

# IL RUOLO DEL FARMACISTA NELL'AMBITO DEL PROGETTO CREG

## The role of pharmacists in the CREG project

Gianni Petrosillo

Federfarma Lombardia

### Keywords

Chronic Related Group  
Organizational models  
Pharmacies

### Abstract

The CREG (Chronic Related Group) project was launched in 2011. It is still being tested and is undergoing a process of expanding to new regional areas. Ultimately, it will have to be contextualized within the new organizational models, which are based on the Regional Health Service (SSR) reform currently being studied by the Lombardy Region. Pharmacies immediately proposed a collaborative approach, seeing clear aspects of involvement in the management of chronic illness. The proposed activity was accepted in the text of a recent renewal agreement between pharmacies and the Lombardy Region (DGR n. X/2566, 31/10/2014), which will take shape through the work of specific regional technical meetings.

## Lo sviluppo del Progetto CReG

**Obiettivo del progetto CReG è affrontare le problematiche attuali della Cronicità e in particolare dare soluzione alla frammentazione dei percorsi di cura e dei trattamenti terapeutici, alla scarsa conoscenza da parte dei cittadini della rete dei servizi e alle conseguenze connesse ad un inadeguato trattamento terapeutico.**

Nelle determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale (SSR) per l'esercizio 2011, assunte con Delibera n. IX/937 del 1° dicembre 2010, è stato dedicato l'intero allegato 14 al tema della Cronicità e del CReG (*Chronic Related Group*). Obiettivo dichiarato è di affrontare le problematiche attuali della Cronicità e in particolare dare soluzione: *“alla frammentazione dei percorsi di cura e dei trattamenti terapeutici, alla scarsa conoscenza da parte dei cittadini della rete dei servizi e alle conseguenze connesse ad un inadeguato trattamento terapeutico”*. Il progetto si prefigge di affrontare la maggiore criticità, ossia, l'insufficienza del processo di continuità delle cure che viene percepita dal cittadino come inefficienza del “Sistema” ed è causa dell'incapacità di coordinare le diverse modalità di assistenza e di costi e disagi per il malato, la famiglia e gli operatori.

In quest'ottica, la Giunta Regionale, con la Delibera n. IX/1479 del 30 marzo 2011, ha definito i requisiti del Provider/Gestore e previsto (DGR n. IX/1283 del 1° febbraio 2011) una sperimentazione in cinque ASL del nuovo modello CReG, atto a coordinare e integrare fra loro i servizi extra ospedalieri a favore dei pazienti cronici. Le aree interessate dalla sperimentazione sono quelle delle ASL di Bergamo, Como, Lecco, Melegnano e Milano. La gestione dei diversi aspetti in cui si articola l'assistenza sanitaria del paziente è affidata ad un unico soggetto, individuato dalle ASL, che dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia, governare le risorse messe a disposizione e garantire le *“necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale.”*

Con Decreto n. 4383 del Direttore Generale Sanità, datato 16 maggio 2011, sono stati approvati i criteri per individuare i pazienti da reclutare nel CReG, il relativo ammontare delle risorse e le modulazioni tariffarie. In una prima fase, le patologie individuate sono state: broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), scompenso cardiaco, diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari, garantendo ad ogni paziente coinvolto la corretta erogazione di tutte le prestazioni indicate dai percorsi di cura.

Quindi ed in breve, il modello CReG si fonda su:

- 1) un modello standard di “identificazione” della malattia cronica, basato su raggruppamenti omogenei di patologia, “*cui è assegnata una tariffa che comprende i consumi per le componenti: ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica minore*”;
- 2) la definizione di un piano sanitario *ad personam*;
- 3) la presa in carico del paziente da parte di un soggetto “gestore”, remunerato per il servizio.

La remunerazione per il gestore si concretizza nella differenza tra il budget “virtuale”, consistente nella spesa massima sostenibile per i pazienti arruolati, e quella sostenuta dal soggetto gestore (delibera 2989/2014).

La Regione ha puntualmente accompagnato fino ad oggi tutto lo sviluppo del progetto con numerosi interventi normativi di programmazione delle attività e dei finanziamenti. A fine 2014, la sperimentazione ha visto l'arruolamento di circa 60.000 pazienti con patologie croniche e il coinvolgimento di circa 500 medici di medicina generale. Alla luce dei risultati raggiunti, valutati positivamente, Regione Lombardia ha deciso di proseguire nell'investimento del progetto, tanto che, con la DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015*”, ha fornito ulteriori “*indirizzi sulla sperimentazione CreG*”, disponendo per il suo proseguimento nel corso del 2015, con l'arruolamento di nuovi pazienti e il coinvolgimento di nuove ASL.

## L'evoluzione dei nuovi modelli organizzativi e la riforma del SSR

*Esigenze di risparmio e di miglior efficienza di sistema vengono affrontate mediante il decentramento di funzioni, dall'ospedale al territorio, anche attraverso una diversa organizzazione delle cure primarie per la gestione del paziente cronico.*

Le crescenti esigenze di risparmio accentuano le criticità conseguenti alla gestione delle patologie croniche. Il 70% circa della spesa è da imputare alla cronicità, che richiede quindi un approccio nuovo verso:

- lo sfruttamento delle potenzialità delle risorse delle reti già esistenti;
- il miglioramento dei profili di cura attraverso la consapevole collaborazione del cittadino;
- la riorganizzazione delle reti.

Il Programma di Sviluppo Regionale (PSR) della X legislatura della Regione Lombardia (PSR 2013-2018) prevede che “*Si procederà allo sviluppo di modelli organizzativi strutturati territoriali per la cronicità, la continuità delle cure, le attività socio-assistenziali, attraverso un progressivo ri-orientamento della rete di assistenza territoriale e delle cure primarie (sviluppo CReG, cure intermedie, cure sub acute, ...) che, con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le farmacie e in affiancamento ai centri per la famiglia, può permettere di evitare ricoveri inappropriati e il ricorso abnorme alle strutture di emergenza coinvolgendo anche la rete dei poliambulatori pubblici e privati e la rinnovata rete delle unità di offerta socio-sanitarie (compresa la riabilitazione territoriale)...*”

Le farmacie sono quindi chiamate a svolgere un ruolo attivo nella riorganizzazione, con precisa acquisizione di compiti di supporto, assistenza, vigilanza con finalità di monitoraggio dei pazienti nei loro percorsi di cura e a compimento del decentramento di funzioni dalle strutture più complesse al territorio. A titolo di esempio, già negli interventi a tutela della famiglia del PSR Regione Lombardia vede nelle farmacie e nella loro diffusione a rete un luogo di sviluppo dei servizi di informazione e promozione delle attività da implementare. Si interpreta quindi la rete delle farmacie come strumento di amplificazione e di orientamento dell'informazione al fine di valorizzare le reti che offrono servizi di welfare e di semplificare l'accesso ai servizi. È in questi modelli che si possono concretizzare proposte di nuovi ruoli delle farmacie e di sviluppo dei relativi progetti. Tuttavia, la potenzialità delle farmacie nell'implementazione di servizi sanitari e amministrativi è riconosciuta e promossa anche da ulteriori passaggi normativi di cui si tratterà più avanti e che sono frutto di attività propositiva e progettuale individuata come valore da parte del legislatore.

Come fatto cenno in premessa, attualmente è allo studio la riforma del Servizio Sanitario Regionale, che vede tra i compiti di maggior complessità la declinazione sul territorio delle nuove forme organizzative delle cure primarie e la relativa attribuzione delle funzioni. Le AFT, ossia le Aggregazioni Funzionali Territoriali mono-professionali, e le UCCP, le Unità Complesse di Cure Primarie multi-professionali, come previste dal Decreto Balduzzi e richiamate dal Patto della Salute, dovranno prendere forma cer-

cando proprio di portare maggior servizio nella gestione della cronicità, riducendone l'amplificazione dei costi derivante da percorsi diseconomici in quanto privi di coordinamento. I CREG dovranno necessariamente essere integrati in queste nuove forme che, di fatto, ne dovrebbero rappresentare l'evoluzione a conferma della validità dei principi alla loro base costitutiva.

## Il contesto normativo dello sviluppo dei nuovi ruoli della farmacia

*La farmacia viene individuata dal legislatore come supporto nell'erogazione di servizi, nel contesto della riorganizzazione dei modelli di assistenza, della gestione del paziente cronico e dell'innovazione digitale.*

D'altronde, crescono gli strumenti normativi a riprova della necessità di coinvolgere le farmacie nell'ambito dello studio e dell'implementazione di economie di scala a tutto vantaggio del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in termini di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse e possibilmente di incremento della qualità delle prestazioni. Dopo il D.Lgs 153/2009 e i relativi decreti attuativi, si sono registrati ulteriori interventi in campo normativo, quali il dossier farmaceutico e i richiami all'interno del Patto per la Salute 2014-2016.

### Dossier Farmaceutico

Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, il D.Lgs 21 giugno 2013 n. 69 ha istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE (fascicolo sanitario elettronico), aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione. È evidente quanto possa essere importante la realizzazione di una raccolta di dati di consumo dei farmaci per ogni singolo cittadino, ai fini della verifica di coerenza che può estendersi dai potenziali casi di interazioni e controindicazioni all'uso appropriato e al rispetto dell'aderenza e della persistenza alle terapie. Ovviamente il farmacista, in quanto potenziale depositario dei consumi totali del cittadino e preparato a fornire e gestire le relative informazioni, è il professionista più indicato per governare il Dossier Farmaceutico che, a sua volta, risulta essere lo strumento ottimale non solo per la gestione della cronicità, ma anche per l'attivazione di processi di screening e la realizzazione di report specifici.

### Il Patto per la Salute

Il comma 7 dell'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016, sancito tra Governo e Regioni, stabilisce che *“In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, le Regioni provvedono a definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità.”*

### Il Patto per la Sanità Digitale

Il Patto per la Sanità Digitale è il documento programmatico che riconosce come prioritaria *“La riorganizzazione della rete assistenziale del Servizio Sanitario Pubblico ... non soltanto per le Regioni che sono coinvolte in un piano di rientro finanziario, ma più in generale per tutte le amministrazioni che devono conciliare la crescente domanda di salute con i vincoli di bilancio esistenti”* e inserisce tra i diversi attori coinvolti anche i farmacisti per gestire un elenco di priorità, tra cui:

- *“...Unified Communication e Collaboration come nuova modalità di interazione multidisciplinare tra professionisti in ambito ospedaliero e territoriale;*
- *Soluzioni e servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio: i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali) come nuova modalità di approccio e i sistemi di Patient Workflow Management;*
- *dal Taccuino personale del cittadino al Personal Healthcare Assistant: nuove piattaforme di servizi information intensive per i cittadini; dalla prenotazione e check-in on line, dal pagamento multicanale e contactless al download e upload bidirezionale di informazioni sullo stato di wellness;*
- *logistica del farmaco, farmaco a casa e soluzioni di Business Intelligence per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche;*

- teleconsulto, telerefertazione, telediagnosi, telemonitoraggio, teleriabilitazione; telemedicinae integrazione col Fascicolo Sanitario Elettronico.”

## Le funzioni classiche e le nuove attività della farmacia

*Nel contesto dei modelli di assistenza che prevedono la presa in carico del paziente cronico, la farmacia possiede tutte le potenzialità per rivestire ruoli avanzati che portano risparmio al SSN.*

Il quadro normativo sopra richiamato è emblematico dell'evoluzione in atto nel SSN e di come, in questo processo, sia coinvolto appieno il Servizio Farmaceutico. La farmacia ha subito nella seconda parte del secolo scorso e fino ai nostri giorni una profonda trasformazione: dalla farmacia “magistrale”, ossia, luogo della preparazione e dispensazione del farmaco, alla farmacia della dispensazione del farmaco industriale, con tutti i conseguenti adattamenti di carattere strutturale e gestionale, per arrivare ai giorni nostri ad una farmacia ancora diversa, che si apre a nuovi scenari di servizio a fianco delle strutture amministrative e sanitarie dei sistemi regionali. Quest'ultima fase risponde a logiche riassumibili in tre dinamiche:

1. la ricerca spontanea di spazi di crescita nella soddisfazione di un'evoluzione naturale della professione, già incline a dare supporto e consulenza al cittadino ben oltre i limiti dell'area del farmaco;
2. la risposta ad una domanda crescente del cittadino e che emerge chiaramente dai sondaggi di opinione, ossia l'attesa di una farmacia che offra di più, che sia un vero e proprio primo presidio di soddisfazione dei bisogni di carattere sanitario;
3. il tentativo delle stesse strutture sanitarie di trasferire alla rete delle farmacie servizi sanitari e amministrativi, i primi a dare valore aggiunto alle attività sanitarie territoriali, i secondi a dare supporto in un'area sempre più difficilmente gestibile con livelli di qualità soddisfacenti.

Al momento, le farmacie non sono state esplicitamente coinvolte nel CreG, tuttavia, con la DGR n. X/2566 del 31 ottobre 2014, recante *“Approvazione dello schema di accordo con le farmacie sulla distribuzione dei farmaci in PHT per il periodo 2014-2017 e del progetto distribuzione per conto dei farmaci A-PHT, tramite un'unica azienda capofila per le ASL della Regione Lombardia”*, si prevede la valorizzazione del suo ruolo nell'ambito di attività proprie della gestione dei percorsi della cronicità e si concretizza l'interesse sull'avanzamento della farmacia verso nuovi scenari che calzino perfettamente come supporto alle attività dei CREG.

Ve ne è traccia nelle premesse della DGR sopra citata che, nel D.Lgs 153/2009, *“Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69”*, richiamano:

*“la delega conferita al Governo per definire i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, individuando come nuovi compiti assistenziali:*

- *la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI);*
- *la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;*
- *la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza”;*

- *Il riconoscimento che l'affidamento di tali compiti “risponde all'esigenza di far erogare alle farmacie servizi di secondo livello coerenti con i percorsi diagnostici degli assistiti, anche al fine di decongestionare i servizi delle strutture sanitarie con misure di semplificazione e di risparmio.”*

Di fatto si è sancito l'interesse nel trattare ai tavoli tecnici lo sviluppo di attività pre-cipue della *“Farmacia dei Servizi di cui al D.Lgs 153/2009 e Pharmaceutical Care e relative prestazioni di telemedicina, ... così come previsto dai dispositivi del Patto per la Salute; il progetto è finanziato anche attraverso i fondi del riparto del FSN vincolati alla realizzazione di obiettivi primari tra cui gli interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi”*.

### Le potenzialità della farmacia nel progetto CReG

Le prerogative attribuite alla farmacia dalle novità normative sopra descritte permettono, quindi, di affidare alla rete delle farmacie funzioni essenziali nei progetti della presa in carico del paziente cronico, primo obiettivo dei CReG.

Le principali direttrici di sviluppo verso le nuove funzioni che potrebbero supportare i CReG sono:

- fornire informazioni attiva circa le modalità di arruolamento dei pazienti;
- costituire un punto di orientamento del paziente cronico nei bisogni dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, secondo percorsi d'integrazione tra le diverse reti di assistenza;
- erogare prestazioni nell'ambito dei servizi previsti dal D.Lgs 153/2009 (analisi di prima istanza, telemedicina, prestazioni infermieristiche e fisioterapiche mediante le specifiche figure professionali);
- essere un punto di riferimento per la gestione del monitoraggio delle terapie (controllo dell'aderenza del paziente alle terapie; controllo e registrazione dei consumi di farmaci e trasmissione di report al gestore);
- formare i cittadini al corretto utilizzo dei farmaci e dei presidi diagnostici.

La proposta è quella di evolvere i CReG e l'ADI da compartimenti stagni a sistemi aperti in cui tutte le reti possano, con le proprie specificità, fornire apporti costruttivi per potenziare gli interventi a favore dell'effettivo decentramento e della continuità assistenziale. Questi nuovi ruoli devono essere condivisi tra tutti gli operatori, in un'ottica di collaborazione e integrazione dell'offerta e nel completamento della realizzazione di una nuova rete efficiente e capace di assumere i compiti derivanti dal decentramento delle funzioni.

La farmacia può così essere un "Centro Operativo" secondo il seguente schema:

- il CReG trasmette gli elenchi dei pazienti arruolati, distinti per classi di patologia, all'organizzazione di Federfarma competente per territorio, che a sua volta li mette a disposizione delle farmacie secondo le zone di competenza;
- la farmacia, da quel momento, si costituisce come luogo di collegamento tra CReG, Provider e paziente arruolato;
- la Farmacia si impegna a fornire ogni informazione ai pazienti, anche dedicata al singolo, necessaria per il buon svolgimento del progetto e a seguire il paziente nel corretto utilizzo dei farmaci e dei dispositivi;
- la farmacia traccia ogni contatto con il paziente, trasmettendo al CReG report sui consumi attinenti al protocollo e sulle anomalie riscontrate nella terapia e nell'utilizzo degli ausili protesici (abbandono della terapia, discontinuità, scorretta assunzione, etc.);
- la farmacia trasmette note di farmacovigilanza per eventi riscontrati durante la sperimentazione;
- la farmacia eroga le prestazioni come sopra elencate a remunerazione prestabilita nella logica della competitività tra erogatori.

Federfarma può vigilare sulle attività delle farmacie, con funzioni di assistenza ai rapporti tra farmacie e Gestore.

Tutte le prestazioni sono già regolate dal D.Lgs 153/2009, in attuazione dell'articolo 11 della Legge 69/2009, mentre è necessario un intervento legislativo regionale per la semplificazione degli aspetti tecnici di gestione degli spazi dedicati e per le tariffe.

### Pharmaceutical Care e risparmio per il Servizio Sanitario

Come più volte già accennato, un promettente sviluppo di ruolo del farmacista nella gestione della cronicità è rappresentato dall'attività volta al controllo del corretto utilizzo del farmaco. L'appropriatezza d'uso dei farmaci e il monitoraggio del rispetto delle terapie è un processo che produce una sensibile riduzione dei costi complessivi per l'assistenza dei pazienti affetti da patologie croniche (diabete, ipertensione, BPCO, etc.). Come sopra illustrato, il Dossier Farmaceutico è lo strumento ideale per aumentare il livello di attenzione sui pazienti cronici, poiché permette in concreto una serie di controlli sulle terapie (rispetto dei dosaggi, rispetto della continuità, farmacovigilanza, controllo del paziente in multiterapia, etc.) e, con questi, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, in appropriatezza d'uso dei medicinali, in miglior risposta



alle terapie, in minor numero di giorni di ricovero ospedaliero; in altre parole in miglior utilizzo delle risorse.

Molti sono gli autori che riprendono studi di aderenza attribuendone un sensibile valore in termini di risparmio. AIFA ha pubblicato sul proprio sito un ampio capitolo (*“Aderenza alle terapie e strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci - AIFA 26/08/2014”*) che conferma come *“La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società.”*

Le cause della mancata aderenza sono molteplici, dalla scarsa comprensione alla dimenticanza, dalla complessità delle poli-terapie al timore degli effetti collaterali, tutte sensibilmente rimovibili mediante un lavoro di assistenza che la farmacia può facilmente compiere.

La **Figura 1** riporta uno spaccato delle dimensioni del fenomeno della non aderenza, con un sorprendente dato relativo all'aderenza nelle terapie nelle sindromi ostruttive respiratorie. La **Figura 2** riprende un lavoro del Prof. Sergio Pecorelli, Presidente dell'A-

**Figura 1**  
Tasso di aderenza alle terapie in alcune patologie croniche

Quadro dell'aderenza alle terapie in Italia	
AIFA - Rapporto Osmed gennaio-settembre 2014	
FARMACI	TASSO ADERENZA
ipolipidemizzanti	43,5%
ipoglicemizzanti	61,7%
antidepressivi	39,1%
sindromi ostruttive vie respiratorie	13,9%
osteoporosi	48,5%
antiipertensivi	55,2%


**Figura 2**  
Effetti dell'intervento del farmacista nella gestione della terapia

### L'intervento del farmacista per migliorare l'aderenza alla terapia

- **Risultati incoraggianti sono stati ottenuti in studi controllati con l'obiettivo di misurare l'impatto dell'intervento del farmacista sulla compliance.**
- **Studi sui pazienti con infarto miocardico hanno dimostrato che il farmacista può migliorare la compliance nella terapia farmacologica con conseguente riduzione delle riospedalizzazioni.**
- **Risultati positivi sono stati ottenuti in uno studio su 900 pazienti, nuovi utilizzatori di statine. Frequenti sessioni di *counseling* con il farmacista hanno aumentato l'aderenza alla terapia a 6 mesi dall'inizio.**

Fonti:

- Eussen SR. A pharmaceutical care program to improve adherence to statin therapy: a randomized controlled trial. *Ann Pharmacother* 2010, 44: 1905-13.
- Murray MD et al. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Int Med* 2007; 146: 714-25
- Bouvy M.L. et al. Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study. *J Card Fail* 2003; 9: 404-11



AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

24

genzia Italiana del Farmaco, a dimostrazione del valore dell'apporto professionale del farmacista. Si consideri che a tutto ciò si potrebbe aggiungere la possibilità di svolgere attività di screening, in accordo con tutti gli operatori e condividendone gli strumenti, per l'emersione di patologie non ancora diagnosticate e per le quali invece, proprio ad esempio nelle sindromi respiratorie ostruttive, una diagnosi precoce può facilmente rallentare la progressione a tutto beneficio delle condizioni di vita dei pazienti e del buon utilizzo delle risorse.

## Gli strumenti tecnologici

Federfarma si sta organizzando per dare concretezza a questi progetti con la realizzazione di piattaforme informatiche che possono costituire un utile strumento per lo svolgimento di compiti di assistenza previsti dai relativi decreti attuativi. Ha già realizzato e messo a disposizione di tutte le farmacie italiane una piattaforma informatica per l'erogazione di prestazioni di telemedicina e presto renderà fruibile, sempre a livello nazionale, una seconda piattaforma per le erogazioni di prestazioni sanitarie da parte di infermieri e fisioterapisti, nonché per le prenotazioni di visite e prestazioni diagnostiche. La terza piattaforma sarà pronta nei prossimi mesi e sarà dedicata allo sviluppo di progetti di screening e di *pharmaceutical care*, con l'obiettivo principale di seguire il cittadino e migliorarne i profili di cura nelle patologie croniche.

## Conclusioni

Dovrà probabilmente passare ancora acqua sotto i ponti perché si generino in concreto le condizioni per "tessere" e "saldare" la rete delle farmacie con i modelli organizzativi di assistenza primaria. La sfida per tutti è quella di superare visioni di arroccamento per abbracciare "modelli di sistema", dove ogni comparto possa offrire quanto di meglio può dare per la razionalizzazione dei percorsi del paziente cronico e, con questa, l'innalzamento del livello di qualità dell'offerta e la migliore ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse. L'Amministrazione Pubblica lo ha già riconosciuto come modello virtuoso e vantaggioso, anche se si scontra con dinamiche economiche che poco concedono a progetti di lungo respiro. Anche per la farmacia il processo di conversione è lento ma in progressione, mediante la presa di coscienza della necessità di evolvere in nuovi ruoli a vantaggio proprio e dell'intera organizzazione sanitaria. Timidi ma importanti segnali di collaborazione interprofessionale stanno nascendo e dovranno essere ulteriormente coltivati per una visione più moderna e maggiormente rispondente alle esigenze del Servizio Sanitario ed ai bisogni del cittadino.

## Delibere di riferimento

- DGR n. IX/937 dell'1 dicembre 2010 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 (di concerto con l'assessore Boscagli)*"
- DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - II Provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario*"
- DGR n. IX/1283 dell'1 febbraio 2011 "*Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per l'anno 2011, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento*"
- DDG n. 4383 del 16 maggio 2011 "*Determinazioni in materia di CReG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011. Classi CReG e tariffe*"
- DGR n. IX/3976 del 6 agosto 2012 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali*"
- DGR n. IX/4334 del 26 ottobre 2012 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013*"
- DGR n. X/1185 del 20 dicembre 2013 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*"
- Nota Direttore Generale Sanità H1.2013.0006717 del 26.2.2013
- DDG n. 11454 del 5 dicembre 2013, "*Determinazioni relative alla quantificazione delle risorse da riconoscere ai gestori per il primo anno di sperimentazione CReG (Chronic Related Group)*"
- Nota della DG Salute Prot. H1.2014.0007550 del 20.02.2014
- Deliberazione n. X/1465 del 6 marzo 2014, "*Determinazioni relative alla sperimentazione CReG (Chronic Related Group) - Anno 2014*"
- DDG n. 7407 dell'1 agosto 2014, "*Documento di indirizzo sulla sperimentazione CReG: specificità organizzative, patto di cura, protezione dati personali*"
- DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014, "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015*"
- DDG n. 2287 del 24 marzo 2015, "*Estensione del Progetto CREG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 'Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2015'*"
- DDG n. 3061 del 17 aprile 2015, "*Ulteriori determinazioni in materia di CReG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014*"