

IL RUOLO DEL FARMACISTA IN OSPEDALE

The Role of the Pharmacist in Hospital

Francesco Cattel, Emanuela Caiazza, Elisa Sciorsci, Francesca Re, Matilde Scaldaferrì, Diego Barilà, Maurizio Ferroni

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Italia

Keywords

Hospital pharmacoconomics
Risk management
Clinical pharmacist

Abstract

The hospital pharmacist's perspective is recently changing in Italy. Recession and political crisis led to make choices more carefully because of economic resources available, including those about health. At the same time, hospital pharmacists have to be a part of a clinical team, understanding the different professions and the needs of patients. Innovation is a challenge that goes through the new skills and the implementation of its role. The aim of this article is to provide an overview of the role of hospital pharmacist so far and of its evolution over time.

Introduzione

L'obiettivo primario del farmacista ospedaliero non è più la produzione e la distribuzione del medicinale, ma l'intervento farmacoterapico mirato alla guarigione o quantomeno alla miglior qualità di vita per il malato.

Il settore farmaceutico sta affrontando una fase di profonda evoluzione e cambiamento che ha costretto a ripensare alla figura del farmacista in quanto tale, alla sua prospettiva e ai suoi interlocutori. È forse poco corretto parlare della professione del farmacista in chiave univoca, poiché i numerosi cambiamenti istituzionali, sociali e di mercato costringono ad una visione caleidoscopica del farmacista, scomposta in diverse figure. Nel giro di poco tempo la dimensione economica ha impattato sul ruolo e sull'immagine non solo del farmacista di comunità, ma anche di quello che opera nelle strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, pubbliche e private o nelle aziende farmaceutiche. Le competenze richieste e le attività del farmacista vanno via via diversificandosi, e non solo a seconda delle mansioni svolte nella struttura in cui opera, ma anche in base al contesto istituzionale, al background dell'azienda e infine, ma non meno importante, alla collocazione geografica.

Il farmacista da un lato si è dovuto interfacciare con le politiche di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, dall'altro ha dovuto far fronte alle richieste di collaborazione delle farmacie per l'erogazione di nuovi servizi assistenziali da parte dei Servizi Sanitari Regionali, il tutto in un contesto di mutamento sociale del rapporto di fiducia tra le professioni sanitarie e i pazienti. A questo bisogna aggiungere anche l'inevitabile incremento dei bisogni di salute e prestazioni sanitarie legate, da un lato, ad un fattore culturale e, dall'altro, all'invecchiamento della popolazione.

In questo scenario si inserisce la complessa *mission* del Farmacista Ospedaliero che, nel rispetto della normativa vigente, consiste nell'“essere parte attiva del processo assistenziale, rendendo disponibili prestazioni e informazioni atte ad assicurare interventi terapeutici efficaci, sicuri ed economicamente compatibili” ma che, col tempo ha acquisito nuove competenze in tre grandi aree d'intervento: logistica, per quanto riguarda l'acquisizione e la distribuzione di farmaci e materiale sanitario; tecnica, nel settore di preparazione e manipolazione di medicinali; clinica, articolandosi in diversi settori, dalla pharmacoconomia al *Risk Management*, dalla gestione del Governo clinico alla Sperimentazione, implementata dall'introduzione della nuova figura del Farmacista Clinico o di Reparto.

Il governo clinico ha attraversato varie fasi e affonda le sue radici nei primi degli anni ottanta; infatti, in un primo tempo l'obiettivo di gestire il paziente tramite un ottimale sfruttamento di beni, servizi, tecnologie, ecc. era raggiunto tramite la gestione e il controllo preventivo per mezzo di leggi, regolamenti e semplici esercizi di bilancio

Corrispondenza: Francesco Cattel, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Corso Bramante, 88 - 10126 Torino (Italy), E-mail: fcattel@gmail.com

finanziario (preventivo e consuntivo). Il governo clinico viene definito infatti come *“il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”* [1].

Nel corso degli anni il governo clinico ha spostato la sua attenzione sulle attività in grado di accompagnare il paziente, gestendo e modulando tutti gli aspetti che concorrono al suo ottimale stato di salute. A partire da ciò il ruolo del farmacista ospedaliero ha subito una riconfigurazione: è prima di tutto l'esperto del farmaco e di tutte le problematiche a esso connesse; il farmacista si è evoluto da preparatore e dispensatore del farmaco, attività orientata alla gestione del prontuario, alla logistica e alla galenica tradizionale, a farmacista di reparto, attività orientata alla patologia e quindi all'ottimizzazione della terapia, a farmacista clinico erogatore di *“pharmaceutical care”*, attività volta alla presa in carico della terapia del singolo paziente bilanciando in modo intelligente l'assegnazione delle risorse, il tutto coadiuvato dallo sviluppo di un sistema di *knowledge management*, aggiornamento professionale, condivisione di conoscenze e competenze a livello aziendale rispetto all'uso del farmaco, valutandone l'appropriatezza d'uso. Il palco su cui si muove l'attore-farmacista gli impone di evolversi coerentemente con le dinamiche dell'ambiente in cui opera, nella consapevolezza che ripensare al proprio ruolo e rimodellarsi non è solo un'esigenza dettata da valutazioni economiche contingenti, ma è l'unico modo per dare nuova vita a quel complesso sistema di valori e competenze che da sempre caratterizza la professione del farmacista.

Il team multidisciplinare

Il farmacista ospedaliero, inserito in un team multidisciplinare accanto al medico e all'infermiere, si configura come un valido strumento per creare un ambiente che favorisce l'espressione di un'eccellenza clinica compatibile con le risorse economiche assegnate.

Nel lavoro di gruppo si stabiliscono dei meccanismi per i quali il lavoro individuale influenza la performance di tutta la squadra e quindi il miglioramento delle competenze del singolo professionista rafforza la qualità del lavoro degli altri e svolge un ruolo essenziale nella prevenzione dei rischi per i pazienti.

Esperienze di varie Aziende Ospedaliere hanno dimostrato quanto sia importante la creazione di un team multidisciplinare che coinvolga medico, farmacista e infermiere: è risultato evidente come, ad esempio, quando il farmacista interviene con la sua professionalità nell'attività di distribuzione diretta, i risultati siano complessivamente vincenti dal punto di vista economico e dell'appropriatezza prescrittiva, in ragione della tutela e del miglioramento del percorso terapeutico del paziente, in collaborazione con il clinico di riferimento [2].

Alle dissertazioni semplicistiche che vedevano il clinico come responsabile di diagnosi, cura e somministrazione del farmaco e relegavano il farmacista al ruolo di dispensatore del farmaco e burocrate intento a ridurre la spesa farmaceutica, si è contrapposto un tentativo di cambiamento che ha portato, specie in alcune realtà italiane, ad una collaborazione tra professionisti sanitari e che ha coinvolto il farmacista a pieno titolo nel percorso terapeutico. L'implementazione di linee guida condivise e di informazione indipendente, l'attenzione posta al corretto utilizzo delle risorse, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e, di conseguenza, la riduzione dell'errore clinico, sono processi che dovrebbero coinvolgere il farmacista ospedaliero in un team multidisciplinare.

L'esperienza del farmacista di dipartimento si muove in questo senso e prende le mosse da realtà già esistenti in altri Paesi europei e non, come la Gran Bretagna o gli Stati Uniti, in cui il farmacista è integrato nella vita del reparto, sfrutta le proprie competenze, consapevole di avere uguali responsabilità ma anche la stessa motivazione e ugual soddisfazione del team di esperti con cui collabora *in primis* per il bene del paziente. Niente di tutto ciò è frutto di improvvisazione e per far sì che si lavori in un clima cooperativo e che le proprie competenze siano riconosciute, lì dove non basta più un titolo a “fare” un professionista della salute, è necessario che siano attivati dei percorsi che formino i giovani professionisti ad un ruolo ancora poco noto e poco presente in Italia, fatto salva qualche eccezione come Torino, Bari o Palermo, che promuovano l'instaurarsi di una solida alleanza operativa tra medici, infermieri e farmacisti e, nel contempo, con il paziente e i familiari.

Finora il farmacista, quale “esperto del farmaco”, è stato chiamato a far parte di comitati di valutazione (commissioni terapeutiche, commissioni di gara.), a effettuare delle scelte consapevoli e a valutare l'utilizzo dei farmaci secondo criteri di appropriatezza che rispondano alle vigenti normative, a evidenze scientifiche, a valutazioni farmacoeconomiche. Un maggior impegno condiviso nell'appropriatezza delle prescrizioni - derivanti da un'analisi critica dei lavori scientifici, da una maggiore comune attenzione all'impiego di linee guida, da una costante aderenza ai protocolli stabiliti in équipe - potrà condurre a individuare soluzioni diagnostico-terapeutiche, evitando trattamenti a oltranza, dannosi e costosi, e permettendo quella lotta agli sprechi capace di ottenere ampi margini di risparmio. Si rende urgente, quindi, la valutazione della reale portata innovativa del nuovo farmaco da parte del team, il suo rapporto costo-efficacia e si necessita, forse ancora di più, di una standardizzazione delle informazioni all'interno del gruppo di lavoro.

La gestione del rischio clinico

La maggior parte dei Paesi occidentali ha identificato nel farmacista di reparto una figura professionale in grado di affrontare le criticità in ambito clinico, con particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva, al rischio clinico e alla corretta allocazione e gestione delle risorse nel campo del farmaco.

La gestione del rischio clinico comprende un insieme di iniziative volte a ridurre il verificarsi di danni o eventi avversi correlati con le prestazioni sanitarie. Gli eventi avversi dovuti ad errori durante il processo di gestione del farmaco sono riconosciuti come la causa di danno più frequente nei pazienti ospedalizzati. Il verificarsi di questi eventi, per lo più prevenibili ed evitabili (con un *range* tra i diversi studi che varia dal 28% al 56% dei casi [3], anche se non tutti seguiti da danno al paziente) mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o l'inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori, nonché una formazione non idonea [4]. Negli Stati Uniti, il Dipartimento della Salute ha dichiarato che oltre 770.000 tra *injuries* e morti sono state causate da effetti avversi ai farmaci, con un costo di circa 5 milioni di dollari all'anno per gli ospedali americani [5]. I fattori individuali hanno un peso importante nella pratica clinica ma spesso altre componenti, insite nell'organizzazione, determinano il verificarsi dell'errore. La prevenzione degli eventi avversi dovuti a errori in corso di terapia farmacologica legata all'uso dei farmaci cosiddetti *LASA* (farmaci che hanno nomi o confezioni simili e farmaci che hanno nomi di simile pronuncia: *Look-Alike/Sound-Alike*) è uno degli ambiti più rilevanti nel contesto delle iniziative per la sicurezza delle cure. Tali errori sono riconosciuti come la principale causa di danno nei pazienti ospedalizzati [6, 7].

Gli errori più frequenti nell'uso dei farmaci avvengono durante le fasi del processo terapeutico nella prescrizione, trascrizione/interpretazione, preparazione, distribuzione e somministrazione del farmaco [8]. Le strategie di prevenzione degli errori in terapia attuate finora si sono concentrate su alcuni elementi cardine:

- L'utilizzo di tecnologie informatizzate: le prescrizioni attraverso i sistemi informatizzati hanno portato ad una maggiore garanzia in merito alla sicurezza dei dati e quindi a quella dei pazienti e hanno permesso la tracciabilità del percorso del farmaco fino al momento della somministrazione.
- La distribuzione dei farmaci in “dose unitaria”: il cosiddetto Decreto Balduzzi del Settembre 2013 [9] sancisce che “Previa autorizzazione dell'Aifa, la farmacia ospedaliera può allestire dosaggi individuali (..) le Regioni sono autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, *sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errore e di consumi impropri ...*”. L'uso della dose unitaria dovrebbe così permettere la verifica di ogni singola prescrizione e della preparazione della terapia giornaliera per ogni paziente. In questo modo, non solo ci si aspetta un abbattimento della percentuale degli errori di distribuzione, ma anche di quelli di somministrazione. L'uso della dose unitaria dovrebbe inoltre ridurre i costi indiretti legati all'impiego del personale, con riduzione dei tempi dedicati alla gestione delle scorte e alla somministrazione, e potrebbe generare un risparmio per l'Azienda in termini di riduzione delle scorte di reparto con benefici di capitale economico non impegnato, azzeramento degli scaduti e diminuzione del consumo totale di farmaci.

- La partecipazione attiva dei farmacisti nella gestione del processo clinico in collaborazione con medici ed infermieri [10]. Infatti i risultati che si possono ottenere dipendono dall'attuazione di piani multidisciplinari che presuppongono un forte cambiamento culturale. A tal scopo il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, introducendo una serie di "raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti.

Appropriatezza nell'uso dei farmaci

Ove presente, il farmacista ospedaliero può attuare un approccio multidisciplinare, permettendo di intervenire su un aspetto fondamentale del "governo" del farmaco in una realtà sanitaria: l'appropriatezza prescrittiva, definita come misura dell'adeguatezza delle terapie farmacologiche adottate per trattare uno specifico stato patologico.

Il farmacista, in virtù delle conoscenze e competenze in materia di farmacologia, tecnica farmaceutica, farmacodinamica e farmacocinetica acquisite durante il percorso formativo e nell'esercizio dell'attività professionale, "*mette a disposizione dei pazienti e dei colleghi il frutto delle proprie esperienze tecnico-scientifiche*" (articolo 7 del Codice deontologico del Farmacista), affiancandosi agli altri professionisti della Salute, nel rispetto degli specifici ambiti di attività riconosciuti dalla legge, garantendo il corretto impiego dei farmaci da parte dei cittadini e monitorando l'efficacia della terapia prescritta.

Qualsiasi monitoraggio del consumo di medicinali non può prescindere dall'analisi dei profili di appropriatezza d'uso dei medicinali attraverso l'individuazione di indicatori idonei a sintetizzare sia le scelte prescrittive del medico, sia le modalità di utilizzazione del farmaco da parte del paziente. L'inappropriatezza prescrittiva è causa di un aumento delle visite ambulatoriali, del tasso di ospedalizzazione e del rischio di morte, con un conseguente impatto clinico ed economico da non sottovalutare [11, 12.] Durante la fase di distribuzione dei farmaci ai pazienti, si è cercato di rilevare eventuali problemi legati ai trattamenti prescritti, sperimentando la trasformazione del momento di dispensazione in uno di rilevazione, analisi, valutazione della terapia, della patologia e dei bisogni dei pazienti e inoltre garantendo un valido supporto gestionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica aziendale.

Per definire l'appropriatezza prescrittiva in senso stretto sono necessarie analisi che permettano di confrontare le modalità prescrittive con standard predefiniti (*analisi dell'aderenza*), intendendo sia l'aderenza alle *modalità d'uso dei farmaci* (ad es. l'uso continuativo dei farmaci nei trattamenti cronici) sia l'aderenza alle *indicazioni terapeutiche* (ad es. la prescrizione dei farmaci con specifica indicazione per la tipologia di paziente considerato) [13].

Gli studi finora condotti hanno evidenziato che dal 30% al 50% dei pazienti non prende completamente o in parte i farmaci prescritti; ciò costituisce un problema soprattutto in caso di patologie croniche e un fattore di rischio soprattutto nella popolazione anziana [14], nonché è causa di procedure e di ospedalizzazioni non necessarie [15]. L'aderenza alla terapia non va intesa semplicemente come assunzione della stessa: essa coinvolge, infatti, un'ampia serie di cambiamenti di comportamento e di stile di vita, ciascuno dei quali svolge un ruolo importante per la riuscita del trattamento (per es., la dieta, l'attività fisica, il controllo dello stress).

La stessa OMS definisce l'aderenza come "un importante modificatore dell'efficacia dei sistemi sanitari" e che "aumentare l'aderenza terapeutica può avere un impatto sulla salute della popolazione molto maggiore di ogni miglioramento di specifici trattamenti terapeutici".

Infatti, la maggior aderenza ai trattamenti produce benefici economici in termini di costi correlati alla malattia e di conseguenti ospedalizzazioni.

Nell'ambito del percorso terapeutico globale del paziente, l'obiettivo è quello di elaborare una modalità strutturata di colloquio con il paziente e di gestione della terapia utili a favorire la piena aderenza.

In questo caso, il farmacista può senz'altro affiancare le altre figure professionali preposte alla presa in carico del paziente fornendo tutte le informazioni necessarie e corrette sui farmaci prescritti; inoltre il farmacista è formato alle abilità del counseling, attraverso l'ascolto attivo dei bisogni del paziente, e può metterlo in condizione di scegliere responsabilmente e consapevolmente in merito ai trattamenti e ai comportamenti da adottare.

Risk management e dispositivi medici

I dispositivi medici (DM) costituiscono lo strumento quotidiano di lavoro per il personale sanitario, impattano direttamente sulla salute dei pazienti e rappresentano per le strutture sanitarie un fattore produttivo sofisticato dalle cui caratteristiche e modalità di impiego nei processi assistenziali dipende la qualità delle prestazioni erogate [16]. Il consumo di dispositivi medici ha ormai raggiunto un'incidenza tale in ospedale da far pensare ad un pareggio con il comparto farmaceutico da qui a breve. Il dispositivo medico è l'emblema dell'innovazione tecnologica, importante fattore di miglioramento della salute della popolazione. Il concetto di appropriatezza negli acquisti di tecnologie biomediche dipende dall'appropriatezza della spesa, dell'acquisto e nell'utilizzo dei DM (**Figura 1**).

L'introduzione di nuove tecnologie in sanità non può prescindere da una puntuale e attenta analisi sia delle ricadute per i pazienti (analizzabili attraverso studi di *Evidence Based Medicine*) sia dell'interazione della tecnologia con l'uomo (operatore e/o paziente), l'organizzazione, il sistema e l'ambiente (studi di Health Technology Assessment, HTA). Infatti è noto che una gran parte degli errori in ambito ospedaliero derivi da un utilizzo scorretto dei DM: da qui l'importanza della formazione puntuale del personale.

Ovunque vengano dispensate cure mediche il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per questo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore della qualità della cure.

Quando prendiamo in esame una qualsiasi "impresa" bisogna considerarla dotata di un rischio "intrinseco" arginato per lo più da norme e strumenti condivisi; a maggior ragione, quando il soggetto è l'Azienda Ospedaliera, vi è una parte di rischio non calcolato dovuto a variabili meno note, a circostanze occasionali che si cerca di limitare grazie a politiche di gestione del rischio volte alla riduzione degli errori evitabili. Se non si può eliminare completamente l'errore umano, è fondamentale favorire le condizioni lavorative ideali e porre in atto un insieme di azioni che renda difficile per l'uomo sbagliare.

La storia della medicina e della sanità annovera molti esempi di tecnologie che non hanno prodotto i benefici attesi, in alcuni casi causando, invece, dei danni. Occorre, quindi, evitare di introdurre nuove tecnologie senza valutarne l'effettivo rapporto rischio/beneficio, che non siano effettivamente "innovative" e la cui efficacia clinica non sia realmente stata dimostrata.

Figura 1
Triangolo dell'appropriatezza



Questo aspetto dovrebbe essere ormai superato con l'entrata in vigore della Direttiva 2007/47/CE [17] che impone ai fabbricanti di dimostrare, oltre alla sicurezza dei DM, anche la loro efficacia in termini di miglioramento dello stato di salute attraverso sperimentazioni cliniche.

In questo contesto ben si inserisce la figura del farmacista poiché queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario. In tutte le fasi dell'attività di *Risk Management* il farmacista ospedaliero ha trovato un suo ruolo e, si spera, un suo riconoscimento: dalla conoscenza e analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle) all'individuazione delle cause, dal monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore all'implementazione delle soluzioni proposte.

Se all'inizio l'attività di *risk management* si proponeva meramente come la risposta ad esigenze di tipo economico-sanitario, ora si è reso necessario un difficile seppur necessario cambiamento di cultura, nel tentativo di promuovere un effettivo miglioramento della sicurezza per il paziente [18] uscendo dalla sola logica dei contenziosi e degli indennizzi.

La farmaeconomia

Il farmacista ospedaliero può favorire la razionalizzazione delle risorse economiche promuovendo l'utilizzo del farmaco attraverso criteri farmaco-economici.

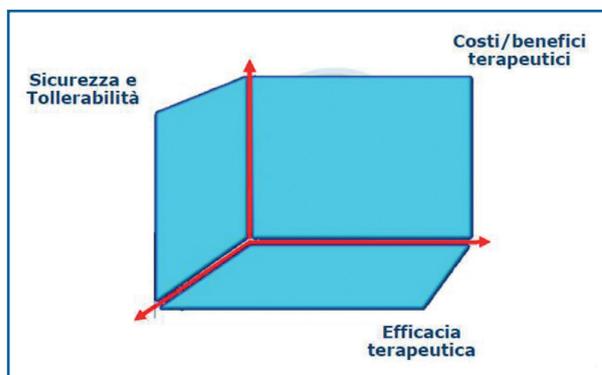
Ogni stato oggi giorno deve affrontare la sfida in merito al tema della salute senza poter prescindere dalle risorse disponibili. L'invecchiamento progressivo della popolazione con conseguente aumento della morbilità, l'introduzione di farmaci innovativi, ad alta tecnologia e molto costosi, l'ingresso sul mercato di nuovi mezzi tecnologici di supporto alla professione sanitaria, sono solo alcuni dei fattori da tenere in considerazione per poter vincere tale sfida.

Appare evidente che l'utilità e la convenienza di un farmaco si affiancano, e spesso sono un necessario completamento, della sua validità terapeutica. Se il privato, erogatore degli strumenti e mezzi diagnostico-terapeutici alla sanità pubblica, tende a prospettare un vantaggio sul piano economico, più che su quello socio-sanitario, il pubblico dovrebbe rispondere in maniera altrettanto incisiva muovendosi nella logica di un impiego razionale delle risorse al fine di una loro corretta allocazione. La sfida consiste nel riuscire nel tentativo di razionalizzare la spesa farmaceutica mantenendo e, meglio ancora, migliorando i livelli di assistenza sanitaria (**Figura 2**). *“La crescita della spesa sanitaria imputabile a diversi fattori quali l'aumento dei bisogni assistenziali, la crescita delle aspettative da parte dei pazienti e l'aumento del tasso di innovazione tecnologica hanno accresciuto la necessità di prendere decisioni informate e condivise sull'adozione di tecnologie sanitarie, avvalendosi della metodologia dell'HTA”* [19].

In risposta alla ormai cronica crisi finanziaria che sta pesando sulle scelte del sistema sanitario, bisognerebbe dare il giusto riconoscimento ai professionisti sanitari, elemento cardine del SSN, e focalizzarsi sul loro ruolo, in particolare modo sulla collaborazione tra le diverse figure professionali, guidando le singole scelte sulla base dei principi dell'HTA.

La numerosità dei farmaci e la necessità di utilizzarli in modo sicuro ed efficace rendono indispensabile definire un programma di razionalizzazione all'interno degli Ospedali.

Figura 2
Farmaeconomia: la terza dimensione delle scienze farmaceutiche [20]



È il farmacista ospedaliero che deve interagire con i clinici e valutare l'appropriatezza terapeutica, che consente sia una maggiore adesione alle linee guida condivise sia un risparmio strutturale, ma proponendo provvedimenti mirati al raggiungimento di parametri costo/efficacia, costo/beneficio e rischio/beneficio soddisfacenti. Per fare ciò non ci si può affidare a regole generali di stampo matematico ma c'è bisogno di personale qualificato che sappia tastare il polso della situazione, che consideri le circostanze effettive, i soggetti coinvolti e il valore in termini di impatto sulla qualità di vita e sulla spesa sociale. Proprio perché non parliamo più di obiettivi di politica sanitaria monodimensionale (solo efficacia o solo costo di un servizio), ma pluridimensionali (che correlano cioè l'efficacia di un programma ai costi che esso genera), non si può ipotizzare di prescindere da un professionista dedicato. Il farmacista ospedaliero è in grado di identificare obiettivi specifici (a medio-lungo termine) di contenimento della spesa, è capace di effettuare un monitoraggio della prescrizione, funge da *trait d'union* tra indicatori regionali e Medico di Medicina Generale (MMG) e, conseguentemente, è in grado di valutare il raggiungimento degli obiettivi preposti per ciascun MMG, quantificando le risorse generate che saranno poi destinate a investimenti in beni, servizi e progetti per l'assistenza primaria. È infatti fondamentale che, pur partendo dal presupposto che le risorse economiche non sono infinite, perché gli obiettivi di salvaguardia del paziente e appropriatezza delle cure siano perseguiti, i professionisti della salute e il Governo sanitario, locale o centrale che sia, parlino la stessa lingua. È indubbio che la qualità degli studi di farmacoeconomia è direttamente proporzionale alla correttezza ed obiettività della loro impostazione e conduzione, e che condivide le problematiche ancora oggi attuali per la ricerca clinica ed epidemiologica. Problema cruciale dell'analisi, infatti, sta nell'individuazione di obiettivi reali, scelti in primo luogo per la loro rilevanza sanitaria e non commerciale e nell'utilizzo di dati attendibili che derivano da studi clinici metodologicamente ben condotti o da metanalisi.

Formazione/informazione

Da sempre, l'atto di dispensazione dei farmaci prevede un'attività di informazione ed educazione al corretto uso dei medicinali. Si tratta proprio di ciò che viene definito "*Pharmaceutical Care*" e che si potrebbe tradurre come "*assistenza del farmacista*", intesa come intervento del professionista, all'atto della dispensazione, con informazioni, istruzioni, avvertenze, consigli al paziente e verifiche prima e dopo l'impiego dei farmaci. Inoltre, il farmacista, che è sicuramente la figura professionale più competente, in quanto appositamente formata in materia, promuove e partecipa a campagne istituzionali gestite in collaborazione con la pubblica amministrazione in diversi ambiti sanitari (contro il fumo, contro la droga, contro il doping, etc.). Questa responsabilità viene assunta dal farmacista allo scopo di assicurare che la terapia farmacologica sia efficace e sicura, soprattutto dopo che l'attività di continuità assistenziale ospedale-territorio lo ha portato a interventi di erogazione diretta ai pazienti. È la formazione continua lo strumento insostituibile per mantenere gli adeguati livelli di conoscenza e di competenza del personale sanitario. Il *Department of Health* inglese nel 1998 definì la *Pharmaceutical Care* "un processo di apprendimento continuo rivolto agli individui e ai team che interseca i bisogni dei pazienti, migliora gli esiti di salute e si focalizza sulle priorità del Servizio Sanitario ed espande e completa le potenzialità dei professionisti".

I programmi formativi devono tener conto delle motivazioni e dei bisogni personali, e devono avere obiettivi specifici, misurabili, raggiungibili, realistici e pianificati in un arco di tempo definito. Il lavoro del farmacista all'interno di strutture ospedaliere si sviluppa intorno alla formazione/informazione del personale, al rilevamento delle reazioni avverse che permetterà di garantire standard di *safety* internazionali per il follow-up dei pazienti, all'elaborazione e divulgazione delle informazioni ottenute. Inoltre esperienze nuove come quella della domiciliarizzazione delle cure rappresentano una delle prossime sfide in cui si ravvisa la necessità di attrezzarsi con competenze nuove e diverse. Solamente tramite una comunicazione tempestiva e consapevole il farmacista può sviluppare un contatto col paziente, forte della sua competenza e della capacità di costruire un dialogo continuo, da sempre una delle prerogative della pro-

fessione. D'altro canto, le conoscenze a 360 gradi del farmacista gli permettono di porsi come interlocutore attento e partecipe delle istituzioni pubbliche e private, dalle società scientifiche agli organi politici sanitari e, in quanto tale, dovrebbe avere la possibilità sempre maggiore di produrre collaborazioni e intavolare discussioni mirate al miglioramento dell'ambito socio-sanitario con gli organi preposti.

Il farmacista clinico

Il farmacista clinico non è solo dispensatore del farmaco, ma è una figura capace di integrarsi con il servizio sanitario e sempre più attento al paziente, punto focale della sua pratica professionale.

Il farmacista è l'esperto in materia di farmaco che, ad oggi, in Italia, esercita le sue competenze secondo indirizzi operativi dedicati al personale sanitario e alla popolazione dei pazienti. L'attenzione del farmacista e gli interventi conseguenti dovranno, invece, essere sempre più finalizzati alle criticità che interessano il singolo paziente e la singola terapia farmacologica (appropriatezza, compatibilità, interazione, utilizzo *off-label*, farmacovigilanza, vigilanza dispositivi medici, etc.), con particolare attenzione, quindi, alla specifica problematica clinica. Ad oggi il ruolo del farmacista clinico è, secondo la normativa vigente, quello di occuparsi dell'approvvigionamento, conservazione e distribuzione ai reparti, delle preparazioni galeniche, del controllo di qualità, della sperimentazione clinica (comitato etico, segreteria scientifica, farmaci sperimentali), di farmacovigilanza, di produrre informazione sui farmaci e dispositivi medici al personale sanitario e ai pazienti in dimissione, di gestire il monitoraggio e l'analisi dei consumi/costi farmaci e dei dispositivi medici, di condurre un'attività ispettiva sulla gestione stupefacenti nei reparti e di interessarsi di farmacoepidemiologia. Un progetto pilota del ministero della Salute, avviato nel marzo 2010, ha previsto l'introduzione del farmacista di reparto in 5 ospedali (Torino, Padova, Ancona, Bari, Taormina). Sono stati coinvolti nella sperimentazione in particolare i dipartimenti di oncologia ed ematologia, in cui vengono utilizzati trattamenti ad alto costo, che richiedono monitoraggio intensivo. Dai dati raccolti, la sperimentazione condotta in Italia ha dimostrato una diminuzione di oltre il 30% degli errori nelle terapie farmacologiche [21].

Le competenze del farmacista in materia di farmacologia, tecnica farmaceutica, farmacocinetica, farmacoeconomia possono rappresentare un prezioso contributo all'attività del personale sanitario di ospedali, policlinici universitari e centri di ricerca. Infatti, le specifiche competenze del farmacista possono essere particolarmente utili per attuare un percorso virtuoso di interazione con il personale medico, sia per quanto attiene la corretta ed efficace gestione e l'impiego dei farmaci autorizzati, sia per l'utilizzo dei farmaci nell'ambito di trial clinici. Le stesse competenze sono fondamentali per la tutela della salute del cittadino nell'ambito del percorso di sviluppo che mira alla piena inclusione del farmacista clinico nel *Clinical Team* di reparto, e per l'attività di collaborazione con i clinici che permetterà di gestire meglio le terapie e redigere linee guida appropriate ad ogni reparto [22].

Dalle prime esperienze portate avanti, emblematica è quella di Torino, dove è attivo anche un corso di perfezionamento in farmacista di reparto e si è concretizzata sempre maggiormente la volontà di passare da un'attività centrata sul farmaco a una orientata alla patologia/clinica, per finire a un'attività centrata sul paziente individuale. Diventa sempre più evidente come il farmacista tenda ad avvicinarsi ai suoi interlocutori, non restando più confinato (si spera!) nella farmacia dell'ospedale, ma muovendosi attivamente nei reparti a contatto con medici, infermieri e pazienti, o entrando a far parte di un team di cure primarie, interagendo così non solo con i clinici ma anche con i pazienti a cui fornisce, oltre al farmaco, anche un punto d'ascolto e risposte sulle terapie o i comportamenti da adottare. Il farmacista clinico, che in Italia si nutre di prospettive ancora nebulose, è una realtà consolidata in altri Paesi, primi fra tutti Inghilterra e USA dove viene impiegato per le sue prerogative formative e professionali, che non mancano nel nostro Paese, ma che ancora non sono stati riconosciuti come premessa imprescindibile per giustificare un investimento culturale ed economico adeguato.

Conclusione

Il farmacista ospedaliero è ormai un professionista riconosciuto per le sue competenze ma manca un percorso strutturato di riconoscimento e di valutazione del suo operato;

in questa pericolosa vacanza di regole il farmacista ospedaliero deve esercitare tutta l'influenza che deriva dalla multidisciplinarietà della sua formazione e del suo ruolo. Ogni figura professionale deve rendersi indispensabile per far funzionare gli ingranaggi del sistema in cui opera ed è innegabile che il farmacista è un anello fondamentale della catena, ma che è sottoposto a continue pressioni interne ed esterne per via del suo essere "signore di tutto e padrone di niente". Il periodo storico che stiamo vivendo spesso diventa un alibi per non osare, per non cercare di dare nuova vita ad un sistema che funziona, ma magari in maniera così lenta e macchinosa da diventare inefficiente. Eppure, come diceva Einstein: *"Non possiamo pretendere che le cose cambino se continuiamo a fare le stesse cose. La crisi porta progressi perché spinge a cercare soluzioni e vie di uscita"*.

Bibliografia

- [1]. Donaldson L. An organisation with a memory. Clin Med JRCPL 2002; 2: 452-7.
- [2]. Martini G, D'Alessandro D, et al. Programmazione di un percorso di assistenza farmaceutica per pazienti affetti da sclerosi multipla. Boll SIFO 2012; 58(3): 138-41.
- [3]. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA 1995; 274: 29-34.
- [4]. Acciarri G, Romani MC, Mazzoni I et al. Prevenzione dell'errore terapeutico: suggerimenti per una corretta gestione dei farmaci look-alike e sound-alike. Boll SIFO 2011; 57(6): 325-31.
- [5]. Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree; Guidelines 2.0. Accreditation Council for Pharmacy Education. Chicago, February 14, 2011.
- [6]. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: About Medication Errors. <http://www.nccmerp.org/medErrorCat-Index.html> (last accessed Apr. 5, 2006).
- [7]. Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci: Raccomandazioni, Integrazione e Formazione. <http://www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp>. Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III.
- [8]. Rapporto nazionale: "Risk Management in Sanità, il problema degli errori", Ministero della Salute - 2004.
- [9]. Gazzetta Ufficiale: DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".
- [10]. Spencer FC. Human error in hospitals and industrial accidents: current concepts. J Am Coll Surg. 2001; 193(2): 230.
- [11]. Fillenbaum GG, Hanlon JT, Landerman LR, et al. Impact of inappropriate drug use on health services utilization among representative older community-dwelling residents. Am J Geriatr Pharmacother 2004; 2: 92-101.
- [12]. Lau DT, Kasper JD, Potter DE et al. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. Arch Intern Med 2005; 165: 68-74.
- [13]. L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale OsMed Anno 2012. http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2012.pdf
- [14]. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. Am Heart J 1995; 130 (3 Pt 1): 572-9.
- [15]. Rand CS, Wise RA. Measuring adherence to asthma medication regimens. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149 (2 Pt 2): S69-76.
- [16]. Derrico P, Ritrovato M, Faggiano F, et al. Valutazione e sicurezza dei dispositivi medici in una prospettiva di risk-management. Boll. SIFO 2011 Vol. 57 N. 3.
- [17]. Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi. Gazzetta Ufficiale del 13 marzo 2010, n. 60 <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/10037dl.htm>
- [18]. Trucco P, Cavallin M. Sicurezza del paziente: esperienze e prospettive nell'analisi quantitativa del rischio clinico. In: Pagano A, Vittadini G. Qualità e valutazione delle strutture sanitarie, ETAS, Italia, 2004; 293-303.
- [19]. Documento programmatico SIFO 2012-2016. http://www.sifoweb.it/images/pdf/chi_siamo/organizzazione/doc_prog_2012-2016_rev_00_28_10_2012.pdf
- [20]. Farmaeconomia e marketing farmaceutico, università di Pisa http://www.marketingfarmaceutico.it/1/upload/11.farmaeconomia_13.pdf
- [21]. Il Farmacista di Dipartimento quale strumento per la prevenzione degli errori in terapie e l'implementazione delle politiche di Governo clinico in ambito oncologico. Ministero della Salute 2011 - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1638_allegato.pdf
- [22]. Scaldaferrì M, Sciorsci E, Canepari ME, et al. Esperienza di collaborazione interdisciplinare farmacista di reparto-ematologo per la gestione della terapia antifungina sistemica in un reparto di ematologia. Boll SIFO 2011; 57(5): 242-3.