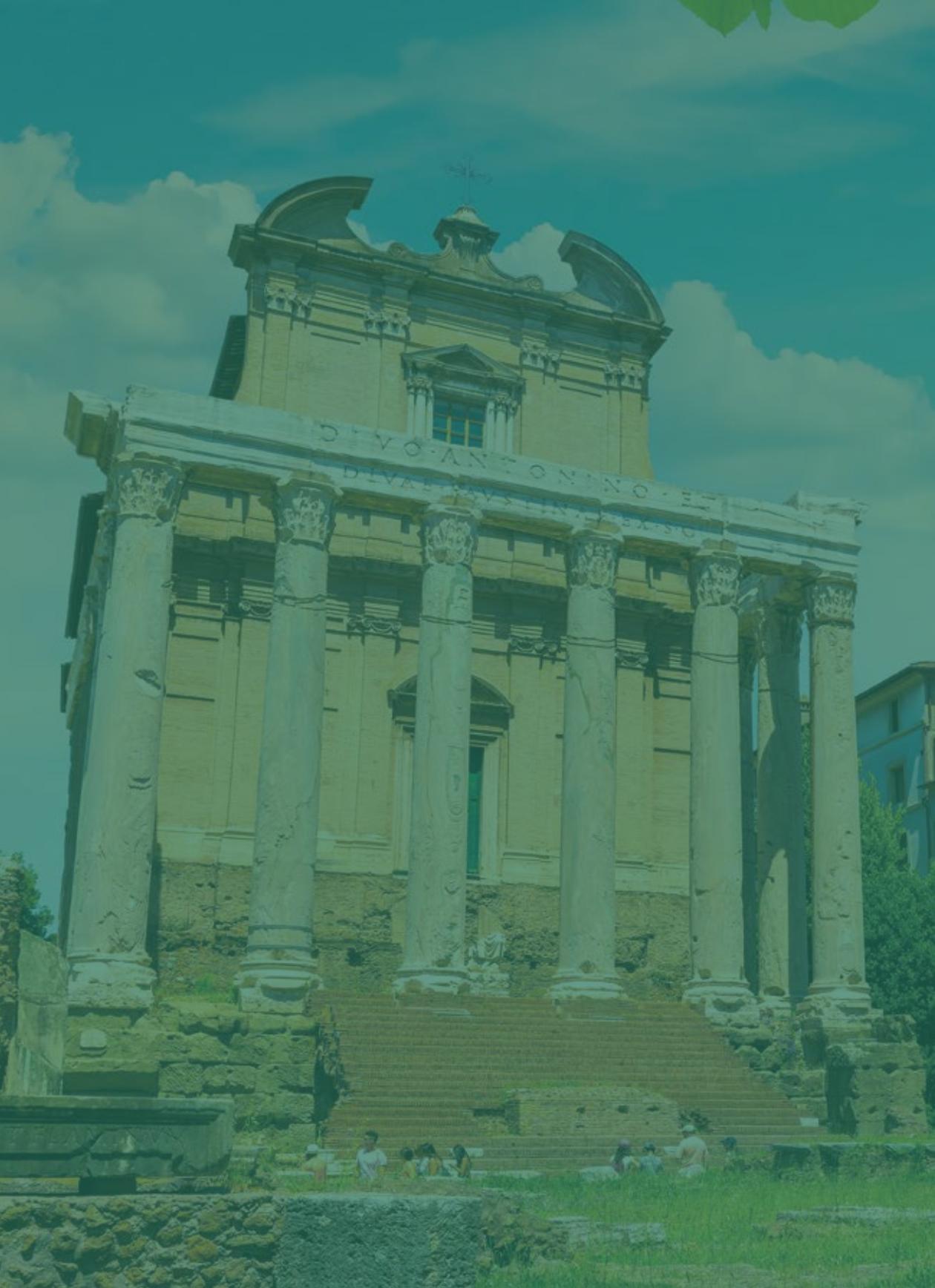
Atti del Congresso

STATI GENERALI

DELLA PROFESSIONE
FARMACEUTICA
OSPEDALIERA
E TERRITORIALE NEL SSN

ROMA 4 - 5 Maggio 2023





INDICE

RAZIONALE SCIENTIFICO	5
-----------------------------	---

SESSIONE DI APERTURA

INTRODUZIONE GENERALE	7
SALUTI ISTITUZIONALI	9

RELAZIONI IN APERTURA DELLE SESSIONI

L'assistenza farmaceutica fra norme e bisogni del SSN	16
Roberta Di Turi	

Una Professione che viene da lontano con prospettive e valori	19
Giuseppe Ostino	

LECTIO MAGISTRALIS: La traiettoria evolutiva della professione	21
Nello Martini	

L'informazione indipendente a garanzia della qualità dell'assistenza farmaceutica	24
Silvio Garattini	

La farmacia clinica in Europa: definizioni e applicazione	27
Roberto Frontini	

Prima giornata

SESSIONE PRIMA

LA FORMAZIONE DEL FARMACISTA SSN	30
--	----

LE RELAZIONI DEGLI ESPERTI

Attualità dello scenario normativo: corso di laurea, tirocinio post laurea e sbocchi professionali	32
Iole Maria Carafa	

Il percorso di specializzazione in farmacia ospedaliera: attuazione delle norme e obbligo per l'accesso al SSN	36
Nicola Realdon	

I bisogni formativi del farmacista SSN: modelli da portare a sistema: il modello formativo in farmacia clinica e ricerca	39
Francesca Venturini	

MESSAGGI CHIAVE DELLA SESSIONE PRIMA	43
--	----

Prima giornata
SESSIONE SECONDA

LA FARMACIA OSPEDALIERA VERSO LA FARMACIA CLINICA	44
LE RELAZIONI DEGLI ESPERTI	
L'organigramma "tipo" di una farmacia ospedaliera in Italia	45
Alessandra Stancari	
La farmacia clinica in Italia: modelli da portare a sistema: i presupposti ed il contesto	49
Annalisa Gasco	
La ricognizione - riconciliazione farmacologica e la medication review - le applicazioni	
Il modello in oncologia	52
Vera Damuzzo	
Il modello in pediatria e chirurgia	53
Daniele Mengato	
Il farmacista di reparto: le applicazioni	
La personalizzazione della terapia	55
Marco Ruocco	
Il farmacista di reparto	56
Eleonora Cerutti	
Il counselling: le applicazioni	
Il "Pharmacy desk"	57
Paolo Baldo	
La Sperimentazione Clinica e la ricerca: il modello di gestione da parte del farmacista ospedaliero	59
Carla Masini	
La radiofarmacia e la farmacia clinica	61
Valentina Di Iorio	
Appropriatezza d'uso dei dispositivi medici: modelli di governo	
Il governo dei dispositivi medici in ospedale	63
Maria Chiara Silvani	
La Farmacia delle sale operatorie	64
Giusy Di Sanza	
MESSAGGI CHIAVE DELLA SESSIONE SECONDA	66

Seconda giornata SESSIONE TERZA

IL SERVIZIO FARMACEUTICO DELLE ASL: LE ATTIVITÀ E LE FUNZIONI DEI SERVIZI FARMACEUTICI	67
LE RELAZIONI DEGLI ESPERTI Attualità dello scenario normativo sul servizio farmaceutico delle ASL, principali interventi regionali	68
Giovanna Scroccaro	
Attività, numeri e modelli organizzativi dei Servizi Farmaceutici Territoriali in Italia	70
Stefano Palcic	
L'importanza del Servizio Pubblico nelle malattie rare e Nuovo Testo Unico	73
Domenica Taruscio	
Il modello del farmacista facilitatore	75
Annalisa Campomori	
La rilevanza dell'analisi dei dati farmaco-epidemiologici nell'assistenza farmaceutica. Attualità e prospettive	77
Antonio Addis	
Uso degli antibiotici ed antibiotico-resistenza	78
Francesco Trotta	
L'informazione indipendente verso la medicina generale, il <i>deprescribing</i>	80
Umberto Gallo	
MESSAGGI CHIAVE DELLA SESSIONE TERZA	82

Seconda giornata SESSIONE QUARTA

Tavola Rotonda ATTUALITÀ, SVILUPPO E PROSPETTIVE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	83
CHIUSURA DEI LAVORI	92
ISTITUZIONI E ASSOCIAZIONI INVITATE	94
ELENCO DEI PARTECIPANTI	96
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DI SUPPORTO ALL'EVENTO	100



RAZIONALE SCIENTIFICO

L'emergenza pandemica ha costituito una forte sollecitazione per il Servizio Sanitario Nazionale portando alla luce numerose e annose criticità latenti. Ha reso evidente la mancanza di programmazione, organici insufficienti, carenza di figure assistenziali, inappropriately organizzative e terapeutiche, delega e globalizzazione delle produzioni strategiche. Sono anche emersi tutti i limiti dell'attuale paradigma assistenziale italiano, troppo spesso focalizzato su una prospettiva specialistica e meno su quello che dovrebbe essere, invece, il modello di gestione della cronicità basato su una forte integrazione tra ospedale e territorio.

Il settore farmaceutico, sia pubblico che privato convenzionato, è stato pienamente coinvolto da queste criticità ed è stato, quindi, destinatario di misure eccezionali che hanno contribuito a dare un nuovo indirizzo alla professione. Le spinte evolutive sono state prevalentemente dettate dalla pandemia ma il rientro alla normalità rende necessario l'attivazione di un processo di metabolizzazione dei cambiamenti per ripensare e ridefinire gli orizzonti della Professione del dirigente farmacista del S.S.N.. Inoltre, la continua e crescente evoluzione tecnologica in campo sanitario, con la conseguente commercializzazione di farmaci innovativi e dispositivi medici sempre più complessi e costosi, sta mettendo in discussione i principi fondamentali di universalità ed equità sui quali è fondato il S.S.N.. In questo contesto, il farmacista del S.S.N. sta assumendo un ruolo strategico nel garantire la sostenibilità del sistema grazie sia all'acquisizione di conoscenze necessariamente più approfondite riguardo l'innovazione terapeutica sia alla sua partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari volti a garantire cure costo/efficaci e sicure. Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta un'altra cogente sfida per il farmacista del S.S.N. poiché richiede lo sviluppo di competenze di farmacia clinica per porre in essere puntuali percorsi di *"Medication Reconciliation"* e di *"Medication Review"* e contribuire a disegnare, insieme agli altri professionisti sanitari, "nuovi percorsi assistenziali di patologia" grazie alla sua trasversalità Ospedale-Territorio e alla capacità di gestire e interpretare i numerosi flussi informativi, indispensabili per la definizione e il monitoraggio delle cure offerte.

Per questi motivi si sente la necessità di convocare l'assemblea consultiva degli Stati Generali per la Farmaceutica del S.S.N., includendo le associazioni di Categoria ed i principali *stakeholders*, con la finalità di affrontare le più importanti tematiche nell'ottica di una visione unitaria, condivisa e proiettata nel futuro.

In questo contesto, le società scientifiche e le associazioni di categoria condivideranno con gli *stakeholders* tutti quegli aspetti che connotano e sostanziano la Mission della professione

attraverso la presentazione di modelli virtuosi da implementare a livello nazionale con uno sguardo ai contesti europei.

Il progetto, proposto da SiNaFO, il sindacato dei farmacisti che lavorano all'interno del SSN e condiviso da SIFaCT, nasce dalla necessità di esplicitare l'evoluzione della professione che è cambiata nella pratica, ma non a livello di una legislazione che la regoli e la sostenga. L'iniziativa è stata svolta in partnership con FOI e con le Scuole di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera.

INTRODUZIONE GENERALE

Roberta Di Turi

È la prima volta che in Italia si svolgono gli Stati Generali per la professione dei farmacisti dirigenti del SSN.

Pur trattandosi di una professione con radici comuni a quelle della medicina e quindi molto antica (Galeno aprì nel 200 d.C. la prima bottega per la vendita di medicinali sulla Via Sacra a Roma), resta a tutt'oggi una professione misconosciuta. Infatti è difficile che, intervistando i non addetti ai lavori (ma anche operatori sanitari appartenenti a profili professionali differenti), vi giunga una risposta esaustiva.

Il quadro complessivo risulta così nebuloso prevalentemente per i seguenti motivi:

- la professione ha vissuto una evoluzione esponenziale negli ultimi 40 anni (da *Archibald Cochrane* in poi);
- la normativa non è mai stata aggiornata dagli anni '60 a tutt'oggi, neanche per i contratti di formazione per gli specializzandi (richiesti da anni);
- la gravissima carenza di organico, spesso non evidenziata perché i farmacisti SSN, pur non riuscendo a presidiare appieno tutte le linee di attività, prioritizzando le scelte ed accumulando ore di lavoro extra contrattuale, hanno “tenuto” a tutt'oggi, con senso di responsabilità, di dovere e forte spirito di appartenenza al servizio pubblico;
- l'incremento del carico di lavoro, dovuto prevalentemente all'implementazione di nuove linee di attività importanti ed impegnative, legate all'evoluzione assistenziale e all'incremento dei bisogni.

La pandemia ha paradossalmente evidenziato il ruolo dei farmacisti in generale e, ancora di più nello specifico, quello dei farmacisti del SSN. Se il Sistema ha retto nei periodi più difficili dobbiamo ringraziare questo esercito invisibile che ha dato il meglio di sé nel momento di massimo bisogno.

Tutto questo è stato reso possibile grazie alla poliedrica esperienza maturata negli anni, accompagnata da quelle conoscenze e competenze che hanno garantito sicurezza delle cure nonché appropriatezza e sostenibilità, derivate dal ruolo di irrinunciabile terzietà che nessuna norma declina, ma che tanto ha giovato all'equità e alle casse del Paese dopo la *Riforma* ter della Sanità pubblica.

Ogni Direttore Generale di azienda sanitaria, degno di questo incarico, apprezza e testimonia il ruolo svolto dai farmacisti dirigenti per garantire una adeguata *governance* della spesa farmaceutica, ma di converso, la maggior parte delle Direzioni Strategiche, non è in grado di stimare l'adeguatezza degli organici dei servizi farmaceutici interni alle Aziende sanitarie soprattutto perché non comprende appieno il valore aggiunto di questa tanto preziosa quanto misconosciuta professione.

È per questo motivo che abbiamo ritenuto non più rinviabile l'appuntamento con le istituzioni per misurare il livello di percezione del nostro ruolo dagli stakeholder, rappresentare degnamente il nostro valore aggiunto e soprattutto esprimere il nostro appello per porre rimedio a tutto questo.

Ringraziamo quindi tutti voi per aver accolto il nostro invito e offrire il vostro prezioso contributo nell'individuare le criticità e i consequenziali opportuni interventi per trovare le giuste soluzioni a beneficio dell'intera società.

Francesca Venturini

SiFaCT ha aderito alla proposta di SiNaFO di partecipare a questo evento, proprio perché siamo arrivati ad un momento della nostra professione in cui la realtà delle linee di attività svolte dalla professione farmaceutica all'interno del SSN ha superato di fatto ciò che è scritto nei decreti legislativi.

C'è bisogno di un adeguamento normativo rispetto a quello che di fatto già facciamo, di una riconsiderazione di quello che viene riconosciuto alla nostra professione e di quello che sta succedendo a livello di evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Abbiamo bisogno sia di un rinnovamento della formazione, con un sostanziale adeguamento del percorso didattico che dovrà essere arricchito e irrobustito da solidi elementi di farmacia clinica, sia di una rivisitazione delle attività realmente svolte e della consequenziale rimodulazione delle dotazioni organiche attualmente clamorosamente sottostimate a livello ospedaliero e territoriale.

A proposito di quest'ultimo si avverte la necessità di un reale riconoscimento della professione farmaceutica esercitata all'interno del servizio farmaceutico territoriale e, anche, di una formalizzazione normativa che attesti tutte quelle nuove attività e le correlate responsabilità che investono la professione.

Come società scientifica contribuiamo allo sviluppo della professione con programmi formativi, progetti di ricerca, ma non basta. Gli esempi virtuosi che verranno presentati e descritti nelle due giornate di lavori su attività specifiche delle farmacie ospedaliere e dei servizi farmaceutici territoriali, dovranno necessariamente portati a sistema in un prossimo futuro.

SESSIONE DI APERTURA

SALUTI ISTITUZIONALI

Giovanni Leonardi

Segretariato e direzioni generali del Ministero della Salute

Il dott. Leonardi, in delega del Ministro Orazio Schillaci impossibilitato a partecipare per impegni istituzionali, porge il benvenuto ai partecipanti. Richiama le caratteristiche storiche del Nobile Collegio, che racchiude oltre seicento anni di storia degli speziali, definendolo un “tempio della farmaceutica”. Nel ricordare che lui stesso ha l'onore di essere un nobile collegiale “*honoris causae*”, legge la seguente nota di saluto che il Ministro ha trasmesso a SiNaFO e Sifact per rappresentare la propria vicinanza all'iniziativa.

“Saluto del Ministro Orazio Schillaci agli Stati Generali della Professione Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale nel SSN, 4 - 5 maggio 2023

Desidero rivolgere il mio saluto ai partecipanti a questa due giorni che rappresenta un momento di approfondimento e di riflessione sui cambiamenti che hanno attraversato la professione del Dirigente Farmacista del Servizio Sanitario Nazionale.

Voglio, inoltre, esprimere il mio apprezzamento per il contributo determinante che avete dato durante la pandemia. Penso, in particolare, alla distribuzione di dispositivi medici, di vaccini e di farmaci di supporto proteggendo la sicurezza dei degenti e degli operatori sanitari.

I farmacisti del Servizio Sanitario Nazionale ogni giorno sono chiamati a garantire l'appropriatezza e la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci, a governare innovazioni tecnologiche e dispositivi medici sempre più sofisticati e costosi nonché a somministrare terapie innovative e personalizzate. Si tratta di compiti complessi che assolvete conciliando la tutela della salute e la sicurezza dei pazienti con la salvaguardia della sostenibilità della sanità pubblica.

Nella sanità del terzo millennio che stiamo costruendo ritengo, altresì, fondamentale il ruolo di snodo che i farmacisti del Servizio Sanitario Nazionale rappresentano tra ospedale e territorio.

Certo che dagli Stati Generali arriveranno spunti preziosi che seguirò con attenzione, auguro a tutti voi buon lavoro”.

Silvio Brusaferrò

In continuità con quanto espresso dalla nota del ministro, il prof. Brusaferrò, collegato in modalità virtuale, ricorda l'utilità dell'iniziativa per arricchire e rilanciare il ruolo del farma-

cista dirigente del SSN nel garantire sostenibilità e accessibilità al sistema salute. Le sfide portate dall'innovazione richiedono un grande bagaglio di competenze, che i farmacisti, in qualità di professionisti della salute, hanno dimostrato di possedere anche partecipando alle recenti iniziative promosse da ISS, FOFI e Fondazione Cannavò. Il presidente ISS conclude ribadendo la disponibilità dell'Istituto, quale organo terzo ed istituzionale, di porsi sempre a disposizione, nell'ambito delle proprie competenze e risorse, per ogni importante iniziativa professionale portata dai farmacisti del SSN.

Andrea Mandelli

“La professione del farmacista oggi”

Mai come nel periodo COVID ci siamo trovati davanti ad una sanità con una carenza di organici, tale da mettere in discussione l'articolo 32 della costituzione, cioè il diritto alla salute.

La pandemia ha messo in luce quanto sia importante far dialogare la professione che lavora in diversi contesti assistenziali, l'ospedale ed il territorio, soprattutto a beneficio dei pazienti cronici e sempre più anziani.

Il farmacista SSN deve necessariamente, in questo contesto, assumere un ruolo nuovo, diverso, decisamente orientato alla vicinanza assistenziale del paziente, quindi in grado di partecipare alle attività cliniche a livello ospedaliero e territoriale. Tutti questi concetti devono essere inseriti in una riforma organica delle strutture assistenziali nelle quali operiamo.

È importante anche stressare il concetto che, come dimostrato, la professione del farmacista non è ancillare a nessun'altra professione.

A questo si aggiunge anche il recente rinnovamento della formazione della professione, con l'istituzione di un nuovo percorso formativo all'interno del corso di laurea. Il farmacista deve uscire dall'Università preparato, con una profilazione sanitaria e non solo chimica. I concetti che emergeranno dagli “Stati Generali” delineeranno il nuovo assetto del farmacista nel SSN, e costituiranno la base per l'istanza al Ministro con una proposta concreta.

La tecnologia ci offre nuove sfide, come l'innovazione farmaceutica che deve raggiungere rapidamente i cittadini. La FOFI sarà felice di continuare la battaglia per sempre meglio qualificare la capacità dei farmacisti per essere riconosciuti all'interno della sfera assistenziale quale professionista importante e fondamentale del S.S.N..

Amedeo Bianco

L'invito del Segretario Generale SiNaFO, Roberta Di Turi, testimonia e suggella il duraturo legame che unisce le tre professioni, medica, farmacista e veterinaria nella fondazione ONA-OSI. Questo rapporto si è consolidato durante le attività legislative della XVII legislatura, dal 2013 al 2018, quando in qualità di senatori (egli stesso e il vicepresidente FOFI Luigi D'ambrosio Lettieri) e l'Onorevole Mandelli, presidente FOFI, sono stati impegnati nella *“Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità”*. Poiché i problemi strutturali del SSN non vanno solo enunciati ma devono essere affrontati e risolti, nel documento finale sono stati descritti dei modelli organizzativi che sono tuttora di interesse anche dopo la tragedia

del COVID. Nella casa comune dell'ONAO SI, attiva da oltre 120 anni, insieme a SiNaFO è stato posto spesso il problema della mancata remunerazione delle borse di specializzazione per i farmacisti e per i veterinari. Ancora una volta ne ha sofferto la necessaria omogeneità della modalità formativa che dovrebbe essere in grado di offrire a tutte le professioni le stesse opportunità per specializzarsi. In una sintetica esposizione di dati, anche disponibili sul sito della fondazione, vengono rappresentati ed enumerati i bandi emessi nonché il numero degli iscritti ad ONAO SI (oltre 5.000 farmacisti). Poiché sono pochi i giovani sotto i 34 anni e le donne in età fertile, si evince che la lunga formazione necessaria prima di accedere al mondo del lavoro dovrebbe essere tutelata.

Emilio Croce

Il dott. Croce, presidente ENPAF e presidente dell'Ordine Provinciale Farmacisti di Roma, in questa duplice veste ha potuto raccogliere elementi conoscitivi sul fatto che una larga maggioranza degli italiani indica, tra i fattori critici in sanità, la carenza di personale, soprattutto a livello territoriale e la scarsa modernizzazione delle tecnologie, anche digitali. Su questi elementi occorre dunque puntare nella missione 6 del PNRR, con il farmacista del SSN impegnato a generare innovazione ed offerta all'altezza della domanda sanitaria. Occorre un coordinamento fra imprese del farmaco e ricerca scientifica, per meglio personalizzare le terapie in un necessario lavoro di squadra con gli altri professionisti della salute. Una rapida disamina dei numeri ENPAF rivela un buon attivo in bilancio, con una riserva legale che copre 19 annualità di pensioni, attuali e future. Un terzo degli iscritti usufruisce del regime di solidarietà istituito da ENPAF a favore dei colleghi con basso reddito. Fra i benefit c'è l'erogazione di borse di studio per studenti figli di farmacisti, attribuite secondo criteri determinati e fissati ogni anno nel bando pubblicato sul sito. L'Ente ha inoltre assegnato oltre 10 milioni di euro come assistenza integrativa al fondo EMAPI, rivolta a tutti gli iscritti e pensionati dell'Ente. Tuttavia non si può negare che esiste una insofferenza diffusa sull'obbligatorietà di iscrizione ad ENPAF soprattutto se si è iscritti ad altro ente previdenziale. Il dott. Croce ricorda che è un problema politico poiché esiste una norma di legge che, imponendo l'iscrizione ad ENPAF se si è iscritti all'ordine professionale, solo il parlamento può modificare. Fra le anomalie legate alla formazione, anche il dott. Croce richiama la mancata remunerazione della scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera.

Francesco Rocca

Il Presidente della Regione Lazio apre il suo intervento evidenziando come la sua presenza rappresenti un gesto di attenzione "doveroso" verso i farmacisti che ha avuto modo di conoscere ed apprezzare, sia in ambito sanitario, durante la sua esperienza come Direttore Generale, ma anche durante la pandemia Covid 19, che lo ha visto impegnato come Presidente della Croce Rossa.

Espono la situazione della sanità regionale, trovata al momento del suo insediamento il 2 marzo 2023, come estremamente difficile ed impegnativa. Il problema è ascrivibile, anche, ad una situazione debitoria di oltre 22 miliardi, con disavanzo di 220 milioni nel 2022 ed una proiezione di 600 milioni nel 2023, con rischio di commissariamento. C'è quindi un tema strutturale, che viene però da lontano, se si pensa che la maggior parte di questo disavanzo è stato prodotto nelle aziende ospedaliere per come sono state concepite/gestite l'utilizzo delle ri-

sorse. In questo contesto è di fondamentale importanza la relazione costante con le farmacie ospedaliere, in quanto la gestione del farmaco è essenziale per soddisfare il perseguimento di un rapporto equilibrato tra costi ed efficienza. In tale contesto si dovrà contestualizzare il nuovo ruolo che il servizio di farmacia dovrà assumere, ruolo che dovrà superare il vecchio archetipo di servizio ancillare a quello del medico. Viene sottolineato quindi il nuovo ruolo della farmacia completamente orientato a soddisfare le necessità assistenziali del cittadino.

Viene altresì rimarcata la mancanza di farmacisti, oltre che di medici. Anche qui, per assenza di programmazione. Non c'è, in questo caso, responsabilità di una sola coalizione ma è un problema che viene da lontano (almeno da 25 anni). Chi rischia di pagare il prezzo più alto, però, sono le persone fragili, quelle più deboli, anziani e malati cronici. L'accesso alla salute oggi non è quello universale, generalmente garantito dalla costituzione. Ci sono, per esempio, nel Lazio diversità legate al territorio, certamente la città di Roma è diversa dalla provincia laziale e questo va tenuto in considerazione. Afferma quindi di essere consapevole di essere chiamato a scelte dolorose, il che non vuol dire chiudere o tagliare, bensì riorganizzare. Evidenza che quando si prendono i soldi del PNRR per aprire decine di ospedali di comunità e case della salute e non ci si sono i soldi per il personale sanitario per i Pronto Soccorso ed i reparti, vuol dire che si è persa una occasione importante per intervenire, dove serviva, sui territori. Le sfide sono oggi quelle di ripensare, ad esempio, gli ospedali di alta specializzazione, le AA.OO, che per come sono state concepite e pensate, registrano la maggiore perdita. L'obiettivo è quello di riportare la sanità, che il cittadino di ogni regione desidera e merita, nei posti più difficili riequilibrando servizi e posti letto. Obiettivi a scadenza breve, entro il 2023, sono invece quelli di mettere a disposizione dei cittadini tutte le prestazioni, anche private, attraverso il sistema di RECUP, centro unico di prenotazione, nonché controllare e gestire per via informatica, attraverso una Centrale regionale unica, i posti letto, sia pubblici che privati, oggi ancora spesso gestiti tramite fax!

Il farmacista, oggi, anche alla luce delle nuove tecnologie, può giocare un ruolo fondamentale per rimettere al centro il paziente. La mancanza di personale sanitario, compresi i farmacisti, non verrà sanata a breve ma sarà un obiettivo da perseguire non appena possibile con le risorse che verranno messe a disposizione dal ministero. Così come bisogna colmare i vuoti di organico sono altrettanto importanti le attività formative che necessitano di dialogo serrato con i rettori in unicum con una radicale riorganizzazione sanitaria.

Per tutte queste sfide finalizzate a dare una svolta alla Regione Lazio e non solo, viene assicurata una convinta solidarietà e partecipazione alle azioni poste in essere dalle categorie sindacali e scientifiche dei farmacisti del SSN sottolineando, in particolare, l'intensa interlocuzione con il Sinafo regionale.

Luigi D'Ambrosio Lettieri

In apertura del suo intervento esprime il senso di stima per i presenti ma anche di amicizia in particolare per Sifact e SiNaFO nelle persone di Francesca Venturini, Roberta Di Turi e Giangiuseppe Console. Saluta con altrettanto piacere il presidente Amedeo Bianco che ha, nel suo intervento, ricordato l'indagine conoscitiva su cui hanno lavorato insieme, prodotta con voti unanimi da parte della Commissione Sanità, a fine legislatura. Un documento ancora attuale, impegnativo ma fatto anche con grande senso di responsabilità e ben lontano da quelle logiche che a volte avviliscono la produzione legislativa, che sembrano più attente ad

omologarsi alle ragioni di parte che non alle ragioni di Stato. Indubbiamente, sottolinea il fatto che da quella indagine, risalente al 2 febbraio 2018, molte cose sono cambiate. Evidenzia che, a suo avviso, il rationale di questi Stati Generali è scritto con *“penna molto puntuale e precisa”* e naturalmente la drammatica esperienza del covid ancora pone problemi che tengono l’agenda ed il decisore politico nel dibattito sulla sanità ad occupare una posizione di assoluta centralità. Sottolinea che, come accennato da Amedeo Bianco, il tema della sanità sta dentro le politiche del welfare nel nostro Paese. Quindi la valutazione complessiva del sistema nazionale deve continuare ad essere assolutamente positiva ma non per presa demagogica ma perché rappresenta una cifra distintiva che fa forte la nostra democrazia. E se poi qui si vuole comparare il livello di funzionamento della sanità con la scuola, i trasporti ed altri pilastri del welfare, dice *“io credo che indubbiamente c’è da essere complessivamente soddisfatti anche se ci sono degli appuntamenti mancanti. Per programmare bisogna pianificare dopo aver valutato l’andamento di un quadro complessivo di riferimento. Il presidente della Regione Lazio si è dichiarato “frustrato” come penso siano in tanti amministratori, di chi governa la sanità nei territori, io credo che un tema centrale, accanto a quello di una revisione di una governance adeguata alle sfide dei tempi, sia quella del finanziamento”*. Continua dicendo che *“la nostra è una società dove si nasce di meno, si vive di più, l’inverno demografico è una tragedia che porta anche al definanziamento fatto per quota capitolaria; siccome si vive di più la nostra è diventata una medicina che cura di più e guarisce sempre di meno, indubbiamente il tema della cronicità è un capitolo su cui destinare rinnovate energie ed attenzioni”*. Mostra di apprezzare che anche autorevoli dirigenti del Ministero salute, come il dottor Leonardi oggi presente, hanno fatto lavori impegnativi su diversi fronti ed informa come, in questi mesi, si stia facendo un lavoro altrettanto impegnativo nella cabina di regia per riscrivere il Piano Nazionale delle Cronicità, fermo al 2016, con una regia particolarmente avveduta e qualificata quale è quella di Nello Martini, presente oggi a questi Stati Generali. Il tema affrontato andrà poi declinato nei territori per evitare livelli attuativi disomogenei, tardivi o addirittura inadeguati e pertanto successivamente inefficaci. Precisa che si sbaglia quando si pensa di affrontare i temi della sanità con soluzioni semplici, perché il tema è assai complesso. Le questioni messe in campo in questi Stati Generali sono, come detto, particolarmente interessanti. Nel convegno verranno trattati temi di assoluta centralità, molti di questi formano ed occupano posizioni rilevanti che meritano particolare attenzione da parte del decisore politico. C’è una assoluta condivisione sul fatto che oggi paghiamo i costi di gravi negligenze e che il tema relativo alla carenza di medici e farmacisti viene da lontano. È un aspetto che rischia di compromettere l’efficienza del servizio. In tutte le regioni c’è oggi, ad esempio, carenza di MMG. Il legislatore è intervenuto ed ha aumentato l’età pensionabile, *“un pannicello caldo per risolvere temporaneamente un problema che invece è strutturale”*. Quindi, serve un approccio culturale diverso per cambiare paradigma della sanità *“per fare in modo che i valori che ispirano il nostro sistema nazionale corrispondano a diritti esigibili e non soltanto dichiarati, talvolta anche con eccessiva enfasi, sarà necessario il viraggio attraverso un cambio culturale dell’approccio con cui lavorare. Quindi, si dovrebbero realizzare team multidisciplinari, interprofessionali, team assistenziali che si ispirino a PDTA condivisi. Ma questo, ancora, non accade! Si procede con una organizzazione per silos per cui viene vulnerata quella continuità ospedale territorio a cui ci si riferisce in queste due giornate di lavoro. Nell’ottica, quindi, di voler distribuire ruoli congrui, con responsabilità di ciascuno, si corre il rischio di sposare la tendenza a far prevalere l’interesse del singolo, della corporazione rispetto all’interesse generale. Così non va, c’è da tutelare, piuttosto, l’interesse del cittadino. Come si fa a non dare risposte alla raccomandazione n. 17, di cui parlerete sulla ricon-*

ciliazione farmacologica, se non si pone in essere un approccio multidisciplinare? Altra “spina” è quella del tema relativo alle risorse, criticità che dovrebbe essere affrontata tentando di recuperare, se possibile, quell’etica della responsabilità che rappresenta la sfida ideale che accompagna il nostro tempo, nel nostro ambito ma, in generale, in tutti i contesti sociali”.

Certamente di strada se ne è fatta e moltissima! La presenza, in questo importante momento, di autorevoli rappresentanti della Repubblica lo dimostra. Il 27 aprile 2023 il Presidente della Repubblica ha insignito i farmacisti italiani della medaglia d’oro al “Merito della Sanità Pubblica”, consegnandola alla FOFI, e ritirata dal Presidente Mandelli. Un riconoscimento importante per chi ha vissuto e vive in trincea, cioè tutti i colleghi ospedalieri, dei servizi territoriali e quelli delle farmacie di comunità. A tutti va un grazie perché si è combattuta, a mani nude all’inizio, una guerra mettendo a disposizione quanto era, in quel momento, possibile. Sacrifici ed impegno che sono costati anche la vita per tanti colleghi che l’hanno persa per garantire il principio ispiratore del SSN: solidarietà, equità ed uguaglianza.

La figura del farmacista visto come *“colui che consegna il farmaco e ne stacca la fustella o nell’ospedale come responsabile di un deposito”* è del tutto lontana dalla realtà delle cose. Perciò è stato consegnato agli atti della repubblica il Decreto MIUR 1147 del 10/10/22 che recita: *“Il profilo del farmacista è quello di un professionista dell’area sanitaria che, nell’ambito delle sue competenze scientifiche e tecnologiche multidisciplinari (chimiche, biologiche, biochimiche e biomediche, farmaceutiche, farmacologiche, tossicologiche, tecnologiche, legislative e deontologiche) contribuisce al raggiungimento degli obiettivi definiti dal Servizio Sanitario Nazionale per rispondere adeguatamente alle mutevoli esigenze della società in campo sanitario, ed è in grado di operare per le finalità della sanità pubblica, anche attraverso l’accompagnamento personalizzato dei pazienti, inclusi quelli cronici, per l’aderenza alle terapie farmacologiche, e consulenza alla persona sana a fini della prevenzione delle malattie”.* In queste poche righe c’è la fotografia del farmacista ovunque egli operi – ospedale - servizi farmaceutici delle Asl – farmacie di comunità. La declinazione di queste competenze trova riscontro in un percorso formativo che è stato adeguatamente rivisto ed ha sostanzialmente spostato l’asse formativo da un ambito più marcatamente farmaco-chimico ad un ambito farmaco-biologico-medico-sanitario, perché è lì che ci chiama la responsabilità, è lì che si elabora la domanda. Non è stato un impegno da poco perché si sono dovute superare le resistenze che affiorano ogniqualvolta si palesano della novità. Si è trattato di spostare crediti formativi da un’area all’altra che ha coinvolto più settori, formatori, ricercatori, sanitari. Non è stato facile ma, con grande tenacia e impegno, si è riusciti a portare a casa un provvedimento i cui frutti non si vedranno subito ma è certo che, in futuro, il farmacista, ovunque operi, potrà dare risposte appropriate, efficaci, efficienti, in ogni caso funzionali ai nuovi bisogni ed esigenze della sanità. Per fare questo *“l’aspetto fondante è quello relativo alle competenze per dare alla comunità prestazioni adeguate ai tempi”.*

Altrettanta attenzione è stata dedicata alla mancata contrattualizzazione degli specializzandi, farmacisti e veterinari. Per i primi, in particolare, l’obbligatorietà tra iscrizione all’Ordine ed all’ENPAF crea un vulnus nella dichiarazione sulla tipologia lavorativa (formazione e/o lavoro) costringendo gli specializzandi a pagare per intero la quota di iscrizione anziché ridotta. Per questo motivo la FOFI ha presentato al Consiglio di amministrazione ENPAF un ordine del giorno per superare questa criticità che riguarda i giovani colleghi. Sul problema annoso delle borse di specializzazione non è peregrino ricordare che i medici hanno impiegato ben venti anni ed è stata una procedura di infrazione europea a far maturare le condizioni per affrontare concretamente e a risolvere la questione. Altro problema è quello degli organici inadegua-

ti che sommati alle criticità del decreto 70 sugli standard hanno penalizzato, nella corsa di tagli alle strutture, troppo spesso il servizio farmaceutico che ha visto falciati dipartimenti e strutture, anche al di fuori dei parametri del decreto stesso. Altro aspetto importante è rappresentato dall'indispensabile necessità di adeguare l'assetto tecnologico delle strutture pubbliche. I fondi del PNRR dovranno essere utilizzati anche per colmare questo *vulnus*, attraverso l'adeguamento tecnologico e strutturale delle farmacie ospedaliere e dei servizi farmaceutici della Asl che dovrebbero essere cifre distintive della sanità.

In conclusione, termina il senatore D'Ambrosio, è ferma la convinzione che questi Stati Generali, concorreranno a rappresentare e a meglio definire lo status della professione e sarà conseguente *“l'impegno della FOI a proseguire con senso di unità, con la determinazione ed umiltà del ruolo, a beneficio della dignità, del decoro della professione ma soprattutto a sostegno del SSN che ha bisogno non solo dell'impegno di tutti ma anche di un deciso rilancio che porti necessariamente ad un rinnovato rapporto di fiducia tra tutti gli operatori della sanità”*.

L'assistenza farmaceutica fra norme e bisogni del SSN

Roberta Di Turi

Premessa

Lo stato attuale degli organici del SSN rappresenta un grandissimo problema (603.550 circa operatori di cui Medici n. 120.063, altri Dirigenti Sanitari n. 14.573), acuito ancor di più se si focalizza l'attenzione sui dirigenti farmacisti il cui numero è drammaticamente sottodimensionato. Stiamo parlando di appena 2.850 farmacisti per il governo di circa 12.500 strutture pubbliche. La maggior parte a media complessità.

I contenuti e le proposte

La dimensione dei contesti su cui definire i volumi delle attività ed i conseguenti controlli da parte dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali, posti in capo ai dirigenti farmacisti, è la seguente:

- n. 23.997 farmacie private e pubbliche nonché parafarmacie;
- n. 258.892 prescrittori, medici specialisti, pediatri e medici generici tra cui gli MMG;
- n. 28.980 strutture di ricovero pubbliche e private accreditate;
- n. 551.746.499 ricette prescritte in Italia nel 2021 con un importo di quasi 8,4 miliardi di euro, costo medio per ricetta di 15,2 euro;
- euro 32,2 miliardi la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) nel 2021, in aumento del 3,5% rispetto al 2020. Incide per l'1,9% sul Prodotto Interno Lordo nazionale (PIL);
- euro 7,2 miliardi la spesa in dispositivi medici nel 2021 che ha rappresentato il 5,7% della spesa sanitaria, in aumento del 4,5% rispetto al 2020 e del 13% rispetto al 2019.

L'evoluzione dell'attività della Farmacia Ospedaliera nella normativa è stata in estrema sintesi (da Studio Nicoloso) la seguente: da officina farmaceutica (*) ... a *pharmaceutical care* (**) ... a farmacia clinica (***), attraverso le seguenti normative: art.122, T.U. n.1265/1934: servizio di approvvigionamento dei medicinali ai reparti ospedalieri con divieto di dispensazione sul territorio: Cons. Stato n.19/1948 (*); art 12 e art. 22 DPR 128/1969: ordinamento interno dei servizi ospedalieri Specificazione servizi di diagnosi e cura / Farmacia Interna; art.25, Legge n.833/1978: servizio di diagnosi e cura: Consiglio di Stato n.841/1993 aperto al day hospital

(**); art.8, Legge n.405/2001: erogazione di medicinali sul territorio per patologie con ritorno periodico e per continuità terapeutica in sede di dimissione ospedaliera (**); art. 11, Legge n.69/2009: prestazione di servizi complementari all'assistenza ospedaliera anche in home care (**); art. 1, Legge n.38/2010: prestazioni di beni e di servizi per la cura della salute e la terapia del dolore intra et extra moenia ospedaliere (**).

Mentre per i Servizi Farmaceutici del Territorio delle ASL i riferimenti normativi possono essere riassunti come segue: legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale, in particolare (Art. 14 punto e Art. 28); le ispezioni in farmacia disciplinate in via generale dagli art. 111 e art. 127 R.D. n. 1265/1934, e/o leggi regionali); legge 22-12-1975 n. 685 - “Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” e successivo D.P.R. 9 ottobre 1990, DL n. 309 - “Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti”; legge 16 novembre 2001, n. 405. recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria; DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, che definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001.

L'evoluzione della professione del dirigente farmacista S.S.N. è oggi passata dalla semplice valutazione del bene farmaceutico gestito, alla valutazione del suo utilizzo fino a quella dell'esito, trasformandosi perciò da mero *payer* ad osservatore privilegiato ed infine critico.

La farmaceutica nel SSN oggi è una realtà multidimensionale: A) dimensione clinica (valutazione della farmacoterapia con particolare riferimento alla efficacia ed appropriatezza, galenica, sperimentazioni cliniche, aderenza e persistenza, HTA); B) dimensione organizzativa (programmazione, acquisizione e dispensazione, monitoraggio, informazione, farmacovigilanza, valutazione del rischio, attività di controllo); C) dimensione analitica (rilevazione, elaborazione ed analisi dei dati, gestione dei sistemi informativi finalizzati a Farmacoutilizzazione - Farmacoepidemiologia - Farmacovigilanza e Farmacoeconomia, monitoraggio delle prescrizioni e benchmarking); D) dimensione normo-giuridica (management sanitario - con particolare riguardo alla gestione delle risorse umane, finanziarie, strumentali, ma anche autorizzativa, ispettiva e di controllo contabile amministrativo). Ferme restando le dimensioni organizzative/logistiche e quelle normo giuridiche, proprie ed infungibili del dirigente Farmacista pubblico, essenziale è oggi il ruolo della dimensione analitica in quanto i servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali svolgono un importante ruolo nell'analisi farmaco-epidemiologiche come osservatori critici.

Attraverso l'analisi dei consumi dei farmaci possono essere individuate aree di spreco come l'abuso, uso improprio di farmaci o semplicemente mancata adozione di equivalenti (generici o farmaci a brevetto scaduto) e farmaci biosimilari di pari efficacia. Possono essere esplorate e scoperte aree di bisogni insoddisfatti tipo la mancata aderenza/continuità di trattamento in patologie croniche, che richiederebbero interventi di riconversione delle risorse impiegate con miglioramento degli esiti. Altrettanto importante è la Dimensione clinica dove trovano risposte i compiti istituzionali attribuiti al dirigente Farmacista che prevedono il generale e specialistico governo della prescrizione medica e una grande attenzione alla personalizzazione delle terapie da cui discendono importanti meccanismi regolatori della spesa pubblica e della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. Il farmacista può integrarsi professionalmente nei diversi Dipartimenti/Reperti svolgendo interventi di supporto scientifico e di educazione e può intervenire su aspetti riguardanti le indicazioni d'uso dei farmaci, la scelta dei

dosaggi e delle formulazioni più indicate. Sono già pienamente coinvolti nel percorso clinico anche se non vi è un'area applicativa normata (a parte le infezioni ospedaliere dove il farmacista è componente ex officio del CIO e la sperimentazione clinica nel CE). L'evoluzione della professione del farmacista SSN negli ultimi anni quindi con attività multidimensionali (logistiche, analitiche, manageriali e cliniche) è stata esponenziale ma non è stata accompagnata da adeguata evoluzione normativa e tantomeno nei numeri degli organici. Mancano all'appello 6.830 unità!

Le attività sanitarie del farmacista SSN sono rivolte all'Ospedale e al Territorio che, a loro volta, pur avendo esigenze difformi, svolgono attività diverse ma complementari e, comunque, funzionali al benessere del cittadino come base per garantire l'assistenza sanitaria in tutti i contesti nazionali in termini di efficacia, efficienza e sicurezza. In questo contesto è evidente che nel calcolo di standard questi elementi hanno un peso rilevante e che soprattutto la mancanza di Modelli Organizzativi standardizzati rende più complicata la definizione univoca degli stessi che, pur se definiti come valore minimo, debbono necessariamente essere riadattati alla realtà regionale e, alcune volte, nelle stesse regioni, in funzione del contesto specifico in cui si opera. Un primo passo è stato compiuto da SiNaFO, in collaborazione con le due società scientifiche SIFO e SIFaCT, nel maggio 2017, con l'elaborazione del Manuale "*Criteri Generali per la definizione di standard della dirigenza farmaceutica ospedaliera e territoriale del S.S.N.*" dove sono state individuate e mappate per ciascuna area specialistica (Ospedaliera e dei servizi Territoriali delle ASL) n. 16 Macro-Aree di cui n. 106 Linee di attività per l'assistenza Ospedaliera e n. 97 per quella dei servizi Territoriali delle ASL.

La definizione a livello nazionale di standard riproducibili nelle variegata realtà regionali risulta un'operazione complessa per l'autonomia legislativa delle Regioni e delle Province Autonome che, nell'applicazione del PSSN e dei LEA, presentano spesso disomogeneità normative e organizzative nei diversi contesti analizzati. Trovare una sintesi si può solo con la conoscenza specifica dei contesti in cui si opera, delle norme da applicare, del perseguimento dei livelli di sicurezza, qualità ed equità nell'applicazione dei LEA a livello nazionale.

Conclusioni

L'implementazione di piani di miglioramento dei processi all'interno delle Aziende Sanitarie non potrà compiutamente realizzarsi se non verrà posta la giusta attenzione nei riguardi dei Servizi Farmaceutici che dovranno essere potenziati in termini di incremento di risorse umane e tecnologiche, per consentire ai farmacisti del SSN di esercitare a pieno titolo la loro funzione ovunque siano allocati, in ospedale o nel territorio, ed in tutti gli ambiti di competenza, con l'auspicio/necessità che ci sia a breve un adeguamento e un aggiornamento dell'apparato normativo/legislativo specifico.

Una Professione che viene da lontano con prospettive e valori

Giuseppe Ostino

Mentre andavo raccogliendo quelle riflessioni che avevo intenzione di condividere con voi mi trovo sempre più sorpreso nel constatare quante analogie esistano tra la realtà che vissero i colleghi negli anni '50-'70 e quella che si vive oggi.

Come allora si era alla fine della seconda guerra mondiale, guerra che vide tanti morti e tante distruzioni, così oggi ci troviamo al termine di una pandemia causa anch'essa della perdita di tante vite umane e di danni ingenti in termini sociali ed economici. Altrettanto troviamo anche in campo sanitario: allora la scoperta di nuovi farmaci (antibiotici), oggi la terapia oncologica di precisione o la terapia con cellule CAR-T, per non dire di tante altre.

Ora, mi chiedo: si riscontra anche un'analogia tra l'allora e l'oggi nel desiderio di ripartire, nella disponibilità a sperimentare percorsi nuovi nella ricerca di soluzioni a problemi incombenti? Difficoltà che frenano e tendono a impedire la realizzazione di progetti ce ne sono oggi come un tempo. Si pensi ad esempio ad un problema atavico che ha attraversato nel tempo tutti quanti noi: la carenza di personale c'era anche allora. Molte farmacie ospedaliere, spesso allocate in sottopiani, erano gestite da un solo farmacista coadiuvato da un magazzinoere.

In realtà la domanda di fondo resta sempre la stessa: vogliamo essere attori o spettatori. Se si intende essere attore occorreranno tenacia e sacrifici, ma con la ragionevole probabilità che molti sforzi saranno coronati da successo, anche se non a breve termine.

Se siamo consci dell'importanza della nostra professione per la cura del paziente occorre fare una scelta: si vuole stare alla finestra o camminare, insieme con altri, attenti a cogliere nuove iniziative, contribuire a governare il cambiamento o mettersi da parte e lasciarsi travolgere ed emarginare. Vi chiederete: ciò che si è ottenuto fino ad ora ne è valsa la pena? Valutate un po' voi. Chiedetevi dove e come saremmo senza i Prontuari Terapeutici Ospedalieri, le preparazioni personalizzate, i centri di documentazione sui farmaci, e tante altre iniziative, che hanno portata tanta considerazione e stima, sino alla Scuola di specializzazione in Farmacia ospedaliera.

L'iter percorso per giungere alla nascita della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera (SSFO), che quest'anno festeggia i 45 anni ha parecchio da insegnarci.

Siamo nel 1952 anno di nascita della Società Italiana di farmacia Ospedaliera (SIFO) e già nel primo articolo dello Statuto, stilato all'atto della fondazione, si dichiarava che scopo della Società sarebbe stato quello di promuovere e coordinare l'attività scientifica, tecnica e amministrativa delle farmacie degli ospedali e nel secondo articolo, sempre dello statuto, si precisava che questa promuoverà scambi culturali con l'Università ed altri istituti scientifici, anche esteri,

ecc. Il tutto finalizzato ad una crescita sul piano culturale. Questa esigenza veniva concretizzata nell'articolo 2 dello Statuto del 1967 dove si legge. *"...creando borse di studio e svolgendo opera affinché presso la Facoltà di Farmacia venga istituito un corso di specializzazione in farmacia ospedaliera"*.

Questo ci chiarisce come ai colleghi di allora non fosse sfuggito che la rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche, propria di quegli anni, avesse reso inadeguato un corso di laurea articolato su soli 4 anni con 19 insegnamenti. Si dovette però attendere ancora diversi anni prima che la richiesta venisse accolta, nonostante frequenti contatti con tutte le sedi istituzionali competenti. I Verbali di sedute del maggio e del novembre 1974 del CD della SIFO ne sono la testimonianza.

Finalmente i tentativi di coinvolgere e sensibilizzare l'Università ebbero successo e così a distanza di 10 anni venne attivata la prima Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera (SSFO) nell'AA 1977-78.

È superfluo sottolineare come il comportamento e le iniziative prese dalla categoria siano stati determinanti per la nascita della SSFO. Teniamocela preziosa questa Scuola, l'unica scuola di specializzazione non medica in ambito sanitario, nata per esclusiva volontà della categoria.

Dal momento che il futuro della professione dipende dal livello di formazione degli specializzandi, è ora logico che dopo 45 anni, nonostante i costanti aggiustamenti realizzati, si pensi di farne oggetto di una rivisitazione globale, sotto l'aspetto teorico e pratico con il contributo di tutte le parti interessate a partire:

- dalla mancata remunerazione degli specializzandi, vera e propria ingiustizia non ulteriormente tollerabile, anche perché è causa di una serie di gravi conseguenze negative;
- dal coinvolgimento degli specializzandi in compiti e funzioni non pertinenti ad una formazione che deve guardare al futuro;
- dall'insegnamento in ambito teorico e pratico spesso non orientato alle innovazioni.

Per formare le nuove leve c'è assoluto bisogno di docenti universitari e ospedalieri costantemente aggiornati, attenti a recuperare aspetti fino ad ora dimenticati o poco attenzioni.

Non si potrà, per esempio, continuare ad ignorare la necessità di una formazione del farmacista nell'ottica di un suo coinvolgimento nei reparti.

Alcuni dei presenti ricorderanno l'interessante dibattito che vi fu su questo tema "Il farmacista di reparto" in un convegno tenutosi a Torino nel 2009. Da tempo questa figura di farmacista è presente in molti reparti ospedalieri statunitensi, dove interagisce regolarmente con medici e pazienti non limitandosi quindi a svolgere la sua attività all'interno della farmacia. Così operando si ritrova la dimensione clinica della propria professione, nella gestione delle terapie, nel confronto con il medico e con le necessità del paziente.

Tra l'altro questa non sarebbe una novità perché qualcosa di analogo compare già in regolamenti sul servizio di farmacia di ospedali di secoli passati.

Credo proprio che la prospettiva migliore sia quella di proseguire con tenacia e perseveranza su quel percorso che da lontano viene e che a lontano guarda, senza perdere i valori, sempre al servizio del paziente.

LECTIO MAGISTRALIS: La traiettoria evolutiva della professione

Nello Martini

Premessa

Ci troviamo in un momento storico e politico di crisi del SSN, che sono stati accentuati dalla recente pandemia, ma che sarebbero emersi comunque, magari in maniera meno dirimpente. Oltre alle responsabilità politiche di questa situazione, si assiste anche ad una crisi culturale delle professioni sanitarie, che bisogna riconoscere, analizzare e trovare soluzioni. Lo scenario in termini di numeri di farmacisti disponibili, standard assistenziali per ruoli e funzioni è chiaro. Tuttavia, in questo momento storico, bisogna avere la visione di cosa sarà la medicina e l'organizzazione sanitaria del futuro, per anticipare le regole. Anticipare le decisioni è il compito delle professioni, alla politica sarà poi il compito di ratificarle. Guardando al passato, per il farmacista SSN, sia in ospedale che nei servizi farmaceutici territoriali, questo è già successo: se il farmacista si fosse limitato alla mera funzione distributiva, sarebbe rimasto ai margini del sistema e sarebbe pian piano scomparso dalle professioni sanitarie. Il passato ci insegna che aver colto le sfide dei centri di informazione sul farmaco, della sperimentazione e dei comitati etici, della terapia personalizzata nella nutrizione artificiale e in oncologia, solo per fare qualche esempio, ha reso possibile l'affermazione ed il consolidamento della centralità del farmacista SSN. Cogliere le sfide e rendere alcune attività infungibili è la chiave per mantenere attiva ed aggiornata la professione. Oggi, alla luce dei cambiamenti di sistema, è necessario che la professione del farmacista SSN mantenga questa sua infungibilità, mantenga cioè attività specifiche che non sono e non possono essere espletate da parte di altre professioni. È necessaria, oggi, una nuova cultura e visione.

I contenuti e le proposte

Anche se tracciare la traiettoria evolutiva della professione è molto difficile, causa i continui cambiamenti del sistema, nella mia presentazione mi limito a descrivere 3 esempi concreti in altrettanti ambiti organizzativo-assistenziali, che possono dare la dimensione della visione del futuro del cambiamento della nuova farmacia del SSN.

1. L'assistenza di prossimità: con la missione 6 del PNRR e il DM 77 viene declinata una nuova organizzazione dell'assistenza territoriale. Andando oltre al dibattito che disquisisce sulla necessità dei luoghi fisici (case della comunità etc.) e delle diverse competenze, il quesito da porre alla farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici territoriali è capire in che modo queste strutture interagiranno con il modello organizzativo e quali sono le funzioni

specifiche che devono essere messe in campo per dare un contributo sostanziale alla 4^a vera riforma del SSN. I farmacisti SSN devono assumere la leadership nell'utilizzo dei dati integrati a partire dai database amministrativi: farmaceutica, ricoveri, specialistica. L'analisi integrata di queste fonti di dati permette di stratificare la popolazione sulla base della gravità, della fragilità e della cronicità, e stabilire i livelli di assistenza necessari. In poche parole, queste basi di dati diventano lo strumento programmatico in mano ai farmacisti SSN, che, sulla base dei risultati, hanno il compito di verificarne successivamente gli esiti. Il "farmacista verificatore", quindi, sulla base degli indicatori stabiliti a priori, verifica se gli indicatori di processo e di esito della nuova organizzazione sono stati raggiunti, in un'ottica complessiva, oltre al solo trattamento farmacologico, superando i silos dei tetti di spesa e analizzando l'assistenza al paziente ed il suo impatto a tutto tondo.

2. La medicina rigenerativa: la farmacologia ci sta offrendo nuovi scenari di trattamento, impensabili prima della decodificazione del genoma. Le terapie avanzate, cioè le terapie geniche, cellulare somatica etc. si pongono come obiettivo quello di guarire malattie, non bloccarne semplicemente i sintomi o la progressione, attraverso sistemi di ingegnerizzazione delle cellule. Il trattamento farmacologico assume quindi una dimensione più complessa, riguardando l'intero processo di trattamento. Qui il farmacista SSN può agire su due piani distinti: il piano clinico e di sicurezza delle cure, tracciando e monitorando tutto il percorso di trattamento, dal prelievo di cellule al paziente, alla reingegnerizzazione da parte del produttore, alla somministrazione in sicurezza al paziente; il piano gestionale, con il monitoraggio della compilazione dei registri AIFA, il monitoraggio degli esiti anche ai fini della rimborsabilità e del pagamento "al risultato".
3. La medicina mutazionale. In particolare in campo oncologico, sta cambiando il paradigma della medicina. Si è partiti, infatti, dal modello istituzionale, quello del trattamento del tumore per sede anatomica. Il modello istologico si ripercuote anche sull'organizzazione attuale degli ospedali. Più recentemente si è fatto avanti il modello agnostico, secondo il quale un farmaco è attivo su una specifica mutazione, e la presenza di questa mutazione rende possibile l'utilizzo e la rimborsabilità di quel farmaco. In entrambi questi modelli le autorità regolatorie (EMA ed AIFA, per quanto di competenza), si esprimono su commercializzazione, prezzo e rimborsabilità. Tuttavia, è già realtà un terzo modello, l'oncologia mutazionale. Tramite biopsia, solida o liquida, avviene la profilazione genomica del tumore: le cellule vengono testate per alterazioni genomiche con pannelli di 300-500 geni. La conseguenza è la scelta del trattamento con farmaci target di precisione, che agiscono su una specifica mutazione o sul carico mutazionale. Il cambiamento organizzativo sostanziale sta nella decisione clinica, che non viene più presa dal singolo oncologo, ma da un gruppo multidisciplinare, il *Molecular Tumor Board* (MTB), che prende una decisione multidisciplinare. Il farmacista ospedaliero deve essere un componente del MTB, ed è già previsto nella bozza di decreto ministeriale attuativo, al momento al vaglio della Conferenza Stato-Regioni. Il farmacista ospedaliero deve, analogamente a quanto già successo in passato per le segreterie scientifiche dei Comitati Etici o delle Commissioni per il Pron-tuario Ospedaliero, prendere la leadership della gestione dei MTB, assumendo il ruolo di segreteria scientifica, in grado di coordinare il processo terapeutico, dalla diagnosi, all'analisi dei possibili trattamenti, all'applicazione della decisione tramite la compilazione dei registri AIFA, il monitoraggio degli usi off label, la spesa correlata.

Conclusioni

- L'organizzazione sanitaria sta evolvendo, e il farmacista SSN deve essere in grado di interpretare i cambiamenti, prevenendo le decisioni politiche con i fatti.
- Il farmacista SSN deve rendere le attività che prende in carico, "infungibili", cioè specifiche della propria professione, da non potersi svolgere da parte di altre professioni. Questo deve essere fatto prendendo in carico le nuove sfide con metodo e rigore, nonché con una opportuna misurazione dell'impatto del proprio operato.
- La medicina di prossimità, le nuove frontiere farmacologiche come le terapie avanzate, la medicina di precisione sono solo alcuni degli esempi dove il farmacista SSN può assumere una leadership, con l'utilizzo di strumenti a lui noti: i database amministrativi, le conoscenze in campo di qualità delle cure e analisi e monitoraggio dei costi, la gestione delle segreterie scientifiche di gruppi multidisciplinari. Tutto questo deve trovare avallo normativo nelle norme che regolano il sistema sanitario.

L'informazione indipendente a garanzia della qualità dell'assistenza farmaceutica

Silvio Garattini

Premessa

In medicina, come in qualsiasi contesto, l'informazione di tutti i soggetti interessati è fondamentale per garantire l'efficienza dei processi. Nel campo medico questo è ancora più rilevante in quanto in gioco c'è la salute dei cittadini.

La mancanza di informazione indipendente in medicina è la causa di una comunicazione che privilegia il mercato e non il paziente. La medicina con il tempo è diventata un grande mercato perché manca l'informazione indipendente che è l'unica in grado di contrastare il mercato.

I contenuti e le proposte

Di seguito si riportano alcuni esempi di quanto una informazione indipendente contribuirebbe ad una gestione migliore della salute.

Il primo è la necessità di fare informazione sulla prevenzione. Il mercato della salute beneficia dalla cura delle malattie, tuttavia una buona parte, ca. il 50% di quelle croniche, sarebbero evitabili con una buona informazione anche solo sugli stili di vita. Questo ridimensionerebbe molto il mercato, e di conseguenza, la spesa farmaceutica e sanitaria. Se vogliamo andare verso un SSN efficace, c'è bisogno di una rivoluzione culturale nel campo della prevenzione, altrimenti la salute diventerà sempre meno sostenibile, perché il mercato, per definizione, non vuole diminuire la domanda.

Il secondo ambito è l'informazione su come vengono studiati i farmaci e sulla base di quali parametri e dati vengono immessi sul mercato. Ad esempio, spesso i farmaci vengono resi disponibili sulla base di un miglioramento in parametri biochimici, che tuttavia non sono di diretto interesse del paziente, al quale interessa che vi sia una modifica dei sintomi, una diminuzione della sofferenza, un miglioramento della sua qualità di vita. Questi raramente vengono testati e misurati prima di rendere un farmaco disponibile sul mercato.

Altro elemento importante è il confronto: se un nuovo farmaco viene immesso sul mercato avendo dimostrato un vantaggio rispetto ad un placebo, quando è disponibile in terapia un trattamento attivo alternativo, questo passaggio non risponde pienamente ad un quesito etico. Le autorità regolatorie, i comitati etici e tutti gli stakeholder interessati, in questo frangente devono far riferimento alla dichiarazione di Helsinki, che prevede proprio questo.

Il terzo ambito che necessita di informazione indipendente è relativo al numero di farmaci disponibili sul mercato. Il proliferare di nuovi farmaci non vuol dire necessariamente che siamo di fronte a farmaci innovativi.

Il Prontuario Terapeutico Nazionale, che raccoglie tutti i farmaci che vengono erogati gratuitamente, o tramite il pagamento di un ticket, dal SSN contiene un numero eccessivo di principi attivi, e non viene soggetto a revisione dal 1993. Aver a disposizione tanti farmaci non vuol dire curare bene le malattie, ma sicuramente porta ad una over prescrizione e, di conseguenza, anche ad un aumento della spesa. Basti pensare che la spesa farmaceutica rappresenta il 17% del fondo sanitario nazionale. Riviste prestigiose internazionali di informazione indipendente, fra cui *La RevuePrescrire*, ci ricordano che di tutti i farmaci immessi in commercio, una piccola parte rappresenta una vera novità ed un reale vantaggio per il paziente.

Tanti principi attivi sono senza una reale prova di utilità. La legislazione europea prevede che un farmaco per essere autorizzato ne abbia testato la qualità, l'efficacia e la sicurezza. Ma questo non basta, bisogna dimostrarne anche il valore terapeutico aggiunto rispetto a quanto già disponibile sul mercato. Questo lo rende effettivamente innovativo.

Un'informazione indipendente, inoltre, servirebbe anche per divulgare gli effettivi vantaggi di un nuovo farmaco rispetto a quanto già disponibile. A livello di foglietto illustrativo dovrebbe essere riportato il cosiddetto "number needed to treat" o NNT, cioè il numero di pazienti che devono essere trattati con uno specifico farmaco perché uno solo ne tragga vantaggio. Questo numero ci indica che molti pazienti vengono trattati inutilmente, cioè senza un reale beneficio.

Altra informazione necessaria è sul profilo di rischio dei farmaci e la risposta farmacologica, alle dosi studiate, per particolari gruppi di popolazione come i bambini, i grandi anziani e le donne. Nelle sperimentazioni cliniche gli estremi di età sono esclusi e, inoltre, sono in genere arruolati una prevalenza di pazienti di sesso maschile.

Queste carenze metodologiche non permettono di indagare sulla risposta ad un nuovo trattamento per questi pazienti al momento dell'introduzione nel mercato. In particolare è grave che, almeno all'atto di immissione in commercio, per la metà della popolazione mondiale, le donne, non sia noto il profilo rischio/ beneficio, che spesso si differenzia tra maschi e femmine. Le ragioni sono nelle patologie trattate, che si presentano in modo diverso nella donna (es.: m. di Parkinson, forme autoimmuni) e nei dosaggi/posologia dei farmaci, che andrebbero altrimenti calibrati poiché il pattern ormonale influenza notevolmente la risposta e la farmacocinetica.

In ambito farmacologico ci sono altri elementi di incertezza, causati dall'associazione di molti principi attivi, specie nei pazienti anziani. Quanti più farmaci sono introdotti, tanti più effetti collaterali si manifestano per le potenziali interazioni farmacologiche, e che spesso sono del tutto imprevedibili per l'elevato numero di farmaci assunti.

Tutti questi esempi evidenziano la necessità che i prescrittori, e i sanitari in genere, forniscano informazioni oggettive ed indipendenti, per permettere al paziente di prendere le corrette decisioni sulla sua salute. Non occorre inoltre dimenticare il ruolo fondamentale che ha l'insegnamento nelle scuole, di ogni ordine e grado, alla prevenzione e al corretto uso dei medicinali. La salute è dunque un bene pertinente sia alla società che deve garantirla, sia per l'individuo che deve assumere coscienza della responsabilità che ha nel mantenerla.

Conclusioni

- L'informazione indipendente è necessaria per rendere sostenibile il SSN, sottraendola al monopolio dell'industria farmaceutica che agisce seguendo le regole del mercato. In questo contesto i farmacisti SSN hanno avuto ed avranno un ruolo importante.
- Una corretta informazione serve anche a far crescere la cultura della prevenzione, a partire dagli insegnamenti scolastici. I medici devono limitarsi a prescrivere i farmaci con un reale valore aggiunto e, insieme agli altri operatori sanitari, educare la popolazione ad un uso responsabile dei medicinali.
- Bisogna porre più attenzione alla ricerca rivolta a chiarire il rapporto di efficacia-rischio in gruppi particolari di popolazione (donne, anziani, bambini) e ai rischi delle politerapie nei pazienti fragili.

La farmacia clinica in Europa: definizioni e applicazione

Roberto Frontini

Premessa

Che cosa si intende per farmacia clinica.

Dal punto di vista semantico, il termine “clinica” deriva dal greco “klinè”, cioè “letto” che, per definizione, si trova in ospedale dove il paziente viene ricoverato per gestire la sua patologia. La farmacia clinica, quindi, risulta essere quella attività del farmacista dedicata al paziente.

Molte sono le definizioni di farmacia clinica, alcune di queste non completamente corrette. La società tedesca di farmacia ospedaliera (ABDA) definisce la farmacia clinica come “*uso efficace sicuro ed economico del farmaco in ospedale*”. Vi sono alcune imprecisioni in questo: innanzitutto bisogna parlare di paziente, e non di farmaco; inoltre, la farmacia clinica può essere esercitata anche fuori dall’ospedale, in tutti i contesti di cura.

La *Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft* (DPhG) aggiunge il concetto di ottimizzazione dell’uso del farmaco, che è già più vicino a cosa è realmente la farmacia clinica.

Le definizioni più complete vengono fornite dalle 2 società internazionali di farmacia clinica, la ESCP (in Europa) e la ACCP (negli USA). ESCP sottolinea che l’obiettivo della farmacia clinica è “*l’ottimizzazione dell’uso dei farmaci attraverso la pratica e la ricerca*”: non solo agire sul paziente, ma anche studiare l’effetto sul paziente. Ed inserisce anche il concetto di “beneficio per la salute pubblica”. Inoltre, avalla il concetto che si può fare farmacia clinica in qualsiasi setting assistenziale, in ospedale come sul territorio. ACCP aggiunge l’importante concetto di prevenzione e promozione del benessere, e della necessità di avere una formazione specialistica per praticare la farmacia clinica.

Nell’attività del farmacista ospedaliero possiamo veramente parlare di evoluzione, da quando, anni fa, il farmacista si occupava solo della logistica e della produzione.

Da qui si è passati a gestire anche l’uso del farmaco, per arrivare poi al paziente e alla integrazione nel team di cura. Non siamo ancora arrivati alla fine dell’evoluzione, il prossimo passaggio è quello della prescrizione, assieme al medico. Questo è già realtà in alcuni Paesi come ad esempio in Gran Bretagna e si sta concretizzando in Slovenia. Prescrivere significa prendersi la responsabilità sull’uso del farmaco, chi non si prende le sue responsabilità non è un buon professionista. Questo significa anche fare degli errori, e molti colleghi non amano il rischio. Ma se si vuole essere professionisti sanitari riconosciuti bisogna assumersi le proprie responsabilità. Chiaramente, con una formazione adeguata.

Questa evoluzione si può sintetizzare in 6 concetti, come sottolineati dal collega Martin Hug di Friburgo. Si deve passare:

- dal concetto di medicinale a quello più ampio di terapia;
- dal “luogo” farmacia al letto del paziente;
- dalla mera dispensazione a prendersi cura di chi riceve il farmaco dispensato;
- dal lavorare da soli ad essere in team: l'integrazione in gruppo non è semplice, perché bisogna far comprendere la nostra funzione ai colleghi ed accettare le funzioni degli altri;
- dalla conoscenza all'informazione: sapere e saper trasmettere, differenziando a seconda dell'interlocutore (es medico, infermiere, paziente) con in linguaggio appropriato;
- non accettare una prescrizione perché è stata fatta, ma pensare alla migliore prescrizione: essere, quindi, critici.

I contenuti e le proposte

La situazione legislativa e di attività in Europa

La declinazione della farmacia clinica nelle diverse leggi locali in Europa è molto diversificata.

In Germania, la legge tedesca parla solo di “*produzione e controllo*”. L'unico concetto legato alla farmacia clinica riguarda “*l'informazione e la consulenza sull'uso appropriato dei medicinali*” e la notifica degli effetti collaterali alle istituzioni sanitarie, cioè la farmacovigilanza.

Una legge molto più completa è quella del Belgio, che definisce in modo molto dettagliato la farmacia clinica, introducendo i concetti di: integrazione in gruppi di lavoro multidisciplinari, informazione sul farmaco, collaborazione con il personale infermieristico sulle raccomandazioni per il rischio clinico, partecipazione alle sperimentazioni cliniche, assistenza sanitaria ai pazienti ricoverati e ai pazienti dimessi in collaborazione con il corpo medico e infermieristico.

La legge italiana, come noto, oltre ad essere datata, è molto limitata, e ha bisogno sicuramente di essere revisionata.

Uno sguardo alla situazione europea è offerto anche dalla *European Association of Hospital Pharmacy* (EAHP), che attraverso la “*Good Practice Initiative*”, diffonde in tutta Europa le “*buone pratiche*” che sono state attivate in singoli paesi o in singole strutture ospedaliere. Le buone pratiche hanno l'obiettivo di portare a conoscenza di tutta la comunità esempi di applicazione di attività che possono essere riprodotte anche in altri contesti, e sono disponibili sul sito internet di EAHP.

Alcuni esempi sono: l'ottimizzazione dell'intervento del farmacista nei pazienti che ne traggono maggior beneficio, come ad esempio i pazienti con insufficienza renale, per poter massimizzare l'effetto anche con organici limitati. Il contributo del farmacista nelle terapie intensive, con uno sguardo anche alla tecnologia presente in quel setting, e ai tanti risvolti nei quali si può fare farmacia clinica.

Conclusioni

- La funzione del farmacista non si limita alla conoscenza del farmaco e della sua produzione, ma comprende l'attività dedicata ai pazienti con lo scopo di ottenere il miglior risultato sia individuale che sociale attraverso il monitoraggio dell'uso e dell'adeguatezza dei medicinali.
- Nella professione, per ottenere un ruolo riconosciuto, bisogna prendersi le proprie responsabilità, in questo caso nei confronti del paziente e della sua cura.
- La formazione universitaria deve considerare l'attività clinica per preparare ad un'attività professionale accademica che giustifica salari adeguati.
- La moderna funzione del farmacista deve essere chiaramente definita in termini legali non solo nell'ambito universitario ma specialmente nell'ambito professionale.

LA FORMAZIONE DEL FARMACISTA SSN

Stato dell'arte e proposte per adeguare, in termine di contenuti e metodi, gli attuali percorsi formativi alle mutate necessità assistenziali

Moderano:

Giangiuseppe Console, Angelo Claudio Palozzo

Premessa

La formazione universitaria all'interno del ciclo unico di laurea specialistica in farmacia o CTF garantisce una preparazione teorico-pratica sulle competenze di base già indicate nella Direttiva 85/432/CEE e norme successive di recepimento e modifiche. Le peculiarità di intervento del dirigente farmacista dipendente nel SSN, tuttavia, hanno richiesto la previsione, e la successiva istituzione, di scuole di specializzazione che, nel tempo, hanno cercato di rendere sempre più coerenti i percorsi formativi rispetto ai modelli di una assistenza farmaceutica connotata da elementi finalizzati al trattamento delle patologie croniche, rare e/o di difficile trattamento.

In molti paesi, la formazione di base in farmacia è stata rivista e rimodulata al fine di venire incontro alle mutate esigenze della moderna medicina. Questi interventi si sono però dimostrati insufficienti e si è dovuto fare un ulteriore passo in avanti con l'istituzione di scuole di specializzazione, corsi di perfezionamento e master, per ottenere le necessarie competenze professionali, scientifiche e cliniche. In molte realtà del mondo occidentale, questo progresso si è associato ad un inevitabile viraggio verso competenze cliniche che, tuttavia, in Italia non hanno ancora trovato una applicazione soddisfacente. L'insegnamento sia di base sia nelle scuole di specializzazione farmaceutiche, diversamente da quanto accade in ambito medico o di altre professioni sanitarie, soffre della mancata integrazione dei docenti universitari nel processo operativo di assistenza al paziente.

Per comprendere quanto siano evidenti le discrasie tra le attuali esigenze del SSN rispetto a quanto prevede l'unica norma legislativa di riferimento che "certifica" la nostra ragion d'essere all'interno del SSN, basta richiamare l'art. 22 del DPR 128 che individua i requisiti di una Farmacia interna ospedaliera che deve essere presente negli "...ospedali regionali e provinciali..." ed i cui compiti sono declinati in "a) preparazioni galeniche e farmaceutiche secondo le

norme previste dalle leggi sanitarie e, ove richiesto, preparazione dei reattivi coloranti e soluzioni titolate; b) distribuzione delle specialità medicinali e dei diagnostici; c) distribuzione dei materiali sterili e non sterili, di medicazione, delle siringhe, dei presidi sanitari e simili; d) controllo analitico, secondo le norme della farmacopea ufficiale, delle sostanze medicamentose usate e del materiale di medicazione; e) controllo bromatologico e merceologico inerente al servizio ospedaliero; f) informazione al corpo sanitario delle caratteristiche dei materiali usati nel trattamento dei malati e nell'uso dei disinfettanti”.

È evidente quanto questo dispositivo legislativo abbia bisogno di un aggiornamento/ integrazione alla luce delle mutate condizioni assistenziali. È infatti necessario radicare, pur con i limiti indicati in premessa, le competenze acquisite e le effettive linee di attività attualmente esercitate a livello dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali, con un percorso formativo post lauream, che vede in prima linea le scuole di specializzazione.

Una tale rimodulazione dei percorsi formativi permette di implementare gli interventi orientati ad una più efficiente gestione e applicazione clinica attraverso:

1. Le conoscenze sempre più approfondite dei profili farmacocinetici e farmacodinamici per i nuovi medicinali, spesso di origine biologica e di costo elevato, che consentono l'esercizio di una governance sostenibile nel SSN anche correlata ad una sempre più corretta prescrizione. In questo ambito vanno ricompresi i dispositivi medici e di protezione individuale, per i quali, come per i farmaci, si applicano valutazioni di *Health Technology Assessment* (HTA).
2. L'implementazione della produzione galenica che garantisce non solo la sicurezza delle cure per operatori e pazienti (in quest'ultimo caso per una personalizzazione in dose unitaria) ma anche innegabili e quantificabili vantaggi di natura economica (oncologia, radiofarmacia, nutrizione clinica, patologie rare, sperimentazione clinica ecc.).
3. Il progressivo radicamento dei servizi di farmacia clinica e di *pharmaceutical care*, svolti in multidisciplinarietà, che si sono dimostrati essenziali per garantire la sicurezza e la qualità di cura verso i pazienti.

Anche il contesto di attività è cambiato: da quelle prevalentemente mirate all'ospedale, si è passati ad interventi di continuità ospedale-territorio e di una collaborazione più attiva con il personale sanitario delle cure primarie e la rete delle farmacie convenzionate del territorio. Sicurezza ed efficacia delle cure vanno infatti garantite anche al paziente non ospedalizzato (es.: anziani, pazienti con patologie croniche o rare, cure simultanee e/o palliative).

Attualità dello scenario normativo: corso di laurea, tirocinio post laurea e sbocchi professionali

Iole Maria Carafa

STORIA: Il cambiamento della scuola di farmacia

“DA DOVE SIAMO PARTITI E DOVE STIAMO ANDANDO”

La progettazione di un corso formativo deve avere come punto di riferimento il contesto nonché lo scenario normativo all'interno del quale possono essere meglio perimetrali e incardinati i percorsi, attraverso uno studio che possa trovare il giusto equilibrio necessario a renderli utili ad acquisire un bagaglio di conoscenze coerente con le necessità e le aspettative del mondo di lavoro. Di qui la necessità di rendere armonici i due livelli, progettazione dei percorsi formativi e lavoro, al fine di evitare una situazione di “distonia di finalità ed interessi” attraverso la faticosa ricerca di un linguaggio comune iniziando a capire quale è quello che ognuno di noi parla. Una delle domande che ci siamo posti, per meglio conoscere la realtà alla quale dobbiamo preparare e “consegnare” al mondo lavorativo i nostri studenti, è stata quella di cosa pensano gli stessi farmacisti della formazione universitaria che poi li proietterà nel mondo della realtà lavorativa.

Dobbiamo innanzitutto ricordare che la figura del farmacista ha radici antiche. Federico II di Svevia, nel 1240 nelle “Novae Constitutiones” distingue le responsabilità del medico e del farmacista. Correndo avanti di alcuni secoli, in un documento dell'800 troviamo che, per diventare “speciale”, era necessario:

- aver compiuto studi di materie umanistiche;
- aver praticato un tirocinio di cinque anni presso una spezieria autorizzata, sotto la guida di uno speciale patentato;
- aver frequentato per due anni le lezioni di Chimica Farmaceutica e Botanica presso la Regia Università;
- aver sostenuto, alla fine del praticantato, un esame pratico ed uno teorico per essere dichiarato idoneo alla professione.

L'aspirante speciale doveva dimostrare inoltre grandi doti morali certificate dal Parroco e dal Sindaco per poter effettuare l'esercizio della professione. Divenuto speciale era tenuto a spedire medicinali solo su prescrizione medica, prescrizione “non ripetibile” in caso di sostanze velenose. In particolare a Roma, dal 1300 fino ai primi dell'800, presso l'Università degli Aromatari e poi presso il Nobile Collegio degli Speciali fondato nel 1429 da Martino

V, si svolgevano non solo studi e approfondimenti sulle azioni normative giurisdizionali atte a regolare la professione farmaceutica nello Stato Ecclesiastico ma, anche, attività didattico-professionali con la “concessione delle matricole ai nuovi speciali”. Nel 1808, gli “Studi di farmacia” furono inseriti tra le discipline insegnate nell’Archiginnasio Romano, una delle più antiche Università Italiane nata per volontà di Papa Bonifacio VIII che il 20 aprile 1303 con la bolla pontificia “In suprema praeminentia dignitatis” istituì a Roma lo Studium Urbis. Gli Studi di Farmacia vennero normalizzati in regolari corsi Universitari nel 1872 con la nascita della Regia Università di Roma. Furono istituiti due corsi universitari, uno in Farmacia e l’altro in Chimica e Farmacia che comprendevano una notevole varietà di materie destinate ad assicurare agli aspiranti farmacisti una preparazione teorico-pratica ben lontana dalla professionalità prevalentemente empirica, propria degli speciali.

E, ora, arriviamo ai giorni nostri. Con il R.D. 27/10/1932 nr 2090 vede la luce la Laurea in Farmacia. All’articolo 317 dello stesso decreto si stabilisce che la Scuola di Farmacia conferisce la Laurea in Chimica e Farmacia, la laurea in Farmacia ed il diploma in Farmacia, quindi a tre percorsi di formazione. Con un successivo decreto, il RD 30/09/1938 nr 1652 che detta nella Tabella XXVII le “Disposizioni sull’ordinamento didattico universitario” successivamente modificata dal DM del 30/06/1995, si perimetra in quattro anni il percorso formativo della laurea in Farmacia.

È utile sottolineare il fatto che il percorso formativo di laurea della nostra scuola è approvato a livello europeo, il che consente ai nostri laureati di poter svolgere il proprio lavoro all’interno di tutti gli Stati membri della Comunità Europea. Tutto ciò in virtù del fatto che il nostro ordinamento risponde appieno ai dettati della normativa europea sia per quanto riguarda la formazione sia per le attività che il farmacista può svolgere grazie, anche e soprattutto, al possesso imprescindibile delle conoscenze che il farmacista deve avere. La ripartizione tra insegnamento teorico e pratico deve lasciare spazio sufficiente alla teoria, per conservare all’insegnamento il suo carattere universitario. L’insegnamento pratico fornirà agli studenti gli strumenti per approcciare in maniera critica e propositiva tutte le situazioni in cui verranno a trovarsi.

Nel 1999, il DM 509 istituisce un nuovo percorso formativo universitario: vengono introdotti i Corsi di Laurea Triennale e i Corsi di laurea Specialistica. Il Corso di Laurea in Farmacia diventa una laurea Specialistica quinquennale. Qualche anno dopo, il DM 270/04 ed i suoi Decreti Attuativi, introducono le Lauree, triennali, e le Lauree Magistrali, biennali, che completano il percorso formativo di I livello. Il Corso di Laurea in Farmacia diventa una Laurea Magistrale a ciclo unico, quinquennale. Particolarmente importante risulta il decreto del 26 luglio 2007 che, di fatto, *“interviene sia sulla riforma dell’architettura didattica dei corsi universitari prevista nella prima fase del 1999-2001 sia nella nuova applicazione derivante dal decreto ministeriale 270/04”*. Con questo decreto vengono emanate le linee guida per l’istituzione e l’attivazione dei corsi di studio. In particolare, si specificano le principali linee di indirizzo:

- correggere le tendenze negative;
- spostare la competizione dalla quantità alla qualità;
- limitare l’offerta formativa (requisiti minimi e requisiti standard);
- seguire criteri di convergenza nel quadro europeo;
- formulare gli obiettivi formativi in termini di risultati di apprendimento attesi, con riferi-

mento al sistema di descrittori adottato in sede europea (*Descrittori di Dublino*);

- spostare il fuoco dall'insegnamento all'apprendimento;
- favorire la mobilità;
- formulare l'offerta formativa avendo per obiettivo l'accREDITAMENTO dei corsi di studio;
- assicurare a tutti gli studenti dei corsi di Laurea un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali.

I *descrittori di Dublino* sono enunciazioni generali dei risultati conseguiti dagli studenti che hanno conseguito un titolo dopo aver completato un ciclo di studi. Si tratta di cinque "descrittori" che vanno letti in rapporto tra di loro:

- Conoscenza e capacità di comprensione.
- Capacità di applicare conoscenza e comprensione.
- Autonomia di giudizio.
- Abilità comunicative.
- Capacità di apprendimento.

Durante il periodo pandemico, viene resa abilitante la laurea in medicina e nel 2021 diventano abilitanti anche le lauree in Farmacia, Veterinaria, Odontoiatria e Psicologia. Con il decreto Ministeriale nr 1147 del 10/10 2022 si attua la revisione della classe di concorso di laurea magistrale a ciclo unico in Farmacia e farmacia industriale di cui al decreto 16 marzo 2007. Gli obiettivi qualificanti contenuti in questo dispositivo legislativo riguardano essenzialmente la figura del farmacista che è quella di un professionista dell'area sanitaria che, nell'ambito delle sue competenze scientifiche e tecnologiche multidisciplinari (chimiche, biologiche, biochimiche, farmaceutiche, farmacologiche, tossicologiche, legislative e deontologiche) contribuisce al raggiungimento degli obiettivi definiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Viene introdotto, a modifica del percorso di Tirocinio Professionale pre-laurea, il Tirocinio Pratico Valutativo per consentire allo studente l'accesso all'esame finale che darà laurea e abilitazione allo studente. All'interno dello stesso decreto, attraverso la revisione dell'ordinamento del corso di laurea, si realizza l'adeguamento del percorso formativo. Dagli obiettivi qualificanti parte la costruzione del percorso formativo. L'accademia ha interagito con tutti gli attori coinvolti nel processo di revisione (professione, Ministeri dell'Università e della Salute e CUN). Obiettivi: Il professionista diventa il professionista dell'area sanitaria che si occupa non solo del malato ma anche della persona sana. Il percorso formativo si sviluppa su materie di base, necessarie a costruire le fondamenta su cui poggiare le conoscenze e le competenze caratteristiche delle materie caratterizzanti. Il nuovo percorso formativo prevede uno spazio più ampio all'insegnamento delle materie caratterizzanti.

Sbocchi professionali - il percorso formativo è unico con sbocchi professionali diversi:

- Farmacista nelle farmacie e parafarmacie aperte al pubblico e nelle Aziende di distribuzione.
- Farmacista nei Servizi Farmaceutici territoriali del Servizio Sanitario Nazionale, negli Enti regolatori e nelle Aziende Ospedaliere previa acquisizione di specializzazione post laurea.

- Farmacista presso le Industrie e presso le Aziende che svolgono controlli di qualità delle materie prime e del prodotto finito.
- Farmacista ricercatore nelle scienze chimico-farmaceutiche, farmacologiche e tecnologiche normative.

Sempre nella creazione del percorso formativo noi dobbiamo specificare, in ossequio a quanto prevedono le codifiche Istat, quali sono le professioni che vogliamo formare. Quindi formazione comune che comunque prepari gli studenti alle varie attività professionali. In Italia ci sono 36 Corsi di Laurea, di cui 2 che partiranno dal prossimo Anno Accademico. L'offerta formativa è ricca ed ogni Ateneo declina l'offerta formativa in base alle sue caratteristiche culturali e di ricerca.

A seguito di una indagine IPSOS, commissionata da FOFI, è stato possibile rilevare che farmacisti, cittadini e studenti hanno sostanzialmente valutato positivamente la riforma dell'ordinamento del corso di laurea in farmacia.

Quindi, nell'evoluzione del percorso formativo, siamo passati dal

- Farmacista esperto di farmaco al Farmacista al
- Farmacista esperto del farmaco e dei prodotti della salute, al
- Farmacista Esperto del Farmaco e dei Prodotti della salute - erogatore dei servizi, per approdare infine al
- Farmacista Professionista sanitario.

Il percorso di specializzazione in farmacia ospedaliera: attuazione delle norme e obbligo per l'accesso al SSN

Nicola Realdon

La nascita della scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera, avvenuta nel 1977 e della durata di due anni, ha subito una prima importante riforma con il DM 6 settembre 1995, con l'aggiunta di ulteriori insegnamenti articolati in 3 anni. Già nel DL 30 dicembre 1992, n. 502, comma 3, articolo 15 del Titolo V, era stata disposta l'obbligatorietà del possesso del titolo di specializzazione anche per i laureati "non medici", tra i requisiti indispensabili per la partecipazione ai concorsi per i ruoli dirigenziali del SSN. Con successivi interventi di riassetto, riordino e determinazione degli standard che le università devono possedere (DM 1° agosto 2005; D.M. 29 marzo 2006; DI 4 febbraio 2015 n. 68 e D.I. 402/2017) sono stati definiti i criteri di accreditamento e le caratteristiche della rete formativa delle scuole di specializzazione di area sanitaria. Nella specifica tabella per le classi farmaceutiche e per la specializzazione in farmacia ospedaliera, è stato inoltre previsto il raggiungimento di 240 CFU per la durata di quattro anni di corso.

Accanto, quindi, ad una sostanziale equiparazione nella formazione delle scuole di specializzazione mediche a quelle dei farmacisti, si è però generata una disparità, per la mancata erogazione di borse di studio per la categoria di specializzandi dell'area sanitaria non medica, tra questi i farmacisti, che discende da una disattesa applicazione della normativa in vigore.

In particolare, la legge che regola l'erogazione di borse di studio per le scuole di specializzazione in oggetto è la 401/2000 "Norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario" che, all'art. 8, prevede che *"il numero dei laureati appartenenti alle categorie (...) iscrivibili alle scuole di specializzazione post-laurea è determinato ogni tre anni, secondo le modalità previste per i medici dall'art. 35 del d. lgs 368/1999 ferma restando la rilevazione annuale del fabbisogno anche ai fini della ripartizione annuale delle borse di studio nell'ambito delle risorse già previste"*.

Tuttavia, inspiegabilmente, per diversi anni, non sono state attivate scuole di specializzazioni per queste particolari categorie, determinando un vero e proprio blocco nell'area sanitaria, da cui la richiesta della Conferenza dei Rettori (CRUI) di abrogazione dell'art. 8 l. 401/2000 attraverso una mozione rivolta al MIUR il 17 marzo 2017.

In risposta alla richiesta del CRUI, il legislatore, al fine di ovviare al blocco delle scuole di specializzazione, ha emanato la legge n. 89/2016 (di conversione del decreto legge 42/2016 recante *"disposizioni urgenti in materia di funzionalità del sistema scolastico e della ricerca"*) che, all'art. 2 bis, stabilisce che *"nelle more di una definizione organica della materia, le scuole di specializzazione (...) sono attivate in deroga alle disposizioni di cui al comma 1 dell'art. 8 l.*

401/2000” disponendo espressamente che l’attivazione delle Scuole di Specializzazione non dovrà comportare alcun onere economico per lo Stato.

Questa evidente discriminazione fra gli specializzandi medici e gli specializzandi farmacisti, che devono comunque frequentare le strutture della rete formativa a tempo pieno senza alcun intervento economico dello Stato, ha impegnato le regioni e le istituzioni locali a sopprimere con borse di studio, che hanno però riproposto le disomogeneità di intervento già purtroppo note anche per l’assistenza nel SSN. Nonostante queste difficoltà molte scuole di specializzazione hanno applicato con attenzione quanto previsto nelle riforme e agito per mettere in atto le tre principali aree di formazione che possono essere così identificate:

- organizzazione Gestionale e Funzionale (OGF), che costituisce la base per l’esperienza formativa dello specializzando;
- galenica (G), nella quale si definiscono le competenze ad essa riferite nel campo della farmacia clinica e della personalizzazione della terapia, che si integra con il dialogo professionale con medici, infermieri e pazienti;
- clinica e Ricerca (CR), che completa il punto finale del percorso formativo teorico-pratico, acquisendo le competenze cliniche necessarie per gli interventi multiprofessionali.

Nell’area OGF sono ricomprese: le basi per l’organizzazione del Servizio di Farmacia e la logistica, la gestione del *prontuario terapeutico* e la *lettura critica della letteratura scientifica*, la *comunicazione* sia di interfaccia fra amministrazione e personale sanitario, sia in interazione multidisciplinare con quest’ultimo, per garantire il miglior trattamento al minor costo, adottando le idonee *politiche per il farmaco*. Un ruolo peculiare è assegnato alla *vigilanza* e all’*informazione*, sia nell’uso dei medicinali che per l’adozione ed impiego dei dispositivi medici, e alla realizzazione della *continuità assistenziale* ospedale – territorio, anche attraverso la dispensazione delle terapie per utilizzo domiciliare. Sono forniti inoltre i principi per l’applicazione dei sistemi per la *qualità/certificazioni* e delle azioni *ispettive e di vigilanza* per le strutture di competenza.

Nell’area G, sono rivisti i tradizionali metodi della galenica per adattarli alle esigenze ospedaliere e della clinica. Si riaffermano i principi del controllo di galenici magistrali e officinali sterili e non sterili, alla luce di una preparazione sicura e personalizzata per:

- esigenze nutrizionali (es.: *nutrizione artificiale*), che richiedono specifiche nozioni di fisiologia e biochimica e la conoscenza di tecniche di preparazione e stabilità di miscele per nutrizione parenterale;
- *terapia oncologica*, con preparazioni da gestire in sicurezza per gli operatori e i pazienti, che siano integrate, in un contesto multidisciplinare, con la correttezza prescrittiva delle terapie iniettive con quelle orali e ancillari;
- *terapia del dolore* e delle *malattie degenerative* del SNC; per garantire percorsi di terapia individuale e di continuità di cura, specie per le patologie croniche;
- *Radiofarmacia*, sia per la diagnostica che per la terapia, con prodotti che vanno preparati in associazione a radionuclidi a rapido decadimento, per i quali vanno associate sia le tradizionali tecniche di buona preparazione dei medicinali che quelle legate alla fisica delle particelle.

La CR indirizza ai percorsi più innovativi della professione con attività di *pharmaceutical care* per i singoli pazienti, mentre è esaltato il ruolo di controllo generale nell'uso dei farmaci e dispositivi. Non si tratta solo di valutare l'uso di singoli prodotti ma anche di tecnologie (HTA) e di guardare al paziente in modo olistico e multidisciplinare. La *farmacoterapia* è stata introdotta come processo condiviso con i curanti, insieme alla diagnostica e la conoscenza delle patologie da cui è affetto il paziente. L'insegnamento della *farmacocinetica*, della *farmacogenomica* e della prevenzione delle reazioni avverse garantisce sicurezza ed efficacia della terapia. Sono previsti insegnamenti specifici relativi alle *infezioni ospedaliere*, all'*assistenza farmaceutica* in ospedale e nel territorio, alla *farmacoepidemiologia*, alla *farmacoeconomia*, alla *sperimentazione clinica* di farmaci e di dispositivi medici, alla prevenzione del *rischio clinico*, al *counselling* e all'*etica* dei trattamenti. La *ricerca* è affrontata sia come assistenza alla sperimentazione clinica, sia come studi promossi dagli stessi studenti, in collaborazione con i tutor.

Conclusioni

In conclusione, volendo indicare un nuovo modello per la specializzazione, senza entrare ora nel dibattito, già in essere, sul possibile cambiamento del nome da "*farmacia ospedaliera*" in "*farmacia clinica*", si ritiene necessario un cambio strutturale dell'organizzazione universitaria e ospedaliera della formazione specialistica a partire da ulteriori percorsi formativi in ambito clinico con il coinvolgimento dei professionisti del SSN nell'insegnamento, attraverso una decisa azione di *formazione dei tutor* e dei docenti non universitari per rendere omogenei gli interventi formativi. In questo contesto di possibile, auspicabile, cambio strutturale deve essere efficace la competente azione ordinistica da parte della FOFI, nell'ottica di una compiuta sinergia istituzionale.

I bisogni formativi del farmacista SSN: modelli da portare a sistema: il modello formativo in farmacia clinica e ricerca

Francesca Venturini

Nel dibattito aperto sulla formazione, le società scientifiche, ed in particolare SIFaCT, hanno un ruolo fondamentale nel definire il significato e le competenze del farmacista clinico.

Mutuando dalle attività indicate dalla *European Association of Hospital Pharmacists* (EAHP) e rielaborate dalla nostra società in un contesto italiano, la farmacia clinica è intesa come un settore della professione nel quale il farmacista fornisce assistenza diretta al paziente, con l'obiettivo di ottimizzare la terapia e favorire la salute, il benessere e la prevenzione delle malattie.

Il farmacista clinico è dunque un professionista esperto in specifiche aree terapeutiche, che condivide con gli altri professionisti sanitari la responsabilità finale dell'assistenza al paziente.

I principi su cui si basa la farmacia clinica sono pertanto:

- la conoscenza delle terapie (intese come l'uso di farmaci, dispositivi medici e diagnostici) ottenuta con una formazione di base nel contesto clinico di riferimento;
- la pratica professionale del farmacista basata sulle evidenze (*evidence-based clinical pharmacy*) e sull'aggiornamento continuo;
- la presa in carico, per la parte di competenza, dell'assistenza al paziente, con responsabilità e ruolo ben definito nel team assistenziale;
- la leadership nel campo dell'informazione agli altri operatori sanitari e di counselling condiviso per i pazienti, sull'uso sicuro, appropriato e costo-efficace dei farmaci e delle altre strategie terapeutiche;
- la produzione di dati originali sugli effetti di questi interventi, specie per modelli organizzativi innovativi;
- la conoscenza della metodologia della ricerca clinica.

L'esperienza maturata negli ultimi anni ha reso evidente quali siano le competenze necessarie per assumere questo ruolo, che sono riportate sinotticamente nella tabella sottostante.

Dobbiamo tuttavia sottolineare che le competenze tecniche, seppur molto importanti e che nel tempo ci hanno avvicinato alla terapia del singolo paziente, sono elementi di processo, e non ci avvicinano alle reali esigenze cliniche del paziente.

Dobbiamo quindi andare oltre.

Conoscenza tecnica (legislativa)

- regime di fornitura e rimborsabilità del farmaco
- registri AIFA/PT/Schede Prescrittive
- norme nazionali e locali relative alla distribuzione diretta dei farmaci (Legge 405/2001)
- prontuario Terapeutico locale
- raccomandazioni Ministeriali relative alla prevenzione del rischio farmacologico
- indicazioni regionali sulla prescrivibilità (es. centri autorizzati), Linee di indirizzo, PDTA
- norme nazionali e locali per l'impiego di farmaci off-label, in protocolli di sperimentazione clinica/uso compassionevole, farmaci esteri, farmaci stupefacenti

Conoscenze tecniche (di organizzazione sanitaria)

- erogazione delle prestazioni nel SSN per modalità di ricovero, ambulatorio, *day hospital*, residenze assistenziali protette, assistenza domiciliare e relative modalità di transizioni di cura

Conoscenze tecniche (documentali)

- saper utilizzare gli strumenti di registrazione (cartacei o informatizzati) della terapia farmacologica, quali la cartella clinica, il foglio unico di terapia, la lettera di dimissione, i referti del Pronto Soccorso, i referti diagnostici, il Fascicolo Sanitario Elettronico, i sistemi di segnalazione di *incident reporting*/ eventi sentinella/ ADR

Competenze Cliniche (specifiche per patologia e paziente):

- obiettivi di cura
- presenza di comorbidità e complicanze quali, ad es., insufficienza renale/ epatica o di sfagie
- particolari esigenze nutrizionali (es.: nutrizione artificiale)
- livello di autonomia del paziente
- presenza di cateterismo (es.: urinario/ venoso) o di medicazioni speciali (es.: stomie)

Conoscenze Tecniche farmacologiche:

- indicazioni, posologia e modalità di somministrazione per i farmaci in uso
- ADR, Controindicazioni e interazioni (farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-prodotti complementari/alternativi)
- effetti in gravidanza e allattamento
- utilizzo in popolazioni speciali (es. paziente pediatrico)
- allestimenti galenici, compresa la possibilità di alterare le forme farmaceutiche commerciali (es.: per os)
- modalità di sospensione/ ripresa della terapia
- costi di terapia delle eventuali opzioni terapeutiche disponibili
- strumenti per la valutazione e il monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica (es. criteri di Start/Stop, Beers, etc.)
- aderenza e persistenza alla terapia del paziente
- rischio di errore nella terapia farmacologica

Tecniche di comunicazione:

- ricognizione e proposte di riconciliazione terapeutica rivolte al medico, al paziente e/o ai *caregiver*

Quello che risulta necessario è una conoscenza approfondita, per ogni area clinica, della patologia e della relativa farmacoterapia. La American College of Clinical Pharmacy propone un *Pharmacotherapy Self Assessment Program* (PSAP) per raggiungere queste abilità. È chiaro quanto sia necessario un alto grado di specializzazione, in analogia a quanto avviene per i medici. Oltre alle componenti tecniche peculiari della professione, si devono infatti padroneggiare: indicazioni, farmacocinetica, farmacodinamica, selezione personalizzata del trattamento farmacologico (saper interpretare segni, sintomi e diagnostica) in fase di avvio e in *follow up*. Fondamentale è l'aggiornamento attraverso la letteratura di riferimento, che va interpretata per rilevanza e generalizzabilità dei dati. I suggerimenti di modifica di una terapia devono inoltre tener conto delle transizioni di cura (es.: ospedale /territorio), con una capacità tecnica di comunicazione delle informazioni sia verso il medico che il paziente.

Nel curriculum formativo universitario, pur essendo presenti molte delle parole chiave che riconducono alla farmacia clinica, nella pratica molti aspetti rimangono disattesi, ed è difficile garantire una formazione così ampia ai farmacisti che operano nel SSN.

SIFaCT ha quindi attivato un “progetto di programma formativo”, anche in collaborazione con i direttori delle scuole di specializzazione in Farmacia Ospedaliera, con l'obiettivo di costruire un programma formativo permanente per il farmacista SSN per lo svolgimento di attività professionale e di ricerca in ambito di farmacia clinica. Il primo output di progetto è stato la mappatura di tutte le attività formative offerte dalla società scientifica gratuitamente ai soci, sia in termini di contenuti che di metodi, raccogliendone i principi nell'ambito di un “*Compendio formativo in Farmacia Clinica SIFaCT*”. Dal punto di vista dei metodi formativi è emerso che la formazione anche universitaria necessita di un aggiornamento in termini di:

- format: ad esempio con un indirizzo maggiormente clinico nell'ultimo biennio del corso di laurea;
- contenuti: da materie “tradizionali” a contenuti clinici;
- metodologia formativa: utilizzando una metodologia interattiva, interprofessionale, professionalizzante con la costruzione di un “portfolio di evidenze dello studente”.

Con una visione prospettica, invece, si sta procedendo a produrre una formazione di base in farmacia clinica su riconciliazione farmacologica e *deprescribing*, che possa costituire anche il prerequisito formativo per la partecipazione a progetti multicentrici sulla misurazione di specifici interventi sul campo del farmacista clinico, e una formazione avanzata su specifiche aree terapeutiche.

L'altro ambito formativo necessario per la farmacia clinica è la ricerca. Nel curriculum formativo, il farmacista deve essere esposto ad insegnamenti che lo rendano indipendente nella capacità di rispondere a quesiti di ricerca, fra cui vi siano anche materiali e metodi per condurre studi per dimostrare il valore aggiunto degli interventi e delle attività del farmacista, la cosiddetta “*pharmacy practice research*”. Il contributo della società scientifica in questo ambito è quello di portare avanti ricerche che abbiano due tipologie di obiettivi paralleli: gli obiettivi clinici che rispondono ai quesiti della ricerca; e obiettivi metodologico-educativi. In questi ultimi la ricerca diventa una base per imparare a farla, e questo viene ulteriormente massimizzato facendo partecipare un numero elevato di giovani, principalmente specializzandi. In ogni progetto, che per definizione è multicentrico, vengono creati gruppi di lavoro ad hoc, con compiti specifici: sottomissione del protocollo al Comitato Etico, definizione della

scheda raccolta dati, comunicazione del progetto, elaborazione dati, scrittura dell'articolo, per citarne alcuni. La partecipazione ai singoli gruppi di lavoro costituisce per i singoli giovani un momento formativo in quello specifico ambito, che va ad arricchire il bagaglio delle conoscenze per esperienze future.

È chiaro che il contributo di una società scientifica deve essere di stimolo e di esempio. Ci si aspetta che questi modelli formativi, una volta testati e dimostrati efficaci, vengano portati a sistema dall'università e dalle istituzioni.

MESSAGGI CHIAVE DELLA SESSIONE PRIMA

I moderatori, rilevate le attuali modalità formative e le criticità normative che sono state descritte dai relatori, propongono una riflessione sui seguenti quattro punti:

- A) Una modifica/integrazione del corso di laurea in farmacia prevedendo l'acquisizione di crediti ad indirizzo clinico, attraverso la frequenza di strutture in Italia e all'estero (es.: programma ERASMUS) nelle quali si eserciti la pratica di farmacia clinica, da valutare anche per l'accesso alle specifiche scuole di specializzazione. Le strutture convenzionate a tale scopo devono garantire la presenza di docenti clinici e farmacisti specialisti, in possesso di requisiti specifici di esperienza nelle linee di attività farmaco-terapeutiche e di governance clinica.
- B) L'attivazione di corsi di formazione abilitanti (corsi di perfezionamento, master e dottorati) per il reclutamento del personale docente farmacista in possesso di specifica esperienza professionale. Prevedere inoltre che il personale farmacista specialista docente possa accedere alla carriera universitaria e, in analogia ad altre professioni sanitarie, assuma ruoli di dirigenza nel SSN.
- C) La trasformazione della specializzazione da *farmacia ospedaliera* in *farmacia clinica (nomen omen)*, con l'obbligo per i discenti in formazione di accedere, per la pratica clinica, a centri che, in Italia e all'estero, siano formalmente certificati e convenzionati, in ambito ospedaliero e/o territoriale, nel SSN di appartenenza. A tale proposito è già previsto, nel punto 11 dell'art 2 del DI 4 feb 2015 n. 68 che *“durante il percorso formativo lo specializzando potrà svolgere attività presso istituzioni estere per una durata massima di 18 mesi”*. Durante la frequenza della scuola, come avviene per le specializzazioni mediche, dovrà essere corrisposta una adeguata borsa di studio universitaria.
- D) Una modifica normativa, attraverso una specifica legge che aggiorni/integri il DPR 128 e lo renda più coerente con le mutate condizioni di lavoro nel SSN e le implementazioni delle numerose nuove linee di attività così come acquisite grazie ad una specifica formazione in farmacia clinica e negli indirizzi di *pharmaceutical care*. Come messo in evidenza da una delle relazioni sulla storia della farmacia ospedaliera, si tratta infatti di riportare la centralità del paziente nella pratica professionale, già in atto in un lontano passato.

LA FARMACIA OSPEDALIERA VERSO LA FARMACIA CLINICA

“Al farmacista è fatto obbligo di seguire il medico nelle visite ai ricoverati e inoltre... farà anche altre visite in ogni giorno per osservare il male degli infermi più aggravati ed il bisogno che repentinamente potessero avere”.

*Ospedale Maggiore della SS Annunziata di Savigliano (Cuneo)
Regolamento 1762*

Moderano:

Giulia Dusi e Paolo Serra

Premessa

Questo antico regolamento ospedaliero fornisce un chiaro esempio di come l'esercizio della farmacia clinica non sia una novità recente e quanto sia necessario recuperare questo ruolo per i farmacisti ospedalieri. Come già descritto nelle relazioni sulla formazione, il percorso di studi del farmacista dirigente del SSN si compone di 5 anni di laurea cui si sommano ulteriori 4 di specializzazione, collocata in Area Sanitaria e normata dal DM 68/2015, il medesimo delle specializzazioni mediche. Si caratterizza per numerosi esami “clinicizzanti” fra i quali medicina interna, oncologia medica, microbiologia clinica, patologia generale, solo per citarne alcuni. Gli ambiti specifici della professione sono inquadrati normativamente dal DPR 128 del 1969, decreto che si colloca ormai in un periodo storicamente e culturalmente distante. Le congruenze fra normativa e professione si sono progressivamente allontanate e oggi è fortemente sentita la necessità di un aggiornamento legislativo che prenda atto dell'evoluzione della Professione farmaceutica nel duplice aspetto regolatorio ed assistenziale.

La sessione della Farmacia Ospedaliera verso la Farmacia Clinica è stata modulata articolando numerose relazioni, che, alternando scenari esplorativi e attività consolidate, daranno un quadro generale della professione del farmacista ospedaliero ad oggi.

L'organigramma "tipo" di una farmacia ospedaliera in Italia

Alessandra Stancari

Premessa

In questi ultimi decenni le attività farmaceutiche svolte all'interno degli ospedali sono state oggetto di importanti cambiamenti, che hanno prodotto un'evoluzione significativa delle attività, competenze e responsabilità del farmacista ospedaliero orientate sempre più verso una dimensione specialistica e rivolta agli aspetti clinici, rispetto a quanto definito dalla prima e principale norma in materia, tuttora vigente in Italia, il DPR 27 marzo 1969, n. 128, art. 22. La spinta al cambiamento professionale arriva anche dal rapido e continuo progresso scientifico e tecnologico e dell'innovazione diagnostica e terapeutica che porta allo sviluppo di una sempre maggiore specializzazione e complessità del sistema, alla disponibilità di terapie sempre più avanzate e personalizzate, che pongono nuovi scenari assistenziali e traguardi di cura.

La relazione presenta un esempio e un modello di riorganizzazione delle attività e delle risorse di una farmacia ospedaliera in risposta alle esigenze di un grande ospedale, azienda ospedaliero-universitaria pubblica con riconoscimento IRCCS (da settembre 2020). Il Policlinico Sant'Orsola di Bologna, dotato di più di 1500 posti letto, 32 padiglioni, 87 UO ricomprese in 13 Dipartimenti (DAI) che garantiscono l'integrazione di funzioni di assistenza, didattica e ricerca, rappresenta un ospedale ad alta specializzazione e complessità, centro di riferimento regionale e di eccellenza nazionale per diverse aree e discipline (es. trapianti d'organo, cardiocirurgia, cardiologia interventistica, malattie rare e dell'età evolutiva, screening neonatale, genetica medica, emergenze microbiologiche, malattie infiammatorie intestinali, terapie avanzate CART, ecc.).

Analisi del modello

Il modello organizzativo aziendale per patologie/percorsi per intensità di cura (nuovi DAI) e la nuova mission dell'IRCCS AOU BO finalizzata allo sviluppo della ricerca clinica/traslazionale e dell'innovazione, in un contesto di politica sanitaria regionale orientata a promuovere l'integrazione tra le ASL e AO nell'area metropolitana di Bologna, ha comportato una revisione anche dell'assetto organizzativo dell'Area farmaceutica con l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e della Farmacia Clinica, attivando in parallelo lo sviluppo di attività e competenze tecnico-farmaceutiche specialistiche nell'ambito di aree specifiche in una logica di massima integrazione organizzativo/gestionale con l'obiettivo di affrontare la complessità, sviluppare multidisciplinarietà e trasversalità degli interventi favorendo il dialogo tra i professionisti.

L'UOC Farmacia Clinica dell'AOU BO presenta in organigramma 5 Aree specialistiche di governo dell'appropriatezza, efficacia e sicurezza degli interventi terapeutici in particolari ambiti clinici con elevato grado di complessità e significato strategico:

1. oncologia e oncoematologia;
2. medicina specialistica e della continuità assistenziale;
3. malattie infettive e infezioni correlate all'assistenza (ICA);
4. chirurgia e diagnostica;
5. sperimentazione e ricerca (*Investigational Drug Service-IDS*).

A queste si aggiunge un'area trasversale di produzione dei medicinali in forte evoluzione dalla galenica tradizionale, in particolare rivolta all'ambito pediatrico anche domiciliare, ad una galenica di *compounding* più complessa, di forte impatto clinico e altamente specializzata. L'area comprende diversi laboratori centralizzati a norma NBP/Annex 1 GMP, dedicati a diverse linee di produzione specifiche, sterili e non, per garantire il rispetto di obblighi normativi e requisiti di qualità e sicurezza. La produzione complessiva annuale è di circa 291.000 preparazioni, di cui n. 89.000 preparazioni iniettabili personalizzate sterili (terapie antitumorali, miscele nutrizionali in particolare pediatriche, neonatali e per il paziente adulto critico, antimicrobici, medicinali sperimentali, ecc..).

La dotazione organica del servizio negli anni si è notevolmente ampliata, ad oggi conta 81 unità totali e comprende diverse figure professionali dal farmacista dirigente (31 unità), farmacista in formazione specialistica/borsisti/tirocinanti pre-laurea (24) in convenzione con diverse università, al TLSB (12 unità) all'operatore tecnico di farmacia/operatore socio sanitario (19 unità) e personale amministrativo.

Nell'ambito delle diverse aree vengono svolte dal farmacista attività di governo clinico dei farmaci e dei DM, in particolare per farmaci e tecnologie ad alto costo e terapie innovative, gestione dei prontuari e repertori specifici, controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni e accessibilità al farmaco, collaborazione e interazione con i clinici e altri professionisti nell'ambito di commissioni, team e gruppi di lavoro multidisciplinari per la condivisione di scelte terapeutiche, obiettivi/indicatori per valutazioni di esito e analisi costo-opportunità e rischio-beneficio vs standard e raccomandazioni.

Il farmacista ricopre un ruolo privilegiato anche nel rapporto con il paziente nella distribuzione diretta dei farmaci in dimissione per la continuità assistenziale (L.405/2001) da ricovero o da visita specialistica e presa in carico di pz cronici (3 ambulatori con una media di > 400 accessi totali/die), durante la quale il farmacista esercita attività di consulenza, informazione, aderenza e vigilanza sulla terapia. Nella continuità ospedale-territorio partecipa a programmi interaziendali di governo del farmaco con azioni mirate all'appropriatezza e al contenimento della spesa su aree terapeutiche di forte impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata, progetti di polifarmacoterapia, ricognizione e riconciliazione.

Nell'ambito delle terapie antiretrovirali per HIV si colloca anche la collaborazione attiva con i clinici e il supporto del farmacista di reparto presso l'Ambulatorio su area metropolitana dedicato alle Malattie infettive, che è riferimento per l'erogazione delle terapie e il monitoraggio dell'aderenza e sicurezza. Il farmacista partecipa inoltre alle attività aziendali per la ge-

stione del rischio infettivo, a programmi di *Stewardship* antimicrobica, collabora attivamente nel gruppo interaziendale, controllo e monitoraggio prescrizioni di antibiotici e antimicrobici, gestione e aggiornamento protocolli di profilassi antibiotica. Un'attività trasversale a tutte le aree è quella della Farmaco e dispositivo vigilanza e sicurezza delle cure, attraverso la promozione e sensibilizzazione alle attività di segnalazione ADR e incidenti come farmacista facilitatore, con lo sviluppo di progetti specifici, diffusione raccomandazioni e gestione flussi e note informative regionali/ministeriali/AIFA.

Una nuova area è quella della Ricerca clinica, istituita nel 2008, per supportare e collaborare con i clinici nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e usi compassionevoli, in forte incremento (>450 studi nel 2022) per cui l'ospedale è ai primi posti a livello nazionale, per la gestione delle attività previste dalle GCP, a garanzia della tracciabilità, corretta conservazione dei campioni e allestimento dei farmaci sperimentali e altre specifiche attività farmaceutiche, dalla partecipazione alle visite di qualifica, inizio studio e di monitoraggio degli studi sponsorizzati, audit, ispezioni Aifa anche ai fini dell'accreditamento per la fase 1 (n. 24 studi nel 2022), alla gestione della farmacovigilanza in *Eudravigilance* per gli studi no profit, valutazione economica per acquisto farmaci non forniti dallo sponsor, interazione con gli sperimentatori, study coordinator, sponsor/CRO, segreteria del CE, gestione sistema qualità della fase 1, ecc.

Un altro settore in forte espansione e correlato all'introduzione di nuove tecnologie e materiali è rappresentato dall'area chirurgica e diagnostica, con prestazioni altamente specialistiche es. cardiocirurgia, chirurgia endovascolare, chirurgia protesica, radiologia interventistica, trapiantologia e chirurgia robotica, ecc. Il farmacista è chiamato ad ampliare le proprie conoscenze e competenze per gestire DM sempre più complessi e sofisticati con una eterogeneità di prodotti nelle fasi di approvvigionamento, partecipazione a gruppi di lavoro e commissioni tecniche, gestione del repertorio, valutazione di nuove introduzioni e dell'innovazione tecnologica verso la sostenibilità economica, monitoraggi consumi e costi tramite indicatori di attività/complessità assistenziali.

Dato l'incremento significativo di risorse economiche da gestire (>230 mln di euro di spesa farmaceutica nel 2022) e il crescente trend di spesa per farmaci e DM diventa sempre più strategico il governo delle risorse, dell'innovazione e dell'impatto economico delle scelte per l'efficienza del sistema a diversi livelli (istituzionale, regionale, aziendale). Il farmacista ha un ruolo determinante nella raccolta, analisi e monitoraggio dei dati di consumi e spesa, ricopre un ruolo trasversale tra direzione strategica e assistenza e collabora nei processi decisionali a supporto di scelte rilevanti sull'assegnazione delle risorse, per suggerire obiettivi e azioni di indirizzo per il governo e la razionalizzazione delle risorse, gestione del budget, segnalazione criticità e azioni di miglioramento.

Conclusioni

Nel corso degli anni si sono profondamente modificate e ampliate le linee di attività del farmacista ospedaliero, che è divenuta una figura strategica nell'ambito del SSN con nuove competenze e responsabilità (tecnico-professionali, organizzativo gestionali e cliniche), che coprono un range vastissimo di attività con importanti riflessi sui livelli di qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza terapeutica della razionalizzazione delle risorse. Tale evoluzione non è

stata però accompagnata e supportata da una necessaria revisione delle norme legislative per il riconoscimento delle nuove funzioni e attività svolte, che richiedono contemporaneamente una specifica formazione e alta specializzazione, in collaborazione e stretta connessione con l'università e le società scientifiche per una revisione del percorso formativo universitario di base e post-laurea.

La farmacia clinica in Italia: modelli da portare a sistema: i presupposti ed il contesto

Annalisa Gasco

Premessa

L'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino (AOOM) è un ospedale multi-specialistico ad alta complessità di cura dotato di 473 posti letto, articolati in 4 dipartimenti. Vanta un adeguato organico di medici ed infermieri, e dei dirigenti sanitari non medici, ben 15 su 23 sono farmacisti. L'investimento in risorse-farmacista è stata una diretta conseguenza dei bisogni di salute che i LEA devono garantire ad una popolazione sempre più anziana ed in un contesto sanitario sempre più complesso e tecnologicamente avanzato.

L'Azienda per coniugare il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza con la sua sostenibilità ha puntato e investito nel *teamworking*, anche per quanto riguarda la *governance* delle terapie farmacologiche e interventistiche con dispositivi medici, nell'ambito della quale il farmacista è chiamato a dare il proprio contributo come attore strategico. Per coniugare queste dinamiche la farmacia ospedaliera ha progressivamente modificato il proprio assetto organizzativo che oggi le consente di accostare alle attività più tradizionali di *Drug Management* (gestione della supply chain dei materiali, del budget, monitoraggio e reporting), svolte all'interno della Farmacia Centrale, attività di *Care Management*, afferenti alla Farmacia Clinica, che affondano le radici nelle discipline della *Clinical Pharmacy (CP)* e della *Pharmaceutical Care (PC)*. Il Farmacista, nel ruolo di Care Manager, lavora all'interno delle equipe cliniche che operano nei dipartimenti/reparti, e più in generale in tutti i gruppi aziendali dedicati al Therapy management e in cui è possibile attuare la *Clinical Governance* dei percorsi di cura.

Analisi del modello

L'innovazione tecnologica (digitalizzazione e automazione) applicata alla *supply chain* dei materiali e alla galenica clinica oncologica hanno consentito nel tempo di rendere efficienti i processi tradizionali, che oggi vengono gestiti da un numero limitato di dirigenti, e di sollevare i farmacisti da attività ripetitive e scarsamente professionalizzanti, per dedicarli ad ambiti di più alto valore. Il farmacista, uscendo da una farmacia centrale tecnologicamente avanzata e rivisitata nei processi, recupera la dimensione clinica della professione, più coerente con il proprio percorso universitario e specialistico, e si proietta in una più autorevole e responsabile assistenza del malato. Nei dipartimenti, all'interno dei reparti, nei Gruppi Interdisciplinari di Cura, il Farmacista Clinico accorcia le distanze con il medico, instaurando un rapporto di reciproca consulenza resa sul campo rispetto alla singola patologia/caso clinico e apre un

dialogo che consente di operare scelte mirate nell'interesse del paziente, all'interno di un percorso di qualità e sostenibilità che diventa comune. Nelle *Transition of Care (TOC)*, consolida il rapporto con il paziente, attraverso attività di *empowerment* e di *engagement* (Ricognizione e Riconciliazione Terapeutica (RRT), *Medication Review (MR)*, Educazione Terapeutica e Follow-up Terapeutico), svolte sia in presenza, che da remoto attraverso la *telefarmacia*, che migliorano la comprensione, l'aderenza e la compliance alle terapie, riducendo gli sprechi. I Farmacisti Clinici con l'andar del tempo si specializzano nel contesto di appartenenza proprio come i medici, parlano la loro stessa lingua usano i loro stessi farmaci affrontano i loro stessi casi clinici, ma tra loro fanno rete in modo da supportarsi reciprocamente su problematiche particolari di tipo farmacologico, clinico e interventistiche con dispositivi medici, che esulano dalla loro quotidianità e progressiva e inevitabile specializzazione.

Il modello sposta la *governance* delle terapie farmacologiche e interventistiche con dispositivi medici verso la periferia, spingendola, quando necessario, fino al letto del paziente, e promuove e favorisce un approccio multidisciplinare all'*appropriatezza prescrittiva*, che è sempre meno attuato retrospettivamente e sempre di più realizzato all'atto prescrittivo. Nei team in cui lavora, il Farmacista assume una responsabilità diretta e non derogabile all'interno del percorso di cura.

Per alcune prestazioni:

- follow up dei trattamenti con controllo di aderenza terapeutica e del percorso di cura sia ospedaliero che in continuità ospedale territorio; in relazione al trattamento in post-dimissione, si identificano le eventuali criticità (es. stato sociale, disfagie), e si interviene per educare, addestrare e consigliare il paziente alla corretta gestione della terapia;
- ricognizione e riconciliazione terapeutica, sia per evitare errori di terapia non intenzionali, sia per rilevare potenziali reazioni avverse, eventi sentinella o interazioni farmaco-farmaco, farmaco - CAM, farmaco-stili di vita (alimentazione, abitudini voluttuarie etc.); in questo ambito sono seguiti anche i pazienti con malattie rare o inseriti in sperimentazioni cliniche o in trattamento con medicinali non ancora approvati per uno specifico impiego (es.: off-label).

La responsabilità non è solo professata, ma riconosciuta e rendicontata oggettivamente attraverso un referto inserito all'interno della cartella clinica. La Farmacia Centrale e la Farmacia Clinica operano all'unisono e in una logica di massima integrazione tra loro e con tutte le strutture amministrative e cliniche, promuovendo all'interno dell'Azienda un profilo a tutto tondo del Farmacista Ospedaliero e massimizzando le potenzialità e gli impatti della professione.

Conclusioni

In Italia, le discipline della CP e PC non rientrano nel percorso accademico istituzionale. Per questo il modello descritto ha assunto progressivamente anche le funzioni di "Contenitore Formativo" per i giovani laureati che scelgono nell'ambito della specialistica un profilo clinico. Il Farmacista in formazione (specializzando, tesista, stagista, *erasmus...*) affianca dunque il Farmacista «esperto», maturando nel tempo una grande esperienza nel profilo in oggetto, fino ad arrivare a lavorare in modo pressoché autonomo e diventando anch'egli una figura di

riferimento per i pazienti e parte attiva nella discussione con i Clinici. Molti sono i gap che separano il modello organizzativo attuato presso la Farmacia Ospedaliera dell'AOOM dalla normativa che regola a livello nazionale la professione (DPR 128/69) e che rendono così rara negli ospedali l'applicazione di indirizzi clinici per il farmacista del SSN. Quotidianamente i Farmacisti Ospedalieri provano a colmarli, per etica professionale, nell'interesse dei pazienti, sempre più complessi, anziani e affetti da comorbidità. Ma è più che mai necessaria una normativa nazionale che riconosca il ruolo strategico che i farmacisti svolgono nei percorsi cura e all'interno del SSN e che li supporti e li tuteli nello svolgimento di attività che oggi si configurano come prestazioni essenziali.

La ricognizione - riconciliazione farmacologica e la *medication review* - le applicazioni

Il modello in oncologia

Vera Damuzzo

Premessa

In questo modello si dimostra come l'attività di farmacia clinica nel Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto (TV), un centro minore (*spoke*) all'interno delle reti ospedaliere oncologiche, può offrire importanti servizi ai pazienti. La consulenza (*counselling*) rivolta al paziente con patologia tumorale e l'informazione fornita al medico oncologo ha prodotto soddisfazione dell'utenza e favorito il lavoro multidisciplinare

Analisi del modello

Una volta eseguita la diagnosi e definito il piano terapeutico iniziale dell'oncologo, il paziente incontra il farmacista per l'erogazione del primo ciclo di terapia. In quell'occasione il farmacista esegue un'anamnesi farmacologica che riporta in cartella clinica, registrando sia i farmaci assunti che eventuali terapie complementari e alternative (CAM). Durante il counselling il paziente riceve una scheda/farmaco che riporta, con un linguaggio semplificato, posologia, modalità di assunzione della terapia, indicazioni per la gestione domiciliare delle reazioni avverse, interazioni con il cibo. Il *counselling* è anche un'occasione per raccogliere i quesiti dei pazienti, rilevare i loro bisogni assistenziali non ancora risolti e cercare di risolverli segnalando la criticità al professionista sanitario appropriato (medico oncologo, infermiere, psicologo). Al termine del *counselling* viene riportata in cartella clinica una scheda di consulenza contenente: ricognizione della terapia ed eventuale riconciliazione effettuata dal medico oncologo, interazioni tra farmaci (farmacocinetiche e farmacodinamiche), interazioni con CAM, interazioni farmaco-malattia e un breve riassunto delle eventuali criticità emerse durante il colloquio. Per alcuni pazienti l'oncologo richiede una consulenza pre-decisione terapeutica, in molti casi rivolta a verificare il profilo di interazione tra la terapia proposta e quella assunta cronicamente dal paziente, migliorare l'adesione alla terapia, dare indicazioni per la manipolazione di forme farmaceutiche o favorire l'accesso al farmaco. Infine, il farmacista mette a disposizione le proprie competenze anche durante la discussione multidisciplinare dei casi clinici. Da marzo 2021 ad aprile 2023 sono stati seguiti in counselling 176 pazienti: 90 donne

e 86 uomini, età mediana: 68 anni (IQR: 59-77), che assumevano una mediana di 4 farmaci in terapia cronica (IQR 2-6) fino a un massimo di 15 farmaci. I pazienti attualmente seguiti attraverso il servizio di *counselling* sono quelli che ricevono una terapia antineoplastica per via orale non chemioterapica (ad esempio inibitori CDK4/6, inibitori di androgeni, inibitori tirosin-chinasici, PARP-inibitori). In 105 pazienti si è riscontrata almeno una interazione farmacocinetica severa (media:2, min 1; max 5). In 25 pazienti si sono riscontrate interazioni farmacodinamiche principalmente attribuibili ad un effetto additivo di prolungamento del QT (10 casi), ad un potenziale effetto ipertensivo (5 pazienti) e un effetto additivo tra reazioni avverse da farmaci combinati (7 casi). Le principali misure di intervento sono state istituire uno stretto monitoraggio clinico, soprattutto per effetti di sovradosaggio, monitoraggio dei parametri ematochimici, della coagulazione e funzionalità cardiaca. In alcuni casi è stato necessario l'invio ad altro specialista di riferimento o al MMG. Sono stati inoltre educati i pazienti a riportare tempestivamente segni e sintomi conseguenti alle potenziali interazioni.

Conclusioni

I risultati ottenuti (inserimento della consulenza in cartella clinica, frequenza delle richieste di consulenza dei medici, contatti con altri specialisti e MMG) sono propedeutici ad ampliare il servizio anche a pazienti in terapia con farmaci infusionali o chemioterapie orali. Il modello sperimentale potrebbe essere applicato per definire sistemi standardizzati di *counselling* anche in realtà più ampie.

Questo servizio sta cercando di creare una standardizzazione dei contenuti attraverso un progetto a carattere nazionale in collaborazione con SIFaCT, denominato Scenario (Standard di ConsulENZA fARmacologica In Oncologia e oncoematologia). Questo progetto mira a raggiungere un consenso nazionale tra farmacisti di area oncologica/ oncoematologica per adottare un modello standard per le attività di consulenza al medico e counselling al paziente.

Il modello in pediatria e chirurgia

Daniele Mengato

Premessa

Il modello di Farmacia Clinica qui proposto è stato implementato in due diversi ambiti clinici dell'Azienda Ospedale Università Padova: il servizio di Cure Palliative Pediatriche e il Pre-ricovero Chirurgico. Entrambi gli ambiti presentano delle peculiarità cliniche ed organizzative che hanno fatto sì che fossero scelti come setting d'avvio di attività di revisione farmacologica.

Analisi del modello

I presupposti che hanno portato all'attivazione del modello si possono riassumere in quattro ambiti: una popolazione contraddistinta da una complessa gestione farmacologica (polifarmacoterapia, regimi complessi, necessità di dosi personalizzate); un setting aperto alla col-

laborazione multidisciplinare e con necessità di confronto continuo in ambito farmaceutico; l'allocazione di risorse che permettano la sostenibilità del progetto stesso e la formazione in ambito di Farmacia Clinica. I due modelli di *medication review* proposti soddisfano tutti questi requisiti e sono nati in collaborazione con il Servizio di Cure Palliative Pediatriche, dopo confronto con i clinici, e con il Servizio di Prericovero Chirurgico, a seguito di collaborazione con il personale infermieristico e medico. Per entrambi i modelli è stata elaborata una scheda di *medication review* che consente al farmacista di raccogliere, dopo colloquio col paziente/caregiver e la valutazione della documentazione clinica, la *Best Possible Medication History* (BPMH), valutare il carico farmacologico e predisporre una proposta di riconciliazione farmacologica condivisa con il prescrittore. I due percorsi si differenziano per le modalità di individuazione dei pazienti candidabili (richiesta del clinico ad hoc per l'ambito pediatrico, tutti i pazienti con intervento chirurgico programmato per il l'ambito chirurgico) e il grado di dettaglio dell'intervento (ricognizione e riconciliazione con discussione del caso clinico per l'Hospice, raccolta della BPMH e condivisione con l'anestesista per il Prericovero). I due progetti sono parte effettiva della pratica quotidiana del farmacista da circa sei mesi, periodo nel quale sono stati valutati oltre 30 pazienti in ambito pediatrico e più di 160 in ambito pre-chirurgico. Da un punto di vista di rendicontazione e riconoscimento dell'attività, tutte le consulenze e le schede di *medication review* elaborate vengono effettivamente refertate dal farmacista e rese disponibili direttamente nella cartella clinica informatizzata del paziente.

Conclusioni

I due modelli proposti si sono rilevati essere efficaci nell'individuare potenziali prescrizioni inappropriate e, di conseguenza, nell'evitare possibili rischi per i pazienti.

Il farmacista di reparto: le applicazioni

La personalizzazione della terapia

Marco Ruocco

Premessa

Presso l’Ospedale di Vimercate è stato avviato un progetto per la gestione del farmaco in dose unitaria sulla base della necessità di rinnovare e reingegnerizzare i propri processi di gestione informatizzata del farmaco, sia nella prescrizione che nella somministrazione, al fine di ottenere una riduzione degli errori di prescrizione, preparazione e somministrazione e la tracciabilità di farmaci e terapie per singolo paziente.

Analisi del modello

Il progetto prevede l’allestimento delle terapie personalizzate presso i locali della Farmacia e la consegna in reparto mediante l’infrastruttura logistica presente in Azienda, avvalendosi di un sistema informativo integrato con la cartella clinica informatizzata per le attività di prescrizione e somministrazione. Presso i locali della farmacia sono presenti 6 armadi automatizzati che forniscono 9 reparti di degenza per un totale di 357 posti letto. Sono previste 5 consegne giornaliere per meglio andare incontro alle esigenze delle unità operative. Nel 2022 sono state allestite circa 334.000 terapie. Il farmacista interviene nella verifica dell’appropriatezza terapeutica o prescrittiva, supervisione e funzione di supporto alle scelte cliniche.

Conclusioni

L’allestimento della terapia personalizzata è parte del processo di gestione dei farmaci a circuito chiuso (*closed loop medication management*) nel quale intervengono tutte le figure sanitarie tra cui il farmacista. Il lavoro in team interdisciplinare e interdipartimentale permette un maggior scambio di informazioni tra medici, farmacisti e personale infermieristico migliorando l’appropriatezza prescrittiva. Il modello è in grado di assicurare una maggiore sicurezza, ottenendo un abbattimento degli errori in tutte le fasi della farmacoterapia (prescrizione, trascrizione, interpretazione, preparazione e somministrazione). Il farmacista ha il controllo di tutto il percorso che va dalla prescrizione alla somministrazione, grazie alla completa tracciabilità dei medicinali

Il farmacista di reparto

Eleonora Cerutti

Premessa

Il farmacista di reparto è una realtà che si è affermata nel tempo all'interno dell'Ospedale Mauriziano di Torino vincendo sospetti e scetticismo ed affermandosi, a tutti gli effetti, come parte integrante dell'equipe di reparto.

Analisi del modello

Il progetto, partito dal 2004, è nel tempo passato dalla selezione di molecole e report di monitoraggio mensili ad un modello circolare, come previsto dal ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) di Deming, metodologia della *clinical governance*, che porta al confronto continuo dell'attività con le linee guida, arrivando ad interventi sulla prescrizione, alla loro verifica e ad eventuali adeguamenti, il tutto per garantire costantemente l'appropriatezza, l'efficacia e la sostenibilità della terapia. Il farmacista si è fatto carico di aiutare nella gestione dell'armadio di reparto (riorganizzazione per forme farmaceutiche e principio attivo, LASA...) e di collaborare alla stesura di protocolli che favoriscano il processo di informatizzazione della scheda di terapia; partecipa al briefing mattutino, ove si discute collegialmente dei pazienti con particolare attenzione ai casi più critici; viene coinvolto nell'*audit* settimanale di *antimicrobial stewardship* (non solo appropriatezza ma anche durata della terapia), negli *hospital meeting* (gestione congiunta dell'informazione farmaceutica) e nel giro visita. Proprio in questa ultima attività emergono le nostre competenze: appropriato uso e prescrizione del farmaco o del DM, aspetti farmacologici e farmacoeconomici, prevenzione, identificazione, segnalazione e monitoraggio delle interazioni e delle reazioni avverse. La presenza del farmacista in reparto, inoltre, ricopre un ruolo fondamentale nel processo di Ricognizione e Riconciliazione della Terapia farmacologica (RRT) da quando il paziente entra in ospedale a quando viene dimesso.

Conclusioni

Il farmacista, che lavora in reparto (dipartimento) a fianco a fianco col personale medico e infermieristico, partecipa attivamente a tutte le fasi del percorso diagnostico e terapeutico del paziente, condividendo le strategie e garantendo l'appropriatezza e la sostenibilità del trattamento. Tra medico farmacista ed infermiere, grazie allo scambio continuo di informazioni, si attuano un completamento delle competenze ed una crescita professionale vicendevole, il tutto per migliorare l'outcome del paziente.

Il *counselling*: le applicazioni

Il “Pharmacy desk”

Paolo Baldo

Premessa

Esiste, da parte dei soggetti a cui è stato diagnosticato un tumore, un notevole ricorso a terapie complementari o alternative (CAMs), in aggiunta ai trattamenti terapeutici propriamente detti, prescritti dall'oncologo. Tali trattamenti non solo non trovano, nella maggior parte dei casi, “fondamenti” terapeutici basati su prove di efficacia, ma possono originare interazioni e tossicità che rischiano di compromettere l'efficacia della terapia oncologica appropriata.

Analisi del modello

Presso l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, unità di Farmacia Ospedaliera, è attivo il “*Pharmacy Desk*” un servizio costituito da un luogo nel quale un farmacista esperto ha un colloquio con l'utente che necessita di un “monitoraggio” specifico sulla propria terapia farmacologica assunta “insieme” ad altri prodotti (es. omeopatici, fitoterapici, nutraceutici). La verifica permette quindi di identificare rischi o effetti negativi dovuti alla politerapia (oltre 5-6 medicinali nella stessa giornata). L'intento è quindi ridurre i rischi evitabili, dovuti ad interazioni e incompatibilità tra prodotti, evitare maggiormente rischi per la salute e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Il modello prevede una descrizione (mappatura) di tutti i prodotti assunti dal soggetto che si rivolge al servizio; analisi, da parte del farmacista, mediante utilizzo di database specifici, delle potenziali interazioni e compatibilità farmaco-farmaco e farmaco-prodotto naturale, produzione di una relazione (*report*) per il paziente stesso e per il medico di riferimento, finalizzato alla eventuale modulazione o correzione della terapia in funzione dei risultati del check del farmacista. Il paziente viene informato sulle eventuali criticità riscontrate, mentre tutte le eventuali decisioni – modifiche e scelte riguardanti la terapia del paziente sono lasciate esclusivamente alla competenza del medico (oncologo) di riferimento. Il report risulta visualizzabile anche nelle piattaforme elettroniche di gestione clinica esistenti all'interno dell'Istituto CRO di Aviano, rimanendo così incorporato nella documentazione clinica del paziente. Questo modello risulta applicabile e replicabile indipendentemente dalla tipologia di ospedale o di farmacia, sia per pazienti

interni (degenti) che esterni (*outpatients*); applicabile sia in contesti di pratica assistenziale standard sia in contesto di studio clinico / sperimentazione clinica interventistica o osservazionale, di Farmacovigilanza. Permette inoltre di ottenere risultati e/o indicatori misurabili, come ad esempio interazioni rilevate sul totale delle prescrizioni per singolo soggetto, rischi/danni evitati al paziente (“*near miss*”) nei casi in cui una criticità sia identificata nella fase di analisi dal Farmacista. Un esempio è lo studio recentemente concluso (marzo 2023) che si è svolto nell’ambito di ricerca finalizzata ministeriale (RF MS 2016-02364211), che ha coinvolto 275 pazienti arruolati e osservati nell’arco di 24 mesi. Tale studio ha permesso, in sintesi, di identificare 150 reazioni avverse da farmaco (ADR) e di rilevare 762 *near-miss*, evitando in tal modo i rischi rispettivi ai pazienti.

Conclusioni

Il farmacista ha un impatto considerevole nel migliorare gli *outcomes* in pazienti con politerapie farmacologiche. Attraverso un approccio “*patient-centered*” e dialogo – counseling mirato, il farmacista è in grado di facilitare la consapevolezza (*empowerment*) sulla propria terapia, la compliance, evitare maggiormente rischi per la salute e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

La Sperimentazione Clinica e la ricerca: il modello di gestione da parte del farmacista ospedaliero

Carla Masini

Premessa

Come si può evincere da una delle più ampie banche dati USA, la *Clinicaltrials.gov*, negli ultimi anni la registrazione di studi clinici con farmaco ha avuto una crescita esponenziale, che è in gran parte dovuta agli studi clinici in oncologia. Infatti, solo nel 2021 sono stati registrati 30 nuovi farmaci oncologici (dati *IQvia Institute*).

Analisi del modello

La normativa italiana (DM 21/12/2007) impone l'invio del farmaco sperimentale alla farmacia interna dell'ospedale o degli IRCCS per effettuare il controllo qualitativo e della temperatura di trasporto, prima dell'invio alle UUOO nella quali si svolge lo studio clinico. In oncologia il farmacista è chiamato in causa per altre attività che riguardano il farmaco sperimentale: le NBP richiedono che il farmaco oncologico iniettabile venga allestito nelle UFA al fine di garantire qualità, sicurezza e tracciabilità dell'allestimento. Mentre nelle *Good Clinical Practices* (GCP) il farmacista è una figura che può essere delegata dal *Principal Investigator* (PI) alla gestione del farmaco sperimentale, con la Determina 809/2015 il farmacista diventa una figura obbligatoria nell'organigramma dello studio, almeno in relazione alla fase 1. Sempre in questa ottica anche il regolamento 536/2014 richiede requisiti sempre più stringenti di qualità e sicurezza nella gestione del farmaco sperimentale con una forte integrazione con la normativa *Good Manufacturing Practice* (GMP). Il modello presente presso l'IRCCS-IRST di Meldola (FO) prevede una gestione completamente informatizzata del farmaco oncologico sperimentale, a partire dalla ricezione, stoccaggio, allestimento, distruzione o restituzione allo sponsor. Oltre a queste attività logistiche il farmacista è coinvolto anche nelle fasi iniziali degli studi (specificamente durante la *Site Selection Visit*, nella *Site Initiation Visit*) per la standardizzazione delle informazioni relative al farmaco e degli schemi di terapia, nell'assegnazione al paziente e nella gestione del mascheramento negli studi in cieco. In IRCCS-IRST, oltre al farmaco oncologico iniettabile sperimentale, vengono gestiti dal farmacista anche il farmaco orale, il radiofarmaco sperimentale e i micro-organismi geneticamente modificati (MOGM), se previsti negli studi. Oltre alla gestione logistica del farmaco sperimentale il farmacista ha un ruolo tecnico farmaceutico nella progettazione degli studi clinici spontanei/ No Profit, per la predisposizione della documentazione di qualità (IB) del farmaco sperimentale (*Investigational Medicinal Product* - IMP). Il farmacista, in qualità di componente

del Comitato etico, deve collaborare a verificare la fattibilità dello studio e la sussistenza dei requisiti per un eventuale studio *no profit*. Per poter svolgere queste attività il farmacista di ricerca deve possedere competenze specifiche sia di tipo regolatorio sulla sperimentazione clinica, sulla classificazione degli ambienti di preparazione (GMP), sugli standard internazionali di qualità e sicurezza (GCP –ICH 5.14.4) oltre alla conoscenza della gestione del rischio clinico (raccomandazioni ministeriali), della sicurezza degli operatori e degli ambienti (Decreto 81, Decreto Legislativo 206-01). Oltre all'attività di supporto alla ricerca, il farmacista ha anche un ruolo di ricercatore: negli studi di farmacovigilanza, di aderenza, di stabilità chimico fisica sul farmaco, studi di farmaco economia e studi di epidemiologia *real word*. Un esempio è lo studio recentemente concluso Pembreal, in cui tutti i PI sono stati farmacisti, incaricati di indagare efficacia e sicurezza di pembrolizumab in un contesto di normale pratica clinica, in 16 centri italiani variamente distribuiti nel territorio nazionale.

Conclusioni

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una costante crescita del numero di sperimentazioni cliniche soprattutto in oncologia, che spesso prevedono procedure complesse e studio specifiche. Al farmacista ospedaliero è quindi richiesto il possesso di un numero elevato di competenze necessarie a svolgere in qualità e sicurezza le nuove attività e per farsi carico in modo consapevole delle responsabilità che da queste dipendono. In questo contesto la competenza e la capacità del farmacista di ricerca può fare la differenza nel fornire supporto di alto profilo nella gestione delle problematiche proprie della conduzione di uno studio clinico, in particolare per quelli di fase 1. Inoltre il farmacista ospedaliero svolge già oggi il ruolo di ricercatore. Gli organici della farmacia devono essere adeguati alla tipologia e ai volumi delle attività svolte in questo ambito (la ricerca è un investimento). Per queste attività la formazione del farmacista deve essere specialistica, continua ed adeguata.

La radiofarmacia e la farmacia clinica

Valentina Di Iorio

Premessa

Il radiofarmaco viene definito come *“qualsiasi medicinale che quando è pronto per l’uso include uno o più radionuclidi (isotopi radioattivi) incorporati a scopo sanitario”* (D.Lgs 24 aprile 2006, n. 219). Nel caso dei radiofarmaci la normativa farmaceutica si integra con la normativa di radioprotezione richiedendo un approccio multidisciplinare per la loro corretta gestione.

Analisi del modello

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito ad una costante crescita nell’utilizzo di radiofarmaci sia in ambito diagnostico che terapeutico soprattutto in campo oncologico. Nella maggior parte dei casi i radiofarmaci devono essere preparati poco prima della somministrazione al paziente; trattandosi di farmaci iniettabili, queste preparazioni devono essere obbligatoriamente sterili e ad esse si applicano le Norme di Buona Preparazione dei Radiofarmaci per Medicina Nucleare (NBP MN).

A differenza delle Norme di Buona Preparazione dei Medicinali in Farmacia, le NBP MN non fanno riferimento al farmacista come responsabile della qualità e sicurezza della preparazione, in quanto sulla base della normativa di radioprotezione, individuano come responsabile generale il Medico Nucleare, che deve però avvalersi di un organigramma di minima che comprende: un responsabile per l’assicurazione della qualità, un responsabile per le operazioni di preparazione e un responsabile per i controlli di qualità, tra loro indipendenti. Le NBP MN rappresentano quindi un gap normativo, ma allo stesso tempo hanno dato la possibilità al farmacista ospedaliero di entrare in Medicina Nucleare, ricoprendo parte dei ruoli previsti dall’organigramma.

Nel modello IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) Dino Amadori, il farmacista è coinvolto in tutte le fasi di gestione del radiofarmaco come ad esempio: predisposizione dei capitolati di gara, implementazione delle anagrafiche aziendali, gestione degli ordini, verifica di appropriatezza prescrittiva, valutazione delle interazioni, definizione delle procedure di preparazione e di controllo di qualità, corretta gestione delle attrezzature, scelta dei corretti dispositivi medici per la somministrazione, farmacovigilanza, supporto alla definizione e alla gestione del budget. Nell’ambito della sperimentazione clinica, oltre alla gestione del radiofarmaco sperimentale secondo GCP, il farmacista partecipa alla progetta-

zione di studi clinici no profit con radiofarmaco e si occupa della predisposizione della documentazione di qualità dell'IMP, come l'Investigator Brochure (IB) e l'*Investigational Medicinal Product Dossier* (IMPD). Il farmacista è presente inoltre come membro dei team multidisciplinari, assicurando competenze tecnico-regolatorie, soprattutto in ambito di *Radioligand Therapy* (RLT). Per poter svolgere appieno il suo ruolo in Medicina Nucleare, il farmacista deve però acquisire competenze aggiuntive rispetto al percorso formativo tradizionale, che comprendano sia l'area normativa (NBP MN, Eudralex Vol.4 GMP, D. lgs 101/2020, D. lgs 81/2008) sia quella tecnica (elementi di medicina nucleare, elementi di fisica, chimica dei radiofarmaci, controlli di qualità applicati ai radiofarmaci, convalida dei metodi analitici in conformità alle linee guida ICH). Al momento non esistono percorsi formativi istituzionali per il farmacista ospedaliero che opera in Medicina Nucleare, infatti sono disponibili solo alcuni master e corsi, distribuiti in modo non uniforme nel territorio italiano.

Conclusioni

La mission del farmacista in Medicina Nucleare è quella di garantire la disponibilità, la qualità e la sicurezza dei radiofarmaci ai pazienti che necessitano di un'indagine diagnostica o di un trattamento terapeutico anche nell'ambito di sperimentazione clinica. Questo ruolo ad oggi non è formalmente riconosciuto dalle NBP MN, per cui risulta necessario un loro aggiornamento, che preveda almeno un farmacista negli organigrammi delle Medicine Nucleari. Dal punto di vista formativo e delle competenze è auspicabile un intervento delle Università sia per l'implementazione degli insegnamenti nelle scuole di specializzazione, sia per l'istituzione di percorsi formativi post-specializzazione formalmente riconosciuti.

Appropriatezza d'uso dei dispositivi medici: modelli di governo

Il governo dei dispositivi medici in ospedale

Maria Chiara Silvani

Premessa

Il governo dei dispositivi medici in ospedale è un sistema complesso che deve coniugare l'innovazione tecnologica con la sostenibilità economica. Si basa principalmente su 4 "punti cardinali": governo innovazione, governo spesa, logistica e potenziamento sistemi di vigilanza, a questi si aggiungono anche processi quali la costruzione del repertorio DM, la definizione di indicatori di appropriatezza e di modelli di tracciabilità, nonché il sistema gare.

Analisi del modello

Nel governo dell'innovazione, la figura del farmacista ospedaliero è cruciale: partecipa ai lavori della Commissione Regionale DM (secondo la normativa regionale dell'Emilia Romagna), nel processo di valutazione dei DM innovativi, di stesura delle linee guida e raccomandazioni prodotte da Gruppi di Lavoro Regionali. Il farmacista all'interno poi delle Commissioni Locali (aziendali e di area vasta) partecipa alla stesura delle istruttorie per le valutazioni dei nuovi DM nei repertori, ed effettua monitoraggi secondo indicazioni regionali/ locali. Un progetto in corso nell'Area Vasta Romagna, contesto dal quale prende spunto questa dissertazione, è rappresentato dal Repertorio dei DM di Area Vasta Romagna, un elenco di DM necessari a soddisfare le esigenze sanitarie dell'Area secondo un metodo operativo che dà priorità alla valutazione della presenza di un contratto di acquisto e di evidenze di efficacia e sicurezza. Quindi non un mero elenco, ma un elenco "parlante", con note di indirizzo per un utilizzo appropriato, informazioni sulla sicurezza dei DM e, se presenti, valutazioni da parte delle commissioni scientifiche, regionali e aziendali. Il governo della spesa oggi si avvale di strumenti informatici che permettono reportistiche puntuali. Esiste la figura del farmacista di dipartimento che garantisce anche il monitoraggio del budget per dipartimento/unità operativa. Nella AUSL Romagna è stato messo a punto inoltre un cruscotto di indicatori osservazionali che correlano i costi con la complessità assistenziale, sono stati definiti anche indicatori di adesione alle gare per le categorie di dispositivi medici a maggior spesa. Il farmacista è all'interno del percorso della logistica, con un ruolo di partecipazione al processo di standar-

dizzazione dei DM mediante la condivisione delle *best practices*, garantisce affidabilità delle giacenze e ottimizza i calendari e i punti consegna in maniera funzionale. Il farmacista riveste un ruolo anche nelle gare così come riportato nella GU n. 253 del 30/10/2018: “*Documento d’indirizzo per la stesura di capitolati di gara per l’acquisizione di dispositivi medici*”, in cui viene raccomandata la presenza del farmacista. Partecipa alle commissioni tecniche e giudicatrici delle gare di appalto (con il ruolo a volte anche di DEC). La dispositivo-vigilanza è uno degli aspetti più rilevanti dei nuovi regolamenti europei 745/2017 (MDR) e 746/2017 (IVDR), dedicati rispettivamente ai dispositivi medici (MD) e ai diagnostici in vitro (IVD). Nel Decreto 31/03/2022 del Ministero della Salute di istituzione della rete nazionale di dispositivo-vigilanza è riportato che l’attività è svolta garantendo sinergia tra farmacisti e tutti gli altri ruoli attivi nel processo. A livello della vigilanza in Regione Emilia Romagna è stata costituita nel 2022 una rete regionale referenti aziendali dispositivo vigilanza e nucleo operativo, che sono costituiti per il 46% da farmacisti ospedalieri.

Conclusioni

Il farmacista ospedaliero ha quindi solide competenze nella valutazione delle tecnologie innovative e sulla vigilanza, gestisce flussi informativi e i dati di consumo necessari per una efficiente allocazione e monitoraggio delle risorse del SSN, collabora in team multidisciplinari partecipando attivamente al governo dei DM in ospedale.

La Farmacia delle sale operatorie

Giusy Di Sanza

Premessa

La creazione della Farmacia Satellite dei Blocchi Operatori nasce per supportare l’elevata attività chirurgica dell’Azienda USL di Bologna, infatti in un anno vengono eseguiti circa 33.000 interventi negli 8 blocchi operatori. Il sistema è stato riorganizzato secondo un modello HUB e SPOKE sulla base del tipo di interventi (più o meno complessi) e della classe di rischio dei pazienti (ASA). Le criticità evidenziate prima dell’introduzione del nuovo modello, nel 2012, erano legate al ritardo nell’arrivo del paziente al blocco, interferenza dell’urgenza sull’elezione, pianificazione inaccurata (sforamenti, cancellazioni); incompleto scarico dei Dispositivi Medici (DM) su paziente.

Analisi del modello

Il progetto di creazione della Farmacia Satellite dell’AUSL di Bologna, all’interno del Blocco Operatorio dell’Ospedale Maggiore e collegata alla centrale di sterilizzazione è orientato principalmente verso la gestione dei DM e si configura come applicazione strategica della politica sanitaria volta all’impiego razionale delle risorse destinate alla Sanità. Questo modello è correlabile ad una riduzione complessiva dei costi, migliore efficacia delle sale per la gestione del materiale e sicurezza del paziente per la tracciabilità dei farmaci e DM utilizzati.

I prerequisiti per implementare il modello sono stati: la necessità di un supporto informatico solido e funzionante, identificazione di figure professionali responsabili e la costituzione di kit procedurali per singolo intervento. La realizzazione di quest' ultimo ha portato ad un nuovo modello di stock management. Il contenuto dei kit procedurali è stato valutato e condiviso con gli specialisti al fine di poter collegare a un dato intervento una lista effettiva di materiale necessario. Sono state individuate varie tipologie di kit in base agli interventi effettuati dalle diverse equipe chirurgiche. Questa attività si è poi estesa negli anni anche ai blocchi operatori *spoke* e alla piastra endoscopica dell'Ospedale Maggiore.

Conclusioni

La Farmacia satellite si configura come modello organizzativo innovativo e il farmacista ospedaliero come elemento fondamentale di integrazione tra le varie professioni sanitarie, supportando tutti gli attori coinvolti nei processi clinico - assistenziali che ruotano intorno al paziente, con uno scambio quotidiano di conoscenze e competenze.

MESSAGGI CHIAVE DELLA SESSIONE SECONDA

- La sessione ha trasferito un messaggio convergente e forte sulla necessità di orientare l'assistenza farmaceutica verso l'individualizzazione della terapia.
- Nelle aziende sanitarie che hanno riconosciuto questo valore etico e strategico, è stato comprovato un sensibile miglioramento degli *outcome* clinici e della governance farmaceutica.
- Per elevare a sistema questi risultati si rende necessario aggiornare la cornice normativa (DPR 128/1969), che oggi riconosce alla professione spazi professionali maggiormente regolatori e gestionali a discapito di quelli clinici.
- L'intervento del farmacista clinico sul singolo paziente deve trovare una sua formalizzazione e riconoscimento ufficiale.
- Altro punto focale è rappresentato dalle dotazioni organiche, che solo laddove adeguate, hanno consentito di differenziare significativamente la qualità dell'assistenza farmaceutica.
- L'approccio della farmacia clinica, già consolidato in altri Paesi Europei, costituisce il driver evolutivo della professione.

IL SERVIZIO FARMACEUTICO DELLE ASL: LE ATTIVITÀ E LE FUNZIONI DEI SERVIZI FARMACEUTICI

Dalla 833 al soddisfacimento dei LEA: per una assistenza farmaceutica territoriale al servizio del cittadino che garantisca equità nell'accesso alle cure nonché qualità, sicurezza e continuità assistenziale in tutti i diversi contesti regionali.

Moderano:

Valentino Bertasi, Fabio Pieraccini

Premessa

La sessione introduce una esigenza molto sentita dai farmacisti del S.S.N.. C'è, infatti, la necessità di rivedere la programmazione delle attività dei servizi farmaceutici territoriali, nel contesto della nuova organizzazione sanitaria territoriale. Non è più rinviabile infatti e va attuata, sia con passaggi formali per le attività diffuse e consolidate, sia delineando con chiarezza le norme di accompagnamento degli scenari futuri nei quali si collocano le nuove funzioni, anche in base ad esperienze e normative regionali già in atto. La valenza strategica della presenza dei farmacisti dirigenti del SSN, sia in ospedale che nel territorio, è stata evidenziata da tutte le relazioni tenute, ai fini della sicurezza ed appropriatezza delle cure. Questa presenza professionale garantisce una corretta gestione delle risorse e va accompagnata da una revisione e riscrittura delle norme che regolano le attività dei Servizi farmaceutici territoriali. Nei territori dove le amministrazioni hanno creduto ed investito in questo ruolo si sono dimostrati grandi vantaggi per la società e i singoli pazienti. Queste eccellenze però devono costituire un modello riproducibile a livello nazionale solo se si crea un idoneo assetto normo-giuridico.

Attualità dello scenario normativo sul servizio farmaceutico delle ASL, principali interventi regionali

Giovanna Scroccaro

Premessa

Il DM 77 ha aperto una grande prospettiva sul territorio ed è giusto riflettere sulle attività dei dirigenti farmacisti. La relazione ha in agenda, oltre ai compiti dei servizi farmaceutici territoriali, specifici focus su alcuni settori quali: RSA- gestione farmaco, Carceri – accesso-farmaci, la Farmacia dei Servizi, la Carenza dei farmaci sul territorio e la Assistenza Protetica ed integrativa. La Regione Veneto ha introdotto una specifica declinazione dei compiti del servizio farmaceutico territoriale, inserito più precisamente nel Distretto, con una normativa specifica, la DGRV 130616/08/2017 (costituita da 13 punti con altrettante linee di attività), coerenti con gli *standard* redatti nel 2017 da SiNaFO, SIFaCT, SIFO, entrambe con lo scopo di adottare un sistema organizzato e che rappresentasse la visione innovativa della professione, in linea con le eccellenze manifeste nel territorio.

Contenuti

Il compito principale dei servizi farmaceutici è quello di garantire l'erogazione di medicinali attraverso il sistema pubblico o convenzionato con le farmacie del territorio, oltre che dei dispositivi medici, dei dietetici e dell'assistenza protesica e integrativa garantendo sicurezza ed economicità. È rivolta ai cittadini del territorio, in assistenza diretta o in dimissione ospedaliera, affetti da particolari patologie e/o assegnati ad ADI, presenti nelle RSA, nelle strutture distrettuali e in regime carcerario. Il confronto costante con i medici (principalmente MMG e PLS), la vigilanza e la collaborazione con la rete delle farmacie, permette di risolvere problemi sanitari quali prevenire-risolvere la carenza di medicinali e offrire prestazioni erogabili dai loro servizi. Il tutto in un'ottica di efficacia, efficienza ed economicità delle prestazioni assicurando l'integrazione ospedale territorio.

La gestione del farmaco e dei dispositivi medici è un'attività trasversale e multidisciplinare anche sul territorio dove si possono individuare le seguenti attività:

- di carattere tecnico giuridico e amministrativo (vigilanza ed ispezioni a farmacie, parafarmacie, depositi e grossisti, strutture sanitarie; amministrative e contabili inerenti la farmacia convenzionata; vigilanza in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope; gestione e coordinamento della Farmacia dei Servizi);
- di carattere di tipo clinico/farmaco economico (distribuzione diretta, DPCM 17 gennaio

2017, malattie rare); reportistica sull'attività prescrittiva dei MMG e PLS; monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, gestione di PT e Programmi di cura; condivisione di linee guida/PDTA; audit con le medicine di gruppo; farmacovigilanza e dispositivo vigilanza; gestione delle carenze dei farmaci e dei dispositivi medici);

- di carattere formativo/informativo (informazione indipendente sui farmaci; formazione sul campo di studenti e specializzandi durante le attività di tirocinio.

Tale ruolo riguarda anche la verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso attività di farmacia clinica, farmacoeconomia ed analisi di farmacoutilizzazione, partecipazione alla stesura di linee guida, formazione e informazione per i medici di medicina generale, attività di sorveglianza e analisi e monitoraggio dei dati per migliorare la governance dei farmaci e dei dispositivi e dell'assistenza protesica. Ricognizione farmacologica e promozione della riconciliazione terapeutica, sperimentazioni, distribuzione del farmaco in dose unitaria anche nel territorio, prescrizione informatizzata ambulatoriale e nuovi modelli di erogazione dell'assistenza protesica sono le recenti linee di attività in crescita collegate ad una domanda sempre più forte legata anche al progressivo invecchiamento demografico.

I servizi farmaceutici territoriali storicamente esercitano una azione di vigilanza sulle farmacie di comunità ma dovrebbero rafforzare l'azione di vigilanza in tutti i *setting* di cura del territorio dove si utilizzano farmaci e altri prodotti sanitari, in primis gli ospedali di comunità, *gli hospice*, le case della comunità, le RSA, le carceri.

I Focus sui settori indicati in premessa vengono sviluppati nel corso della relazione con la presentazione di diverse esperienze, messe a sistema in Regione Veneto, che dimostrano punti di forza e criticità da superare.

Conclusioni

- la necessità di governare la farmaceutica territoriale del SSN è crescente ed in evoluzione;
- il DM 77 implementerà le strutture territoriali con cui i Servizi farmaceutici dovranno interagire;
- occorre ripensare e standardizzare i compiti e le funzioni dei Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie Locali;
- ci sono molti compiti e funzioni emergenti nati dalla necessità di deospedalizzare ed al contempo garantire la prossimità delle cure per i nostri assistiti;
- necessità di specifiche norme legislative nazionali che la supportino.

Attività, numeri e modelli organizzativi dei Servizi Farmaceutici Territoriali in Italia

Stefano Palcic

Premessa

In agenda della relazione troviamo i numeri dell'Area farmaceutica territoriale, le attività e funzioni dei Servizi Farmaceutici Territoriali, la complessità e potenziamento del ruolo del Dirigente Farmacista dei Servizi Farmaceutici Territoriali, i modelli organizzativi, le prospettive, opportunità future della Farmaceutica e il processo di "territorializzazione" del farmaco in epoca PNRR. Farmacovigilanza, monitoraggio reazioni avverse e dei cambi terapia, farmaco-epidemiologia nella cronicità (piano nazionale cronicità, diabete, ipertensione, scompenso, BPCO, ASMA, NAD) sono invece gli argomenti specifici trattati nella relazione.

Contenuti

I numeri dei contesti analizzati nella relazione ci dicono che al 1° gennaio 2022 in Italia risiedono 58,9 milioni di persone e applicando l'indicatore previsto dal DM 77 di 60.000 abitanti per distretto, si arriverà a 983 distretti sanitari di ASL. Le farmacie nel nostro Paese sono 19.997, di cui 18.311 private e 1.686 pubbliche, nonché circa 4.000 parafarmacie. La spesa farmaceutica complessiva nel 2021 è di 32.2 miliardi di euro, di cui il 69,2% è rimborsata dal SSN. La spesa per ciascun assistito è di 544 euro (di cui 376 euro a carico del SSN). Sono invece 194.000 i medici specialisti, di cui 16.000 PLS e 120.000 MMG mentre sono 2.850 i Farmacisti S.S.N.. Le attività del farmacista SSN nell'ambito del Servizio Farmaceutico Territoriale, in totale 16 Macroaree con 97 linee di attività diverse rilevate nel Manuale gli standard redatti nel 2017 da SiNaFO, SIFaCT, SIFO, spaziano da quelle istruttorie, ispettive e di vigilanza, alla verifica e monitoraggio delle prescrizioni di farmaci e dell'assistenza integrativa, fino alla gestione della DPC e della logistica di farmaci e dispositivi medici destinata alle fragilità e cronicità del territorio, per arrivare alla gestione di linee guida con i medici prescrittori, la continuità ospedale/territorio e la riconciliazione terapeutica, la farmacovigilanza, l'informazione indipendente, il monitoraggio dei flussi, la partecipazione a commissioni, le sperimentazioni cliniche di fase IV, per finire con la gestione dei nuovi rapporti con la Farmacia dei Servizi. Le attività sono rivolte a setting assistenziali in crescita, collegati con la necessità di "deospedalizzare": nuove strutture territoriali previste dal PNRR, Hospice, RSA, Carceri, cronicità territoriali, in cui il farmacista diventa il professionista di collegamento con le farmacie aperte al pubblico, cittadini e medici di medicina generale con un ruolo strategico e operativo. Il Servizio Farmaceutico è in prima linea nella tutela della salute dei pazienti, per questo

è necessario ottimizzare gli interventi terapeutici in un'ottica di appropriatezza prescrittiva e governance farmaceutica. Il farmacista SSN riveste un ruolo rilevante nell'affrontare diverse sfide: governance nell'ottimizzazione della spesa; complessità gestionale e organizzativa dovuta a fusioni e integrazioni inter-aziendali con spazio di azione ampio e complesso; bilancio tra offerta di farmaci/DM innovativi e appropriatezza e sostenibilità; attività di consulenza per le terapie, interazioni, politerapia, aderenza terapeutica; progresso scientifico e tecnologico con i nuovi farmaci; crescenti aspettative dei pazienti. La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto, è stata di 12 miliardi di euro. La maggior parte dei consumi di medicinali è assorbita dal territorio (87%). Nel 2021 poco più di 6 cittadini su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci (551 milioni di ricette). Quindi entità economiche notevoli e che richiedono una organizzazione complessa per il loro governo. A questo si aggiunge anche un'analisi dei consumi di farmaci e dispositivi, valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e monitoraggio dell'innovazione farmaceutica e dei device in accordo con la programmazione nazionale, regionale e locale.

Nella relazione si è portato ad esempio di buona pratica la *Real Word Evidence* quale strumento innovativo che contribuisce al miglioramento della governance sanitaria attraverso la generazione di informazioni su tutto il ciclo di vita del farmaco, finalizzata ad acquisire dati di efficacia e sicurezza ad integrazione di quelli prodotti dagli studi RCT e migliorare l'uso appropriato dei trattamenti per i pazienti. Il valore della *Real Word Evidence*, quale strumento complementare per accrescere le informazioni sui farmaci a vantaggio dell'uso appropriato delle terapie, è quello di migliorare la programmazione ed allocare in modo più efficace le risorse.

Per quanto riguarda i modelli organizzativi dei Servizi Farmaceutici Territoriali del SSN presenti in Italia, non essendoci una specifica normativa, sono per lo più legati alla complessità del territorio/distretto in cui operano, inseriti in Dipartimenti del Farmaco o di Territorio, qualora esistenti, oppure in Specifiche Aree o in staff alle direzioni Generali. Per quanto riguarda i numeri necessari si stima dagli 11, 14 o 16 dirigenti farmacisti a secondo della complessità (di base, media o alta) del territorio, così come valutata secondo parametri oggettivi nel Manuale sugli standard, editi nel 2017, che prendevano come riferimento un territorio con 500 mila assistibili.

Conclusioni

- Il progresso scientifico e tecnologico immette sul mercato nuovi farmaci e dispositivi che richiedono un'adeguata attenzione sulla sostenibilità e appropriatezza.
- L'attuale livello di finanziamento del SSN con la crescente domanda di servizi rende indispensabile la funzione del farmacista dei servizi farmaceutici territoriali che deve riuscire a conciliare innovazione, efficienza e rispetto degli standard economici.
- I Servizi Farmaceutici Territoriali possono svolgere un ruolo fondamentale nel futuro prossimo come cardine per comprendere le esigenze del clinico e del paziente e fornire le migliori cure ai cittadini; orientare le strategie terapeutiche che garantiscano la qualità delle cure e valore aggiunto; ottimizzare le risorse disponibili; analizzare i dati prescrittivi e di *Real Word Evidence* per intraprendere strategie migliorative; coordinare la presa in

carico del paziente tra strutture acute, subacute e croniche; contribuire a sviluppare la farmacia dei servizi.

- La figura professionale del farmacista SSN è infungibile e pertanto necessaria per garantire un'assistenza farmaceutica di qualità, garantendo le autorizzazioni, quindi gli accreditamenti al SSN di tutto il settore farmaceutico, nonché la vigilanza sul settore privato che gestisce farmaci, dispositivi medici, cosmetici, integratori. È altrettanto infungibile per garantire il controllo delle sostanze stupefacenti e psicotrope su tutto il settore (farmacie pubbliche e private convenzionate, depositi, grossisti ed ogni struttura sanitaria ospedaliera e territoriale che gestisce tali prodotti).
- Le linee di attività già mappate e quelle in divenire vanno presidiate tutte con organici sufficienti e va implementata una normativa nazionale che sia di base a quelle attuali, per lo più regionali.

L'importanza del Servizio Pubblico nelle malattie rare e Nuovo Testo Unico

Domenica Taruscio

Premessa

Le malattie rare rappresentano un gruppo di patologie molto eterogenee. Si definiscono “rare” per la loro bassa diffusione nella popolazione, con una prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10.000 persone. Per quanto ogni gruppo incida poco nella popolazione, complessivamente si contano milioni di persone in tutto il mondo, dei quali solo in Italia sono coinvolte più di 2 milioni e 1 su 5 ha meno di 18 anni.

Contenuti

L'Europa rappresenta un'importante fonte di ispirazione per modelli virtuosi nel contesto delle malattie rare. È tuttavia necessario contestualizzare alle diverse realtà nelle quali si svolgono i percorsi assistenziali in Italia. Infatti, *“Nonostante i numeri e le diversità, le malattie rare sono accomunate da diversi aspetti tra cui cronicità, disabilità, complessità nella presa in carico e multi sistematicità, ma anche dalla difficoltà a ottenere una diagnosi appropriata e rapida e la scarsa disponibilità di cure risolutive”*.

Così inizia il suo intervento Domenica Taruscio, già Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità. Questa consapevolezza ha generato la L.10 nov. 2021, n. 175 *“Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani”*, che ha il merito di rendere uniformi l'erogazione delle prestazioni e dei medicinali. All'articolo 4, di particolare interesse per il farmacista, prevede un Piano diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato e livelli essenziali di assistenza per le malattie, definendo quali sono i trattamenti a carico del SSN.

In linea generale, fornisce una cornice normativa per uniformare i trattamenti sul territorio e promuove la ricerca, monitorando la qualità complessiva della presa in carico dei pazienti e nel generare i flussi informativi.

Conclusioni

Il farmacista SSN riveste un ruolo importante nell'accesso al farmaco orfano:

- funge da “cerniera” tra il centro prescrittore ed il paziente soprattutto nel facilitare i percorsi terapeutici;
- attiva una corretta gestione dei piani assistenziali individuali;
- esegue un approvvigionamento efficiente, una eventuale preparazione e una erogazione con supporto educativo;
- raccoglie e segnala le reazioni avverse ai farmaci in un contesto molto più complesso rispetto ad altre patologie croniche più consolidate.

Il modello del farmacista facilitatore

Annalisa Campomori

Premessa

Da un progetto nato negli anni '90 sulla medicina basata sulle evidenze (EBM – Evidence Based Medicine) è nato un gruppo di lavoro che ha prodotto documenti ed approcci culturali innovativi, multidisciplinari, in cui il ruolo e le conoscenze del farmacista territoriale sono state documentate come indispensabili per gli importanti risultati ottenuti.

Contenuti e proposte

Il primo passo è stato quello di produrre e diffondere conoscenza, in seguito integrato da una fase fondamentale: la verifica dell'intervento sugli esiti clinici. Gli attori coinvolti nel progetto sono stati, in Regione Emilia Romagna: un rappresentante dell'Azienda Sanitaria, il nucleo di cure primarie (tra cui il MMG) e un farmacista facilitatore. Questa è una figura che consente non solo di applicare le evidenze scientifiche, ma anche di integrare i diversi interventi nella pratica clinica, colmare cioè il gap tra teoria e pratica. Il progetto prevedeva anche l'attivazione di corsi di formazione specifici per farmacisti, con approfondimenti in diversi ambiti: produzione di reportistica sull'uso dei farmaci, realizzazione di pacchetti informativi specifici e incontri con i MMG in piccoli gruppi. I pacchetti informativi rappresentano i benefici e i rischi attesi secondo una valutazione critica delle migliori evidenze disponibili ed approfondimenti metodologici.

A seguito dell'evento pandemico, al rientro alla normalità, si rende necessario ridefinire gli orizzonti della Professione Farmaceutica all'interno dei nostri Ospedali e Servizi Farmaceutici e ripensare a nuove forme di collaborazione con i MMG e gli specialisti. Il decreto 77/2022, tra i diversi obiettivi, declina la promozione della salute attraverso l'identificazione dei bisogni di salute del cittadino, basata sull'analisi dei dati farmacoepidemiologici, e la stratificazione della popolazione per profili di rischio. L'impiego di algoritmi predittivi per identificare il rischio e gestire la presa in carico dei pazienti, richiede pertanto risorse di farmacisti del SSN esperti in farmacia clinica applicata al territorio.

Conclusioni

- È possibile superare la frammentazione delle informazioni lavorando in gruppi multidisciplinari che diano un quadro chiaro e indipendente al prescrittore.
- Per ottenere risultati apprezzabili è necessario formare i farmacisti all'interno di gruppi di lavoro.
- Con la standardizzazione della attività e l'organizzazione di gruppi di lavoro si possono ottenere risultati importanti nel governo e nel corretto uso dei farmaci.

La rilevanza dell'analisi dei dati farmaco-epidemiologici nell'assistenza farmaceutica. Attualità e prospettive

Antonio Addis

Premessa

Nell'era dei “*big data*” il farmacista del SSN è detentore di dati con un importante potenziale informativo. Il suo punto di osservazione permette sia di rilevare le singole prescrizioni sia l'intera popolazione dei pazienti, e questo rappresenta il suo valore aggiunto in “un'epidemiologia di servizio”.

Contenuti

Avere una grande disponibilità di dati non significa che tutti siano in grado di leggerli ed utilizzarli correttamente, come non tutti sanno fare ricerca. Occorrono quindi processi di analisi innovativi per ottenere nuove conoscenze e decisioni innovative. Cosa può fare il farmacista in ambito farmaco-epidemiologico? Una formazione specialistica approfondita e specifica deve dargli gli strumenti per descrivere i fenomeni e i percorsi di terapia, compresi gli *switch*, cioè il passaggio da un farmaco a un altro, non solo per ragioni economiche ma anche per esigenze mediche. La lettura delle prescrizioni porta inoltre a verificarne l'appropriatezza, sia attraverso le ragioni che hanno portato ad una specifica scelta terapeutica sia per individuare eventuali fattori di rischio. Nella analisi dei flussi informativi e dei registri farmaceutici, che nascono soprattutto per ragioni amministrative, il farmacista SSN è in grado anche di seguire l'andamento sanitario di patologie e di nuovi interventi terapeutici. Attraverso l'interpretazione dei grandi volumi di dati a disposizione è pertanto possibile individuare aree per programmare interventi di salute pubblica, misurare l'impatto delle decisioni, verificare la funzionalità nelle strutture sanitarie e infine governare le emergenze.

Conclusioni

L'analisi del farmacista del SSN, che raccoglie e verifica anche la qualità dei dati in modo trasversale alle diverse aree terapeutiche, presenta grandi vantaggi in termini di integrazione delle informazioni. In modo analitico può intervenire per una corretta ricognizione/riconciliazione delle terapie e una riduzione degli errori terapeutici, collaborando con le altre figure professionali per migliorare l'appropriatezza della cura, ed individuare bisogni insoddisfatti di cura soprattutto negli anziani e nei soggetti fragili.

Uso degli antibiotici ed antibiotico-resistenza

Francesco Trotta

Premessa

L'antimicrobico-resistenza (AMR) rappresenta una seria minaccia per la salute globale. L'incidenza, i decessi, la durata del ricovero ospedaliero e i costi sanitari dovuti all'AMR sono, infatti, in netto aumento. Dei 5 milioni di decessi stimati, di cui 1,3 causati da ceppi specifici, le vittime sono soprattutto bambini ed anziani.

Contenuti

Nella lettura dei dati sanitari della Comunità Europea, Italia e Grecia sono i Paesi meno virtuosi nella lotta all'AMR. Nel nostro Paese l'impatto della spesa per antimicrobici è di 787 milioni di euro con una certa variabilità regionale: il Sud presenta un consumo superiore alla media nazionale del 33% e la situazione è piuttosto critica in genere per l'acquisto privato (circa il 24%). I dati sono ben conosciuti a livello sia locale che globale, e dunque non è la carenza di informazioni a generare questi problemi in Italia ma è piuttosto una tendenza negativa ad ignorare le indicazioni fornite dal sistema AWaRE (**A**ccess, **W**atch, **R**eserve). La classificazione AWaRe degli antibiotici è stata sviluppata nel 2017 dal Comitato di esperti dell'OMS sulla selezione e l'uso dei farmaci essenziali come strumento per sostenere gli sforzi di gestione degli antibiotici a livello locale, nazionale e globale. Gli antibiotici sono classificati in tre gruppi, Accesso, Controllo e Riserva, tenendo conto dell'impatto di diversi antibiotici e classi di antibiotici sulla resistenza antimicrobica, per sottolineare l'importanza del loro uso appropriato. L'aggiornamento 2021 della classificazione AWaRe include ulteriori 78 antibiotici non precedentemente classificati, portando il totale a 258.

- **Access:** antibiotici che hanno uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza in termini di reazioni avverse, da usare preferibilmente nella maggior parte delle infezioni più frequenti quali ad esempio le infezioni delle vie aeree superiori.
- **Watch:** antibiotici a spettro d'azione più ampio, raccomandati come opzioni di prima scelta solo per particolari condizioni cliniche.
- **Reserve:** antibiotici da riservare al trattamento delle infezioni da germi multiresistenti.

Conclusioni

Il farmacista deve essere membro attivo nelle *stewardship* antimicrobiche sia in ospedale che nel territorio, attraverso il controllo delle prescrizioni, la lettura degli indicatori disponibili e degli obiettivi, e il monitoraggio, soprattutto di quelle realtà come le RSA e le carceri in cui i dati nazionali, invece, sono molto scarsi.

L'informazione indipendente verso la medicina generale, il *deprescribing*

Umberto Gallo

Premessa

Nel corso degli ultimi due decenni, le funzioni dei Servizi Farmaceutici Territoriali (SFT) e delle Farmacie Ospedaliere (FO) si sono profondamente modificate. Alle “classiche” attività di vigilanza sulle farmacie/unità operative e di monitoraggio della spesa farmaceutica, se ne sono aggiunte delle altre tra le quali la capacità di fornire un’informazione indipendente ai sanitari e l’integrazione del farmacista in gruppi multidisciplinari finalizzati alla stesura di linee di indirizzo/PDTA nonché al miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva.

Contenuti

Per quanto riguarda l’aspetto relativo all’informazione, la Legge 425/96 demanda alle Aziende Sanitarie il puntuale “aggiornamento del medico prescrittore” affinché i medicinali erogati a carico del SSN risulti conforme alle disposizioni previste dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Tale attività è in carico ai SFT/FO in quanto Servizi non solo depositari dei flussi informativi di erogazione dei medicinali ma anche in grado di effettuare una puntuale “lettura” delle informazioni al fine di rilevare eventuali criticità/distorsioni prescrittive. Sulla base di tali analisi, e della puntuale conoscenza dei dati di letteratura, il farmacista SSN può avviare percorsi di audit con i medici e/o realizzare eventi formativi finalizzati al miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, garantendo comunque i livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione. Tra i diversi esempi che vedono coinvolto il farmacista dei SFT/FO in tali percorsi, possiamo citare quello relativo al miglioramento dell’impiego degli antibiotici sia in ambito territoriale che ospedaliero, in accordo al “Piano Nazionale di Contrasto all’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)”. In questo contesto il farmacista, nell’ambito di una attività di *antimicrobial stewardship*, svolge un ruolo fondamentale non solo nel predisporre una reportistica in grado di evidenziare gli ambiti di miglioramento prescrittivo ma anche per una sua partecipazione attiva alla realizzazione di documenti aziendali/corsi formativi finalizzati al contenimento del fenomeno dell’antimicrobico-resistenza.

In relazione invece il ruolo del farmacista nella revisione delle politerapie nei soggetti anziani fragili, i principi applicativi sono sanciti dal “Piano Nazionale della Cronicità” e dal DM 77/2022 “*Definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN*”. In questi documenti viene raccomandata una puntuale verifica dell’appropriatezza delle terapie nei soggetti fragili e la definizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI), possibilmen-

te effettuato nell'ambito di gruppi multidisciplinari. In questo importante contesto, il farmacista dei SFT/FO è chiamato a portare la propria professionalità e conoscenza del farmaco a supporto del prescrittore, al fine di condurre una revisione delle terapie non appropriate (c.d. “*deprescription*”), foriere di importanti reazioni avverse con importanti ricadute in termini di mortalità e impegno assistenziale (ricoveri ospedalieri e accessi al pronto soccorso, rischio di istituzionalizzazione). Sempre dalla “lettura” dei dati di prescrizione, il farmacista del SSN è inoltre in grado di poter identificare, attraverso specifici algoritmi predittivi, i soggetti anziani fragili che potrebbero beneficiare di una revisione della terapia, così come raccomandato dal Decreto 77/2022 (azioni di “medicina di iniziativa”).

Conclusioni

In sintesi, i dirigenti farmacisti dei Servizi Farmaceutici Territoriali/Farmacie Ospedaliere sono in grado di:

- lavorare in team multidisciplinari;
- effettuare puntuali valutazioni in merito all'appropriatezza prescrittiva, a partire dall'estrazione dei dati di prescrizione e da una loro corretta interpretazione;
- valutare il bisogno informativo/formativo dei prescrittori e le modalità più idonee per la sua erogazione.

MESSAGGI CHIAVE DELLA SESSIONE TERZA

- Il dirigente farmacista del SSN è pronto per affrontare le nuove “sfide” proposte dal SSN, tra cui il DM 77, identificando specifici ruoli nelle Case di Comunità, negli Ospedali di Comunità e nelle COT.
- Nel corso degli anni il farmacista dei Servizi Farmaceutici Territoriali ha acquisito sempre più competenze «multi-ruolo» nella gestione dei dati utili nel monitoraggio del budget, nella conduzione di audit in gruppi multidisciplinari, nel monitorare l’appropriatezza terapeutica e, non ultimo, ai fini di ricerca scientifica, per coniugare l’informazione indipendente con la ricerca epidemiologica.
- Oggi, in assenza di riferimenti normativi nazionali che individuano linee di attività dedicate, si registrano azioni individuali, con organici ed attività diversificate sul territorio nazionale e conseguenti con ricadute disomogenee sull’assistenza ai cittadini e il rischio di interferenze tra le differenti figure professionali sanitarie.
- È necessario rivedere l’impianto normativo che regola le attività del farmacista per formalizzare queste competenze, dare più omogeneità al territorio nazionale e favorire l’equità dell’assistenza farmaceutica per i cittadini promuovendo un modello di farmacia clinica multidimensionale che metta al centro l’assistito.

ATTUALITÀ, SVILUPPO E PROSPETTIVE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Modera:

Ester Maragò di "Quotidiano Sanità"

Introduzione

Ester Maragò (EM)

“Sono molto contenta di essere qui perché come giornalista seguo i farmacisti da tempo, con grandissima ammirazione. La vostra professione è finalmente uscita dal cono d'ombra nella quale è stata relegata, anche grazie, anche se è paradossale dirlo, alla pandemia. La percezione del cittadino nei confronti di questa figura professionale è aumentata, la popolazione si è resa conto del valore del farmacista quando avete preso in mano la gestione dei vaccini, la distribuzione a domicilio dei farmaci, e altre cose. Siete stati illuminati da una luce nuova ma sicuramente c'è ancora molto da fare. C'è da dire che siete penalizzati da una *vacatio legis*, e il DM 77 che ha disegnato il nuovo assetto territoriale si è un po' dimenticato del servizio farmaceutico territoriale e questo è un vuoto legislativo che non aiuta. Voi siete ancora ancorati da una normativa che è del secolo scorso e questo fa capire quanto c'è da lavorare.

Le difficoltà non mancano, come tutti avete anche voi una carenza di organico: ho appreso dai dati del SINaFO che siete un esercito di 2.850 farmacisti dirigenti che gestiscono 16 macroaree con 106 linee di attività nella farmacia ospedaliera, e quasi altrettante macroaree nella farmaceutica territoriale. C'è anche una correzione semantica che noi giornalisti dobbiamo iniziare a fare, parliamo sempre di farmacia territoriale, ma il servizio farmaceutico delle asl deve essere distinto dalla farmacia aperta al pubblico, la farmacia di comunità, che ha un ruolo importante ma diverso, complementare. Il servizio farmaceutico territoriale ha una sua identità, si occupa di vigilare sull'assistenza farmaceutica del territorio, ne assicura la sostenibilità e la gestione”.

Attorno al tavolo si susseguiranno una serie di figure che ci aiuteranno a comprendere come rendere il vostro ruolo sempre più visibile, efficiente e funzionale alle richieste del SSN.

Marcello Cattani

EM: È in arrivo una grande innovazione nella farmaceutica, con migliaia di farmaci in sviluppo e grandi investimenti a livello globale. E con i progressi tecnologici sono sempre più i farmaci

innovativi “cuciti” sulle singole persone e all’interno di un percorso di cura sempre più connesso. In questo scenario quale potranno essere le nuove sfide per il farmacista? E come farà il nostro Sistema Paese a giocare un ruolo di primo piano?

Affinchè l’innovazione abbia successo in termini di salute bisogna adottare una prospettiva che ci aiuti a metter insieme le competenze e a lavorare tutti nella stessa direzione.

Il farmacista deve assumere sempre più competenze nell’ambito regolatorio e organizzativo, per dare risposte ad una sanità che cambia. La sfida per l’innovazione delle competenze, tuttavia, è per tutti, non solo per il farmacista, anche per l’industria e per tutti i professionisti della salute.

I nuovi percorsi poggeranno sempre di più sulla prevenzione che ha un ritorno immediato sui costi, per patologie evitate e beneficio economico, clinico e sociale.

La riforma territoriale prevede la costruzione di infrastrutture fisiche, ma dobbiamo ricordare anche l’innovazione nella tecnologia, ad esempio l’intelligenza artificiale, che completeranno le varie professioni.

Il farmacista dovrà convivere con questa innovazione e fungere da ponte fra paziente e medico.

Nel consolidare il rapporto professionale fra le aziende di settore e le professioni sanitarie, fra cui i farmacisti, un elemento di miglioramento è dato dalla ricerca, nella quale il farmacista è impegnato in prima persona. Abbiamo appena recepito un regolamento europeo che apporta modernità ed innovazione nel condurre la sperimentazione clinica. D’altro canto deve continuare ad evolvere in questo campo la collaborazione pubblico – privato. Il PNRR ha dato impulso a nuove modalità di collaborazione in questo senso, e sta avendo successo, se si conta che nell’ultimo anno in Italia sono stati registrati il 30% in più di brevetti, vi sono 1000 studi clinici attivi e questo porta risorse e tutela il diritto alla salute dei cittadini.

Giovanna Scroccaro

EM: *In base alla sua esperienza alla guida di servizi farmaceutici aziendali e regionali, nonché in campo di ricerca scientifica, qual è la strategia che potrebbe fare la differenza per superare la estrema eterogeneità regionale e come vede attualmente la garanzia di equità interregionale?*

L’autonomia organizzativa delle regioni in ambito sanitario è sancita dal titolo V della Costituzione. Fino a quando questo esiste, sono le regioni che devono garantire i livelli essenziali di assistenza. Le diverse organizzazioni regionali non vanno viste negativamente, è negativo se queste diverse organizzazioni non garantiscono i Livelli Essenziali di Assistenza e creano disuguaglianze tra cittadini nel livello di accesso alle prestazioni.

Voglio citare 3 ambiti sui quali si potrebbe agire per superare l’eterogeneità regionale in ambito di assistenza farmaceutica.

Il primo è la cornice normativa che indica cosa devono fare i servizi farmaceutici territoriali: questa è molto ampia. Di conseguenza, nelle diverse regioni si creano delle differenze di attribuzione di attività fra la farmacia ospedaliera e il servizio farmaceutico territoriale. Anche durante le precedenti sessioni si è evidenziato come in alcune regioni specifiche attività vengano attribuite all’uno o all’altro servizio a seconda delle organizzazioni. Ci vuole una più

chiara definizione a livello nazionale di chi fa che cosa. Nel 2017 il SINAFO ha pubblicato un manuale sugli standard di attività della farmacia ospedaliera e del servizio farmaceutico territoriale. C'è bisogno adesso di una rivisitazione, che puntualizzi ancora di più come queste attività devono essere ripartite. Questo aiuterebbe molto anche a definire il fabbisogno in risorse umane dei farmacisti fra le due aree, e si garantirebbe maggiore omogeneità a livello nazionale.

Il secondo è relativo alle politiche del farmaco. Ci dovrebbe essere maggiore interazione fra ciò che fa l'agenzia (AIFA) a livello nazionale, e ciò che fanno le regioni. Molte regioni replicano attività valutative già fatte in maniera molto accurata da AIFA. Le commissioni nazionali (CTS e CPR) svolgono attività valutative sia su aspetti scientifici che su aspetti economici, ma queste valutazioni non rese sono disponibili alle regioni. Queste ultime, tuttavia, devono affrontare il fenomeno della spesa farmaceutica crescente, e quindi organizzano politiche di valutazione ripetendo percorsi già fatti a livello nazionale (ad esempio le commissioni regionali per il prontuario). Sarebbe auspicabile che AIFA condividesse con le Regioni tutte le sue valutazioni e il percorso fatto, non solo le valutazioni per i farmaci innovativi (che invece pubblica). In questo modo alle regioni rimarrebbero più tempo e risorse per fare attività locali di interazione con i prescrittori, audit locali, cosa non fattibile dal livello centrale.

Se presso AIFA venisse attivato un osservatorio sulle politiche del farmaco adottate dalle diverse regioni, costituendo un tavolo permanente con tutte le regioni coinvolte, ciò faciliterebbe lo scambio di informazioni e l'adozione di percorsi virtuosi in maniera più diffusa.

Il terzo ambito di miglioramento riguarda le attività svolte dalle farmacie di comunità. Le attività delle farmacie territoriali sono regolamentate da una convenzione nazionale che è molto vecchia, e come tale regola solo le modalità di distribuzione dei farmaci.

Le nuove attività ricomprese nella farmacia dei servizi, che si sono aggiunte nel tempo sono solo oggetto di accordi integrativi regionali, e questo è il motivo per il quale vengono svolte in maniera difforme. C'è necessità di un adeguamento nazionale dell'accordo con le farmacie, che inserisca e regoli le numerose importanti altre attività svolte dalle Farmacie. Si sente l'esigenza anche di definire quale direzione del Ministero della Salute funga da riferimento per le farmacie convenzionate. Ad oggi questo riferimento non c'è, la sperimentazione sulla farmacia dei servizi è in carico alla Direzione della Programmazione, mentre le restanti attività sono affidate alla Direzione Farmaci e Dispositivi Medici.

La pandemia ci ha insegnato che avere accordi nazionali (es modalità di gestione dei tamponi e vaccinazioni) facilita la loro applicazione. Senza questa centralizzazione sarebbe stato molto difficile attuarli in maniera così efficiente.

In sintesi, è necessario fare una riforma quadro dell'assistenza farmaceutica pubblica. A livello normativo assistiamo ad un concreto sbilanciamento: mentre è molto ben normato cosa deve fare la farmacia al pubblico, e quali siano gli obblighi in termini di distribuzione farmaci di questi presidi sanitari, vi sono tanti setting assistenziali (es distretti, RSA, carceri, sono per menzionarne alcuni), dove terapie anche complesse possono essere gestite anche senza l'obbligatorietà della presenza del farmacista.

Ecco, questo vuoto legislativo va colmato in fretta. Anche l'università, con i suoi esperti in legislazione farmaceutica, dovrebbe contribuire a comprendere dove manca la norma e come la lacuna possa essere colmata.

Massimo Scaccabarozzi

EM: *Anni alla guida di Farindustria di esperienza di collaborazione diretta con i farmacisti dirigenti del SSN, quali sono a suo parere le grandi potenzialità ancora non espresse da questi professionisti?*

Per arrivare ad un percorso di salute di successo, è necessario individuare obiettivi comuni, senza pensare solo alla singola categoria professionale, ma immaginando una filiera che lavora tutta assieme per un interesse comune, il benessere del paziente. Ci si deve dare un obiettivo finale, e nel percorso, ognuno svolgendo il proprio ruolo in sintonia, deve puntare al successo. Coinvolgendo anche il paziente.

In passato abbiamo sbagliato portando avanti interesse ed obiettivi senza tener presente che il paziente è in cambiamento e non abbiamo chiesto al paziente che cosa vuole. È arrivato il momento di farlo. Per fare questo deve essere adeguato anche il percorso formativo.

Teresa Petrangolini

EM: *Lei è stata protagonista di molti progetti rivolti ai cittadini. Anche la sua ultima esperienza in termini di Patient Advocacy Laboratory cerca soluzioni attive in termini di collaborazione tra operatori e cittadini. Secondo la sua esperienza qual è la percezione del ruolo attivo dei farmacisti SSN da parte dei cittadini? C'è una consapevolezza di quelle che sono le differenze tra attività ospedaliera e territoriale?*

Voglio premettere alcune considerazioni sul ruolo delle associazioni di pazienti quale interlocutore per le istituzioni in campo di salute, ruolo molto cambiato dopo la pandemia.

Le indagini condotte dal *Patient Advocacy Laboratory* hanno dimostrato che le associazioni dei cittadini sono molto più digitalizzate, hanno molta più facilità nell'interagire con l'industria, con le strutture sanitarie, non più singolarmente, ma come sistema.

Anche le istituzioni finalmente si sono rese conto che è impossibile governare questo sistema in crisi da soli

Il Ministero della Salute ha varato un atto di indirizzo sulla partecipazione del mondo associativo che crea degli spazi se applicati per portare questo dialogo in una chiave non episodica. Anche Agenas ha aperto al mondo delle associazioni il percorso di *appraisal* HTA dei dispositivi medici; molte regioni, fra cui recentemente il Veneto, sono disponibili a fare sanità partecipata. È esemplare come questi percorsi in alcune regioni, cito ad esempio la Campania, siano promossi propri da farmacisti SSN, che comprendono questa necessità e se ne fanno portavoce.

Sulla domanda specifica devo dire che il cittadino medio si incontra poco con il farmacista in ospedale, non è nemmeno detto che lo veda, perchè si tratta di un rapporto mediato, gran parte della sua vita si gioca sul territorio. Esempi di interazione e di collaborazione possono essere la consegna dei presidi, e la consegna di farmaci a domicilio.

Ten. Col. Maruska Strappatelli, Ten. Rosa Maria Esilio

EM: *I servizi farmaceutici territoriali svolgono una funzione di vigilanza e di controllo sul territorio*

anche in stretta collaborazione con i Nas. Qual è la valenza di questo rapporto collaborativo? E per le farmacie ospedaliere?

I rapporti con i servizi farmaceutici territoriali sono consolidati e positivi anche se non c'è una normativa che specifica cosa lega le competenze; c'è sicuramente sinergia, in particolare i servizi farmaceutici territoriali svolgono attività ispettiva sul territorio, sulle farmacie, i depositi, le strutture sanitarie, gestendo le autorizzazioni o i controlli periodici ogni due anni.

In questo intervento talvolta ci sono servizi congiunti, i servizi farmaceutici territoriali possono chiedere supporto dei NAS come ufficiali di attività giudiziaria in caso di ipotesi di truffe al SSN.

Un altro ambito di collaborazione è quello relativo allo smaltimento degli stupefacenti, in capo al servizio farmaceutico territoriale in presenza dei NAS.

Per quanto riguarda le farmacie ospedaliere, la mission dei NAS è la tutela della salute pubblica, ci si reca a controllare tutte le strutture sanitarie e quando è presente si controlla anche la farmacia ospedaliera nella tenuta dei locali, il registro stupefacenti, la filiera distributiva del farmaco, i gestionali, la conservazione dei farmaci, i farmaci scaduti e ritirati; durante la pandemia particolare attenzione è stata data al controllo della catena del freddo per la conservazione dei vaccini.

Annalisa Mandorino

EM: *La dispensazione diretta ai cittadini ha rappresentato una valida alternativa alla dispensazione del farmaco attraverso le farmacie di comunità, in particolare durante la pandemia. Quanto questo è importante per il cittadino e soprattutto qual è la percezione, in particolare, sulla sicurezza delle cure erogate dispensate direttamente dai farmacisti del Ssn?*

Premetto che una recente analisi di Cittadinanzattiva sul fenomeno dei “deserti sanitari” ha evidenziato come la figura del farmacista ospedaliero sia fra quelle più carenti, assieme ai medici di medicina generale, pediatri, specialisti di emergenza-urgenza.

Questi fenomeni andrebbero prevenuti perché quando si manifestano è già troppo tardi e la situazione è difficile da sostenere.

La pandemia ci ha insegnato che i cambiamenti sono fattibili in tempi più brevi rispetto a quelli a cui siamo abituati. Ad esempio, la farmacia al pubblico ha cambiato rapidamente il suo ruolo, è effettivamente diventata farmacia dei servizi in maniera concreta. Le farmacie ospedaliere hanno riadeguato la modalità di fare distribuzione diretta, utilizzando una modalità *push* e meno *pull*, con maggiore programmazione, si sono cominciati a distribuire farmaci a domicilio.

È il momento giusto per pensare ad una modifica normativa, perché non sarà una legge scritta a tavolino, ma deve tener conto del tanto che nel frattempo si è evoluto nella realtà e deve partire da quello che funziona

C'è bisogno di una cornice nazionale per evitare le differenze regionali che sono diventate disuguaglianze nazionali. Dobbiamo imparare a non ragionare a compartimenti stagni. Il cittadino non ha bisogno delle singole figure, ma di che tutte assieme che siano capaci di collaborare, e ognuno deve fare un salto in avanti e cambiare le proprie prassi.

Marco di Marco

EM: *Il DM 77/22 (regolamento applicativo del DM 71/22) ha riorientato l'offerta del SSN sul territorio cercando di promuovere l'assistenza territoriale per i pazienti fragili e cronici, tuttavia non ha previsto esplicitamente la figura del farmacista dirigente nelle COT e negli ospedali di comunità (PNRR). Qual è il suo parere in merito a questa chiamiamola "dimenticanza" e quanto questo può incidere su un governo ottimale dei servizi sul territorio?*

Come Agenas siamo stati artefici del DM 77/22. Avendo in Italia norme datate su tanti temi, è sempre difficile cambiare. La riforma è un punto di partenza e va attuata, assieme al PNRR.

Il primo passo sarà definire le infrastrutture, il contenitore dove si sviluppa il nuovo modello assistenziale, che finora è stato ospedale-centrico.

Nella riforma vi sono varie articolazioni organizzative che si innestano sull'architettura strutturale del PNRR: le case di comunità, le COT, gli ospedali di comunità, elementi che prima non c'erano e che dobbiamo organizzare al meglio. In queste strutture devono operare alcune figure di riferimento: i medici di medicina generale, gli infermieri, nelle COT, ad esempio, è previsto l'infermiere come raccordo fra i vari setting assistenziali.

La COT è un'articolazione, ma non dobbiamo ragionare a compartimenti stagni. Pensiamo al cittadino che entra a contatto con il SSN attraverso la porta del territorio e viene preso in carico in un percorso assistenziale. In questo percorso si innestano le varie figure professionali e quindi anche il farmacista, ospedaliero, territoriale e convenzionato. Non dobbiamo quindi pensare solo ai luoghi fisici, ma alle funzioni e ai percorsi.

In una logica multidisciplinare e nell'ottica che l'infrastruttura informatica dovrà assumere un ruolo sempre più importante, con la raccolta centralizzata dei dati utilizzati dai vari attori/operatori, il farmacista deve avere un ruolo nel supporto al clinico nella scelta dei farmaci, per il paziente per le informazioni, nel monitoraggio del consumo dei farmaci nell'ottica della sostenibilità del sistema.

Francesca Venturini

EM: *L'evoluzione dalla Farmacia Ospedaliera a Farmacia Clinica ha riorientato la professione del farmacista trasformandola in attività patient oriented, ma gli organici attuali ci costringono spesso a scelte difficili: quali sono oggi le linee di attività da favorire in una moderna farmacia clinica e perché?*

Abbiamo ascoltato in queste giornate tanti esempi virtuosi e modelli nei quali l'implementazione di attività di farmacia clinica orientata al paziente ha avuto successo. Tuttavia, partiamo da situazioni disomogenee, e quindi questi modelli non possono essere universalmente applicati.

Se avessimo a disposizione una norma che definisca in dettaglio le attività obbligatorie per le farmacie ospedaliere e i servizi farmaceutici territoriali, in maniera infungibile, a fronte di una dimostrazione di miglioramento degli esiti di salute del paziente, dal punto di vista clinico, organizzativo, economico, questa domanda non ce la faremmo. L'investimento da parte dello stato centrale, delle regioni, delle aziende sanitarie in personale dirigente farmacista sarebbe automatico. Ma non siamo in questa situazione.

Tuttavia, per una farmacia ospedaliera o un servizio farmaceutico moderno e al passo con i tempi, non è più procrastinabile l'attivazione di servizi e attività di farmacia clinica rivolti al singolo paziente. È un'affermazione che mi sento di sostenere, sia come direttore di una farmacia ospedaliera in una azienda universitaria con oltre 1.700 posti letto, sia come presidente di una società scientifica che ha come mission la formazione e la ricerca in farmacia clinica.

Quali accorgimenti si possono adottare, quindi? Da un lato si possono efficientare quei percorsi che, grazie alle tecnologie, possono ridurre il tempo uomo e liberare risorse da dedicare alla parte clinica. È chiaro che anche questo è un investimento, seppur in una voce di spesa diversa, la tecnologia, ma è pur un costo che le aziende devono sostenere. E che, comunque, non è risolutivo.

Un altro accorgimento è ricercare e testare dei modelli di intervento adeguandoli al sistema sanitario italiano e alle relative risorse disponibili. Durante queste due giornate abbiamo assistito alla descrizione di modelli diversi con organici molto differenti: la farmacia ospedaliera dell'IRCCS Sant'Orsola di Bologna ha nel suo staff 30 farmacisti strutturati, cioè un rapporto di 1 ogni 40 posti letto; l'azienda ospedaliera Mauriziano di Torino ha in staff 1 farmacista ogni 35 posti letto. In Azienda Ospedale – Università di Padova, io ho a disposizione un farmacista ogni 80 posti letto. Tutti questi nostri esempi sono comunque molto distanti dai modelli anglosassoni, dove, in media, c'è un farmacista ogni 7 posti letto.

È chiaro che con questi numeri non posso dedicare un farmacista in ogni reparto, ma devo adeguarlo, ad esempio, prevedendo un farmacista trasversalmente impegnato all'interno di ogni dipartimento clinico, che copre, quindi, l'assistenza farmaceutica di un certo numero di unità operative cliniche. Questa può essere una soluzione accettabile a breve termine, ma deve trovare un opportuno adeguamento a medio-lungo termine.

Da ultimo mi preme sottolineare che le regioni, su input centrale, pongono alle aziende sanitarie dei tetti spesa per i beni sanitari, ma anche per il personale. La regione in cui lavoro, il Veneto, per confrontare la performance delle diverse aziende sanitarie e per autorizzare le nuove assunzioni ed i turnover, ha recentemente sviluppato un applicativo che correla la spesa per il personale alla produzione dell'azienda in termini di remunerazione in ricoveri, attività ambulatoriale e prestazioni diagnostiche, che è facilmente applicabile alla parte medica ed infermieristica. Sarà importante studiare come fare analogo calcolo per i farmacisti, per i quali non è ancora prevista l'erogazione di prestazioni, anche se in molte presentazioni di ieri nella sessione dedicata alla farmacia clinica abbiamo ascoltato esperienze dove la consulenza del farmacista è ufficializzata e refertata in cartella clinica come consulenza al medico nel supporto di una prescrizione appropriata o counselling al paziente. Questa attività dovrebbe essere monetizzata per calcolare l'effettivo apporto del farmacista clinico nel percorso di cura ed il relativo ritorno economico per il SSR.

Come categoria professionale dobbiamo impegnarci nel dimostrare che questi servizi portano un beneficio per il sistema e cercare di trovare degli indicatori per calcolare il ritorno di salute.

Questo è il momento giusto, perché siamo culturalmente pronti e siamo in un momento di rapida evoluzione del sistema. La classe medica su questo è con noi, perché come professionisti non possono che trarre beneficio da una collaborazione con l'esperto del farmaco, mantenendo, chiaramente, ognuno il proprio ruolo e competenza.

Nicola Realdon

EM: *Il percorso formativo della specializzazione (altamente professionalizzante ma carente in alcune nuove necessità di iperspecializzazione) è ancora attuale? È ancora un baluardo per garantire l'unicità del ruolo nonché la sicurezza e la qualità delle cure?*

Vorrei innanzitutto smontare il preconetto che l'università eroga una formazione non al passo con i tempi, facendo l'esempio dell'audience presente a questo convegno. Tutti noi presenti, anche i più giovani, siamo entrati nella professione da almeno 10 anni. Siamo stati, quindi, formati, attraverso un percorso formativo che non è quello al quale gli studenti di oggi sono esposti, e i cui risultati si vedranno come minimo fra 5 anni.

Sicuramente l'accademia ha tempi lenti, ma i risultati dei percorsi di riforma si vedono dopo molti anni, e dobbiamo quindi aspettare.

Anche in università esistono delle difformità applicative. Recentemente il corso di laurea è stato riformato in seguito all'introduzione della laurea abilitante. In questa occasione, ci sono stati atenei che hanno dovuto operare modifiche più approfondite, mentre per altri si è trattato solo di aggiustamenti.

Per quanto riguarda la scuola di specializzazione, c'è un altro elemento da ricordare: i contenuti sono sempre attuali ed attualizzati perché gran parte dell'attività formativa viene svolta nella pratica professionale con le ore di tirocinio.

Per fare farmacia clinica c'è l'esigenza di nuove competenze, molto specialistiche e settoriali. In questo senso mi sento di fare due commenti: il primo è che, a differenza di quanto succede per la medicina, la classe farmaceutica è una sola, e quindi è difficile creare dei percorsi formativi iper specialistici. Inoltre, è vero che si possono portare avanti corsi di perfezionamento, master o altro in ambiti specifici della farmacia clinica. Ma questi non possono essere surrogati di una formazione multi tematica come è adesso la scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera.

Anche il cambiamento di nome della scuola, che è stato accennato nella sessione di ieri, da farmacia ospedaliera a farmacia clinica, è possibile. Ma questo non risolve il problema della necessità di iperspecializzazione.

Va messo sul tavolo un altro elemento, invece, fondamentale per assicurare lo sviluppo e l'applicazione della farmacia clinica nelle nostre aziende sanitarie: va superata la dicotomia fra struttura universitaria e struttura ospedaliera. Per il medico, ad oggi, c'è unicità fra dirigenza ospedaliera e cattedra universitaria. Non è attualmente possibile per il farmacista. L'istituzione di cattedre di "farmacia clinica", così come da me recentemente in proposta presso il mio ateneo, supererebbe questa dicotomia.

Giorgio Cavallero

EM: *L'area unica di contrattazione della Dirigenza Sanitaria ha cambiato il vecchio paradigma medico-centrico, contribuendo a rinnovare l'immagine della sanità pubblica in termini di collaborazione attiva multidisciplinare e multiprofessionale. Ora siamo nel vico del rinnovo contrattuale all'Aran in quale modo il prossimo CCNL cercherà di influire sui modelli organizzativi relazionali interni alle Aziende Sanitarie?*

Posso anticipare che la novità tangibile del nuovo contratto sarà l'istituzionalizzazione dell'inquadramento degli specializzandi iscritti agli ultimi anni come dirigenti a tempo determinato, in analogia a quanto già applicato dal decreto Calabria. Lo specializzando degli ultimi anni, quindi, diventerà un professionista e non più uno studente.

È dal 1981 che la riforma europea prevede il pagamento di una borsa di studio per gli specializzandi. Questo non è mai stato attuato per i farmacisti. Pur nell'ottica di una applicazione da qui in avanti, c'è da sottolineare che la borsa di studio è uno strumento molto datato. In tutto il mondo lo specializzando è un lavoratore.

Dobbiamo ringiovanire l'età di ingresso dei giovani nel servizio, mettere insieme la formazione teorica con quella pratica sul campo e riportare un po' di ricerca clinica nelle strutture pubbliche, lì si può fare ricerca e c'è il posto per farmacisti in più in un contesto esterno. Queste sono novità normative vere.

CHIUSURA DEI LAVORI

I diversi contributi offerti hanno decisamente assolto la funzione attesa, ovvero hanno offerto la possibilità di esplorare a fondo la poliedricità del sistema farmacia SSN; soprattutto hanno evidenziato il livello di qualità offerto agli utenti senza rinunce verso l'equità, l'efficacia e l'efficienza dell'offerta assistenziale. È altresì emerso il possibile recupero di risorse sprecate, l'individuazione critica dei migliori strumenti terapeutici (farmaci e dispositivi medici) e i benefici di una attenta *governance*.

Tutto questo però non può e non deve essere lasciato all'iniziativa del singolo manager o, peggio ancora, del singolo professionista, bensì deve essere tradotto in:

- strutture organizzate in ogni presidio secondo standard definiti e codificati con modelli organizzativi omogenei sul territorio nazionale, pesati sulla complessità del territorio e delle strutture afferenti;
- organici adeguati e polimorfi;
- linee di attività definite e normate a livello nazionale;
- professionisti adeguatamente formati, specializzati e iper-specializzati;
- ruolo di terzietà istituzionalizzata.

Dalla stretta collaborazione tra le diverse associazioni (sindacato di categoria, società scientifica, FOFI, Scuole di specialità) e i vari consulenti sarà disegnata, a breve termine e con il contributo di tutti gli attori coinvolti, una proposta di legge che segni l'inizio della nuova era della professione nel SSN e che sancisca e istituzionalizzi:

- le borse di specializzazione per i dirigenti farmacisti;
- la Farmacia Clinica;
- il Servizio Farmaceutico Territoriale di Distretto/AUSL/Ospedali di Comunità e Centrali Operative.

Con particolare focus sulla definizione:

- dei ruoli nelle diverse aree nonché degli incarichi legati alle responsabilità gestionali e dirigenziali;
- dei fabbisogni di personale per le due diverse Aree: Ospedaliera e Territoriale;
- dell'assistenza farmaceutica come LEA e tariffe correlate.



ISTITUZIONI E ASSOCIAZIONI INVITATE

- AAROI - EMAC - Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
- AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
- AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco
- AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla
- ALTEMS - Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari
- ANAAO - ASSOMED - Associazione Medici Dirigenti
- ANCI Associazione Nazionale Comuni Italiani
- ANED - Associazione Nazionale Emodializzati, Dialisi e Trapianto
- ARAN - Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni
- ASSESSORI SANITÀ REGIONALI
- CGIL MEDICI - Funzione Pubblica CGIL Medici e Dirigenti
- CIMO - Il Sindacato dei Medici
- CISL MEDICI - Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori Medici
- CITTADINANZA ATTIVA
- CODIFO - Collegio dei direttori di Farmacia Ospedaliera
- CODIRP - Confederazione di Dirigenti della Repubblica
- COMMISSIONI SANITÀ CAMERA E SENATO
- CONFERENZA DELLE REGIONI - Conferenza delle regioni e delle province autonome
- CORTE DEI CONTI
- COSMED - Confederazione sindacale della dirigenza del pubblico impiego
- ENPAF - ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA FARMACISTI
- FACOLTA DI FARMACIA
- FARMINDUSTRIA
- FASSID - Federazione AIPac - AUIPI - SIMeT - SiNaFO - SNR - Dirigenti
- FEDIR SANITÀ - FEDERAZIONE DIRIGENTI E DIRETTIVI PUBBLICI
- FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

ISTITUZIONI E ASSOCIAZIONI INVITATE

- FIMMG - Federazione Medici di Medicina Generale
- FOFI - Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani
- FONDAZIONE GIMBE
- FONDAZIONE RICERCA E SALUTE
- FONMOCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
- FVM - Federazione Veterinari e Medici
- GUARDIA DI FINANZA
- ISTITUTO MARIO NEGRI
- MINISTERO SALUTE
- MINISTERO SALUTE NAS
- ON RADAR
- ONAOSI - Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani
- ORDINE DEI FARMACISTI DI ROMA
- POLITICHE DEL FARMACO REGIONALI
- RENASFO - Rete Nazionale degli Specializzandi in Farmacia Ospedaliera
- SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA
- SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie
- SLOWPHARMACY - Associazione scientifico-culturale
- STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE
- TRIBUNALE DEL MALATO
- UIL FLP MEDICI
- UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare

ELENCO DEI PARTECIPANTI

SALUTI ISTITUZIONALI

Amedeo Bianco	Presidente Fondazione ONAOSI
Silvio Brusaferrò	Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
Emilio Croce	Presidente ENPAF
Luigi D'Ambrosio Lettieri	Vicepresidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani - FOFI
Marcello Gemmato	Sottosegretario alla Sanità (invitato)
Giovanni Leonardi	Segretariato e Direzioni Generali del Ministero della Salute
Andrea Mandelli	Presidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani - FOFI
Francesco Rocca	Presidente Regione Lazio
Orazio Schillaci	Ministro della Salute (invitato)

RELATORI E MODERATORI

Antonio Addis	Dipartimento di Epidemiologia SSR - Regione Lazio
Paolo Baldo	Direttore UOC Farmacia Ospedaliera, Centro di Riferimento Oncologico Aviano (PN) - Componente Comitato Scientifico SIFaCT
Valentino Bertasi	Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera - Distretto 4 Ovest Veronese SINAFO - Segretario Regionale Veneto SiNaFO
Annalisa Campomori	Direttore dell'U.O. Farmacia ospedaliera dell'Ospedale di Trento presso il Servizio ospedaliero provinciale
Maria Carafa	Professore Ordinario - Dipartimento di Chimica e Tecnologie del Farmaco - Università La Sapienza di Roma
Eleonora Cerutti	Dirigente Farmacista SC Farmacia Ospedaliera Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano, Torino - Componente Comitato Scientifico SIFaCT
Giangiuseppe Console	Già Direttore UOC Farmacia Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS Ospedale Oncologico di Bari - Presidente Associazione SiNaFO
Valentina Di Iorio	UO Radiofarmacia IRCCS IRTS Dino Amadori, Meldola, (FC)
Giusy Di Sanza	Dirigente Farmacista, UO Farmacia Clinica dei Blocchi Operatori, Azienda USL - Bologna
Roberta Di Turi	Direttore Dipartimento dei Servizi UOC Farmacia Ospedaliera ASL Roma 3 Segretario Generale SiNaFO
Vera Damuzzo	Dirigente Farmacista, AULSS 2 Marca Trevigiana, V. Veneto (TV) Componente Comitato Scientifico SIFaCT
Giulia Dusi	Direttore UOC Farmacia ASST Garda, Desenzano (BS) - Segretario SIFaCT

ELENCO DEI PARTECIPANTI

Roberto Frontini	Past President European Association of Hospital Pharmacists (EAHP)
Umberto Gallo	Dirigente Farmacista UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale ULSS 6 Euganea, Padova - Componente Consiglio Direttivo SIFaCT
Silvio Garattini	Presidente e fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri"
Annalisa Gasco	Direttore SC Farmacia Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano, Torino
Anna Maria Marata	Coordinatore della Commissione Regionale del Farmaco regione Emilia Romagna
Nello Martini	Presidente Fondazione Ricerca e Salute
Carla Masini	Direttore Farmacia Oncologica IRCCS IRST, Meldola (FC) Presidente Eletto SIFaCT
Daniele Mengato	Dirigente Farmacista, Azienda Ospedale-Università Padova Presidente Comitato Scientifico SIFaCT
Giuseppe Ostino	Già Presidente Società Italiana di Farmacia Ospedaliera
Stefano Palcic	Responsabile SS Farmaceutica convenzionata e per conto Azienda sanitaria universitaria giuliano isontina - Trieste Segretario Regionale FVG SiNaFO
Angelo Palazzo	Già Direttore della farmacia dell'Istituto Oncologico Veneto-IOV Past President SIFaCT
Fabio Pieraccini	Direttore Dipartimento Farmaceutico della Romagna
Nicola Realdon	Presidente della Conferenza dei Direttori SSFO Direttore SSFO Università degli Studi di Padova
Marco Ruocco	Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale ASST - Brianza Tesoriere SIFaCT
Giovanna Scroccaro	Direttore Direzione Farmaceutico-Protesica Dispositivi Medici Regione del Veneto, Venezia
Paolo Serra	Direttore Responsabile del Servizio di Farmacia Ospedaliera del P.O. S. Martino di Oristano - Componente Segreteria Nazionale SiNaFO
Maria Chiara Silvani	Direttore f.f. UO Assistenza Farmaceutica Ospedaliera AUSL Romagna Componente Comitato Scientifico SIFaCT
Alessandra Stancari	Direttore UOC Farmacia Clinica, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Domenica Taruscio	Già Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità
Francesco Trotta	Dirigente Settore HTA ed economia del farmaco - Dirigente Ufficio Monitoraggio della spesa farmaceutica e rapporti con le Regioni - AIFA
Francesca Venturini	Direttore UOC Farmacia Azienda Ospedale - Università Padova Presidente SIFaCT

ELENCO DEI PARTECIPANTI

INVITATI E PARTECIPANTI ALLA TAVOLA ROTONDA

Paolo Carra Generale	Comando Carabinieri per la tutela della Salute - NAS (invitato)
Marcello Cattani	Presidente FARMINDUSTRIA
Giorgio Cavallero	Segretario Generale COSMED
Antonio Decaro	Presidente ANCI Associazione Nazionale Comuni Italiani (invitato)
Marco Di Marco	Dirigente Attuazione Monitoraggio LEA - Agenas
Roberta Di Turi	Direttore Dipartimento dei Servizi - UOC Farmacia Ospedaliera ASL Roma 3 Segretario Generale SiNaFO
Rosa Maria Esilio	Tenente - Comando Carabinieri per la tutela della Salute
Massimiliano Fedriga	Presidente Conferenza delle regioni e delle province autonome (invitato)
Annalisa Mandorino	Segretario Generale Cittadinanza Attiva
Domenico Mantoan	Direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali Agenas (invitato)
Ester Maragò	Giornalista "Quotidiano Sanita"
Giovanni Migliore	Presidente FIASO (invitato)
Teresa Petrangolini	Direttore Patient Advocacy Lab di ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore
Nicola Realdon	Presidente della Conferenza dei Direttori SSFO Direttore SSFO Università degli Studi di Padova
Massimo Scaccabarozzi	Direttore di ON RADAR
Giovanna Scroccaro	Direttore "Direzione Farmaceutico - Protesica Dispositivi Medici Regione del Veneto" - Venezia
Maruska Strappatelli	Tenente Colonnello - Comando Carabinieri per la tutela della Salute
Francesca Venturini	Direttore UOC Farmacia Azienda Ospedale - Università Padova Presidente SIFaCT

ELENCO DEI PARTECIPANTI

COMITATO SCIENTIFICO ED ORGANIZZATIVO

PRESIDENTE

Luisa Paese

Già Direttore Dipartimento Farmaceutico
e direttore UOC Farmacia Polo H2 - ASL Roma 6 - Albano Laziale (Roma)
Componente Segreteria Nazionale SiNaFO
e Segretario Generale Aggiunto SiNaFO

COMPONENTI

Laura Agnoletto

Dirigente Farmacista AULSS 5 Polesana – Rovigo - Componente CD SIFaCT

Valentino Bertasi

UOC Farmacia Ospedaliera - Distretto 4 Ovest Veronese
Componente Segreteria Nazionale SiNaFO
e Segretario Regionale Veneto FASSID Area SiNaFO

Gisella Carrucciu

Dirigente Farmacista Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari
Componente CD SIFaCT - Segretario Regionale Sardegna FASSID Area SiNaFO

Giangiuseppe Console

Già Direttore UOC Farmacia Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”
IRCCS Ospedale Oncologico di Bari - Presidente Associazione SiNaFO

Giuseppe De Marco

Dirigente Farmacista - Azienda Ospedaliera di Cosenza, P.O. dell’Annunziata
Componente Segreteria Nazionale SiNaFO
e Segretario Regionale Calabria FASSID Area SiNaFO

Sabrina Di Persio

Dirigente Farmacista - Ospedale Sant’Andrea di Roma
Segretario Regione Lazio FASSID Area SiNaFO

Roberta Di Turi

Direttore Dipartimento dei Servizi - UOC Farmacia Ospedaliera ASL Roma 3
Segretario Generale SiNaFO

Giulia Dusi

Direttore UOC Farmacia ASST Garda, Desenzano (BS) - Segretario SIFaCT

Annarita Gasbarro

Dirigente Farmacista Policlinico di Bari - Componente CD SIFaCT

Carla Masini

Direttore Farmacia Oncologica IRCCS IRST, Meldola (FC)
Presidente Eletto SIFaCT

Angelo Palozzo

Già Direttore della Farmacia dell’Istituto Oncologico Veneto-IOV
Past President SIFaCT

Marco Ruocco

Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale ASST Brianza
Tesoriere SIFaCT

Paolo Serra

Direttore Responsabile del Servizio di Farmacia Ospedaliera del P.O. S.
Martino di Oristano - Componente Segreteria Nazionale SiNaFO

Francesca Venturini

Direttore UOC Farmacia Azienda Ospedale - Università Padova
Presidente SIFaCT

Atti del
Congresso

**STATI
GENERALI**
DELLA PROFESSIONE
FARMACEUTICA
OSPEDALIERA
E TERRITORIALE NEL SSN

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DI SUPPORTO ALL'EVENTO

Segreteria Nazionale SiNaFO

Largo Arenula, 11 - 00186 - Roma

Loredana Francucci

Danila Francucci

segreterianazionale@sinafo.it

info@sinafo.it

PEC: segreterianazionale@pec.sinafo.it

Tel. +39 06 687 6408

Fax. +39 06 686 5479

www.sinafo.it

Referente SIFaCT

Marco Chiumente

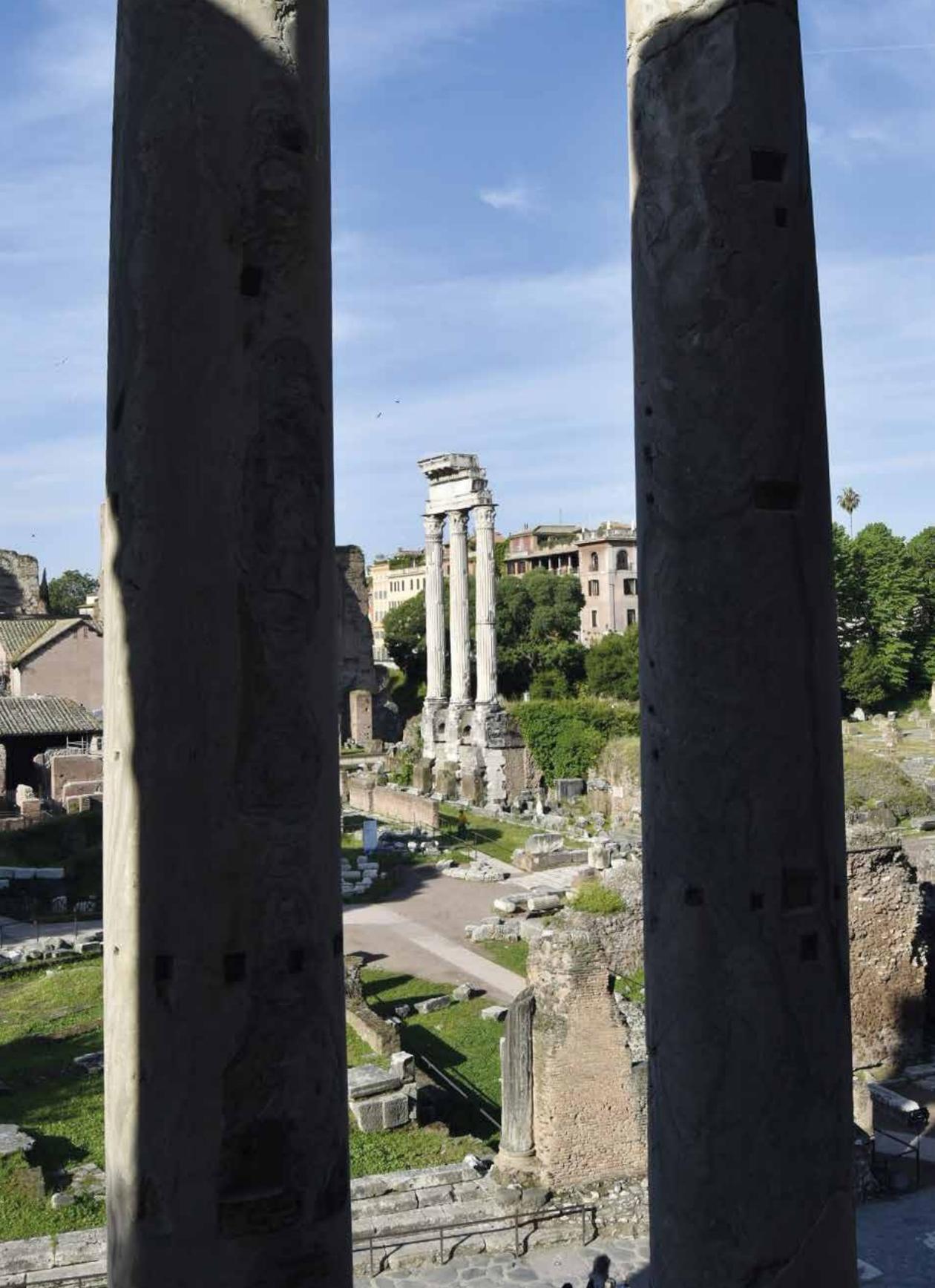
marco.chiumente@sifact.it

www.sifact.it

Ufficio Stampa

Loredana Ulivi

Cell. 331 2053657





Francesco Rocca, Presidente della Regione Lazio



Segretario Generale SiNaFO; Presidente SIFaCT



Professor Silvio Garattini, Presidente e fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri"



Dottor Luigi D'Ambrosio Lettieri, Vicepresidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani - FOFI



Interno Nobile Collegio - prima giornata



Il Segretario Generale SiNaFO ed i giovani colleghi di RENASFO



Il Presidente SIFACT ed i giovani colleghi di RENASFO



Interno Nobile Collegio - seconda giornata



Momenti della Tavola Rotonda



Momenti della Tavola Rotonda



Conclusione dei lavori



Presidente eletto SIFaCT; Segretario Generale SiNaFO; Presidente SIFaCT; Segretario Generale Aggiunto SiNaFO



Foto di gruppo - SIFaCT e SiNaFO





