

delle scuole già attivate. Il nuovo ordinamento è partito ufficialmente con l'anno accademico 2008-2009. Le scuole già attivate sono 20 e a regime dovrebbero essere 24. A livello nazionale, il numero totale dei posti è di 150 ogni anno, numero che è stato definito sulla base del turn over effettivo, in modo da formare dei Farmacisti che, con relativa facilità, possano poi trovare uno sbocco professionale. Un bilancio dell'anno che abbiamo appena vissuto permette di evidenziare diversi aspetti positivi, quali:

- un piano didattico comune a livello nazionale;
 - validi approfondimenti di tematiche affrontate nei corsi di laurea specialistica;
 - discipline speciali quali la Bioetica e la Farmacogenetica;
 - attività professionalizzante più aderente alle esigenze dell'attività formativa;
 - presenza di strutture di eccellenza nella rete formativa;
 - formazione il più possibile uniforme a livello nazionale.
- Purtroppo sono evidenti alcune criticità, quali:
- difficoltà nella gestione degli esami di ammissione;
 - eccessiva frammentazione di alcuni corsi;
 - difficoltà di ricoprire alcuni insegnamenti;
 - difficoltà di relazione con alcuni referenti e tutors delle strutture;
 - difficoltà di attuazione del piano formativo;
 - impossibilità di reperire fondi per attività di supporto, quali seminari, stages, ecc..;

- difficoltà di ogni specializzando che deve restare senza lavoro retribuito per 4 anni;
- difficoltà di contatti col Ministero per risolvere il problema fondamentale dei contratti.

È auspicabile che l'impegno di tutte le componenti, compresi gli specializzandi, consenta di mantenere alto il livello di qualità delle Scuole e impedisca che le Scuole del nuovo ordinamento differiscano dalle precedenti solo perché quadriennali e non più triennali.

NUOVI ASPETTI PROFESSIONALI DELLA PROFESSIONE DI FARMACISTA

E. Novellino
Ordine dei farmacisti di Avellino

La professione di farmacista sta subendo in questi ultimi anni una profonda trasformazione ed una differenziazione di ruoli in quanto sta cambiando il concetto di salute e tutto quanto ad esso collegato. Il ruolo ed i contenuti del farmacista ospedaliero evolveranno sempre più verso la Clinical pharmacy, mentre il farmacista di comunità dovrà interessarsi della cura delle persone sane e del mantenimento del loro stato di salute. Sono adeguati i corsi di laurea in Farmacia e La Specializzazione in Farmacia Ospedaliera a dare una risposta concreta e fattiva a tutto ciò?

Diversità di risorse ed uguaglianza di diritti: priorità per una progettualità collaborativa

LE ESIGENZE DELLA CLINICA IN UN CONTESTO DI FEDERALISMO SANITARIO PER UN'ASSISTENZA EQUA

G. Rasi
Agenzia Italiana del Farmaco

Il Titolo I della Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale afferma il principio, ripreso dall'art. 32 della Costituzione, che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività. In accordo ai principi enunciati da Beveridge negli anni 40, la Legge 833 stabilisce inoltre l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio, senza distinzione di condizioni individuali o sociali.

Nel settore farmaceutico questi principi di eguaglianza ed universalità si traducono nell'accesso a titolo gratuito, con compartecipazione nelle Regioni dove ciò è richiesto, ai farmaci di rilevante importanza per la salute. Il SSN italiano, in confronto ad altri sistemi a livello comunitario, offre un elevato

livello di accesso ai farmaci sia nell'ambito delle cure primarie che delle cure ospedaliere e, con riferimento alle tipologie di farmaci, garantisce un elevato livello di accesso anche a tecnologie ad elevato costo quali molti farmaci oncologici e per il trattamento delle malattie rare.

Naturalmente nel Paese, come in altre aree dell'assistenza sanitaria e, più in generale dei fenomeni socio-economici, esistono squilibri e differenze sia tra Regioni sia a livello intra-regionale.

Il fenomeno assume particolare rilevanza per i farmaci di uso ospedaliero in quanto in alcune Regioni le decisioni assunte dall'AIFA vengono poi implementate attraverso i Prontuari Regionali. Differenze importanti esistono anche nell'uso dei farmaci e nell'appropriatezza d'uso. AIFA ha tradizionalmente monitorato l'utilizzo dei farmaci, più di recente sono stati aggiunti nuovi flussi informativi a quelli tradizionali e sono stati sviluppati criteri di valutazione dell'appropriatezza d'uso nella popolazione anziana in maniera anche da fornire alle Regioni, in accordo alla Legge 122/2010, strumenti di programmazione e controllo.

IL FATTIBILE CONTRIBUTO DEL SETTORE PRIVATO PER UNA LOGISTICA INTEGRATA TRA OSPEDALE E TERRITORIO

A. Sassi

Farmintesa, Francolino di Carpiano MI

1. La presentazione di Farmintesa Logistica Spa, la prima piattaforma logistica italiana ad intero capitale di proprietà di farmacisti, e la sua evoluzione. Oggi a livello Italia con una quota di mercato del 23% Farmintesa è il primo Distributore Intermedio del farmaco ad intero capitale di proprietà di farmacisti che svolge, nell'ambito del settore della Distribuzione Farmaceutica, un'attività di logistica integrata ad elevato valore aggiunto in nome e per conto di circa 8.000 farmacie (la metà delle farmacie presenti sul territorio nazionale).
2. I vantaggi logistici, strategici, economici e qualitativi insiti all'interno del format distributivo realizzato da Farmintesa, vantaggi di cui possono beneficiare tutti gli attori della pipe line distributiva. Vantaggi e positività grazie ai quali poter liberare risorse finanziarie che possano essere investite nelle attività tipiche della gestione caratteristica del farmacista compreso quello ospedaliero.
3. Il ruolo strategico di Farmintesa nel sistema Paese.
4. Il possibile contributo di Farmintesa per una logistica integrata tra ospedale e territorio.

LE ESIGENZE DELLA CLINICA IN UN CONTESTO DI FEDERALISMO SANITARIO PER UN'ASSISTENZA EQUA

M. Onofri

U.O. di Cardiologia, Ospedale di Busto Arsizio (VA)

L'incipiente attuazione del federalismo fiscale ha certamente provocato molte aspettative ed altrettante incertezze.

Attualmente la disparità di assistenza sanitaria nelle diverse regioni italiane appare evidente.

Il federalismo, in un'ottica futura, dovrebbe arrivare a correggere tali differenze, innescando un circolo virtuoso tendente ad ottenere dei livelli standard di buona qualità, uniformemente rappresentati su tutto il territorio italiano, eliminando il paradosso oggi particolarmente evidente: chi più ha avuto, meno ha speso e meno ha realizzato («relazione sul federalismo» - luglio 2010).

Il timore che più preoccupa chi teme il federalismo è che tale situazione, non solo non venga corretta, ma che venga addirittura enfatizzata da una sproporzione di assegnazione delle risorse tra le varie aree del territorio nazionale. Ciò non dovrebbe avvenire, soprattutto per i LEA, in quanto la nostra costituzione (art.119) prevede l'istituzione di un fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale per abitante (posto che le tasse vengano pagate uniformemente in tutta Italia). Altro timore parrebbe legato alla assistenza dei più bisognosi (cittadini italiani, europei od extracomunitari che siano). Anche in questo caso il federalismo dovrebbe permettere

(regione per regione ed ognuna con regole condivise, ma legate alle locali necessità) un'assistenza uniformemente innalzata verso standard migliorativi, adeguati alle conoscenze sanitarie attuali. Ovviamente non solo i flussi di denaro dovranno essere modificati e «standardizzati» dal federalismo, anche alcune capacità e professionalità imprenditoriali od organizzative dovranno essere a loro volta «standardizzate» e diffuse.

Dovremo, tutti assieme, far sì che il federalismo possa tradursi in un'opportunità di crescita uniforme, realizzando finalmente il progetto di offrire a tutti i Cittadini l'opportunità di trovare, anche a casa propria, livelli di assistenza adeguati e soddisfacenti, relegando la necessità di ricercare «altrove» eccellenze sanitarie, solamente alle poche e reali procedure di altissima specializzazione che ovviamente meritano di essere eseguite presso centri competenti che svolgano tali attività con continuità. Ovviamente per ottenere tali risultati, non dovremo preoccuparci di cambiare le nostre consuetudini, dovremo eliminare le interferenze non sanitarie, eliminando anche, coraggiosamente, le eccedenze improprie, migliorando o rinnovando quanto risulti davvero utile e necessario.

DIRITTO ALLA SALUTE E SOSTENIBILITÀ IN UNA SANITÀ FEDERALE

M. G. Aloisi
Lentini (SR)

Nei decenni successivi all'instaurazione dello Stato unitario e sino alla fine della seconda guerra mondiale, la tutela della salute fu intesa prevalentemente come tutela della salute collettiva con particolare attenzione ai profili della vigilanza igienico-sanitaria. Successivamente l'entrata in vigore della Costituzione, art. 32 «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti» ha introdotto la salute come oggetto di tutela da parte della Repubblica. La revisione costituzionale del 2001 ha confermato il legame tra organizzazione e funzioni, sottolineando che la «tutela della salute» è compito della Repubblica e della potestà legislativa. La nozione di salute è polisemia e, forse per questo, è sempre stata manipolata sia nei vari momenti storici sia negli ordinamenti degli stati, differenziandosi al variare delle finalità politiche, tanto che il concetto di salute si è trasformato da «bene» individuale (necessità del singolo di essere curato) a «bene» collettivo (interesse della comunità ad avere individui sani), con un relativo adattamento dell'atteggiamento delle Istituzioni verso la questione sanitaria. Parallelamente anche il ruolo dello Stato è cambiato, passando da un ruolo meramente assistenzialistico a gestore esclusivo della sanità, con precisi doveri di intervento. La Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiscono la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua

razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. Il diritto alla salute rappresenta, quindi, uno dei diritti fondamentali della persona, diritto che ne riconosce la dignità, che deve essere salvaguardato anche attraverso l'azione dei pubblici poteri. Competenza dello Stato sociale è garantire a tutti l'accesso ai diritti fondamentali, mettere nelle condizioni tutti di poterne fruire in eguale misura e tutelare i soggetti deboli e marginali. In Europa vi sono sistemi sanitari finanziati dalle imposte e sistemi **misti**, finanziati dalle assicurazioni e solo *sussidiariamente* dalle imposte. I risultati però non sono uguali, più che altro per le ristrettezze di bilancio dovute alle mancate riforme del passato che impongono un forte calo della spesa pubblica e quindi anche di quella sanitaria. Oggi i sistemi sanitari finanziati dalle imposte fanno una forte cura dimagrante mentre i sistemi misti sono eventualmente criticati perché costano troppo. Dal punto di vista del rapporto costi/benefici tuttavia i sistemi misti (Germania, Francia, Svizzera, Olanda, Belgio...) sono decisamente migliori. Il Sistema Sanitario Nazionale è alla ricerca di un modello di funzionamento federalistico di erogazione dell'assistenza sanitaria in grado di conciliare il rispetto dei valori di fondo dei sistemi di tutela della salute con gli obiettivi di responsabilizzazione e razionalizzazione nell'impiego delle risorse. L'accessibilità dei servizi sanitari è una condizione che riduce le disegualianze sociali e accelera il percorso diagnostico, evitando le conseguenze più gravi, e quindi in tal modo contrasta la tendenza generale, che è stata rilevata dai principali studi epidemiologici europei. Garantire l'accessibilità mantenendo elevati standard di qualità (in una economia dalle risorse finite) significa selezionare le strutture accreditate, far convergere su di esse i flussi principali di attività, finanziare le stesse in modo adeguato. Questo significa sostanzialmente tre cose: a. effettuare delle scelte legate alla qualità delle prestazioni e non alla politica locale; b. affermare che i cittadini hanno una possibilità di scelta limitata e guidata in funzione di una programmazione di attività che è stata effettuata a monte; c. lasciare alla politica il compito di stabilire il miglior mix possibile, senza però derogare dalla linea fondamentale. L'eventuale formazione di un Servizio Sanitario Federale, d'altra parte, non può nascere soltanto dalla necessità di trovare una quadratura ai bilanci regionali e comunque tale motivazione, sebbene ben condotta da un punto di vista amministrativo, porterebbe in breve tempo ad una riproduzione degli squilibri esistenti, se non preceduta da una riprogrammazione e riorganizzazione del servizio stesso. In definitiva è il ripensamento in senso federale del servizio che porterà al riequilibrio finanziario e non viceversa, ovvero in altri termini è la riforma strutturale e senza compromessi della modalità di erogazione dei servizi che porta al risanamento dei bilanci; «il federalismo non può essere ridotto a una mera questione economica» ed esattamente di questo stiamo parlando ed è di questo che dobbiamo continuare a parlare. Gli operatori della sanità pubblica hanno il diritto e il dovere di intervenire su tali tematiche con l'auspicio di determinare un'influenza sulle scelte politiche finali.

L'analisi delle esperienze relative al coinvolgimento del cittadino spesso può portare a risultati deludenti: infatti la

partecipazione ad un gruppo di decisione non è sempre garanzia di una effettiva partecipazione alle decisioni da parte del cittadino. Dietro alla volontà di voler consultare la comunità si possono celare difficoltà che non permettono un reale *empowerment* del cittadino. Differenze culturali, presenze di forti interessi economici, regole burocratiche, sono tutti sbarramenti ad una effettiva «partecipazione» da parte del cittadino.

Tuttavia non mancano esperienze interessanti su questi temi nel nostro paese. Infatti, in Italia la partecipazione è diventato un tema centrale della politica sanitaria e non mancano esperienze da analizzare. Cresce inoltre l'esigenza di processi di monitoraggio delle esperienze delle aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, svolte da angolazioni diverse e sulla base di indicatori differenziati, per poter misurare in modo efficace i risultati espressi.

Confronto e monitoraggio servono per aiutare le stesse aziende sanitarie ed i SSR a misurarsi per individuare la propria posizione rispetto alle medie di sistema, rispetto agli obiettivi di politica sanitaria, nazionali e regionali, rispetto alle stesse tipologie aziendali (aziende ospedaliere, aziende sanitarie locali, aziende policlinici, IRCSS, etc.). Da queste esperienze sono nate anche dati e sono state identificate le migliori pratiche aziendali che hanno consentito di individuare gli strumenti per garantire la migliore forma possibile di *governance* in sanità.

ESPERIENZE INNOVATIVE DEL PUBBLICO AL SERVIZIO DELLE AA.SS. NELLA GESTIONE DEI PRODOTTI FARMACEUTICI

M. Pani

ESTAV Nord Ovest Regione Toscana – Pisa

I Servizi Sanitari Regionali sono fortemente interessati a ottenere un significativo risparmio sui costi attraverso la centralizzazione e la riorganizzazione della supply chain del farmaco e del dispositivo medico.

È più che evidente che il Servizio Sanitario Nazionale accusa un rilevante ritardo nella gestione della logistica farmaceutica rispetto ad altri settori dell'industria.

Negli ultimi anni però alcune Regioni, alcune Aziende Sanitarie, alcune Farmacie Ospedaliere e alcune Direzioni Sanitarie si sono sensibilizzate e stanno sperimentando nuove tecnologie e soluzioni che contribuiscono ad ammodernare il processo logistico del farmaco e del dispositivo medico.

La gestione dei magazzini e della logistica delle Farmacie delle AA.SS. ed AA.OO. rappresenta da sempre un impegno importante per i farmacisti del SSN.

Una indagine 2010 condotta da GfK Eurisko su un campione di farmacisti rappresentativi dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali italiani, rivela come la categoria nel 30-40% delle risposte definisca il proprio ruolo molto legato alle attività gestionali (acquisto, stoccaggio e distribuzione) dei farmaci e dei dispositivi medici.

A causa della scarsa attenzione sinora dimostrata da parte degli organi preposti e dei conseguenti mancati investimenti, è noto

come in Italia molte strutture siano fatiscenti, sottodimensionate, ai limiti della legalità dal punto di vista delle norme della sicurezza e della corretta conservazione dei prodotti farmaceutici.

Altrettanto inadeguati ed obsoleti sono spesso i sistemi deputati allo stoccaggio (portapalletts, scaffalature, armadi, celle frigorifere, etc), assenti o carenti le infrastrutture informatiche (SW di gestione del magazzino inadatti o non disponibili, richieste cartacee dei prodotti da parte dei reparti, ordini ai fornitori trasmessi per fax o per dettatura telefonica, carichi e scarichi dei prodotti senza lettura dei codici a barre) ed infine, non meno frequente è la presenza di personale addetto al magazzino non qualificato, in numero insufficiente e non motivato.

In un contesto di questo genere, per assicurare comunque la necessaria continuità delle cure e l'assistenza farmaceutica alle strutture, si comprende come questa attività richieda ai farmacisti un grande impegno e un forte dispendio del loro tempo.

La Regione Toscana con la Legge n.40/2005 ha istituito gli Estav, Enti per i Servizi Tecnici ed Amministrativi di Area Vasta, con l'obiettivo di abbattere i costi gestionali e migliorare l'efficienza del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'ambito delle funzioni affidate agli Estav i farmacisti del SSR sono stati incaricati di coordinare la progettazione, la realizzazione e la gestione efficiente dei Magazzini Farmaceutici Centralizzati di Area Vasta.

La centralizzazione della logistica farmaceutica (pubblica ed integrata con le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) che si sta realizzando nelle Aree Vaste della Toscana, rappresenta per i tutti i Farmacisti della Regione un'esperienza unica per tipologia, dimensione e complessità.

Mettendo in campo qualità che appartengono alla nostra categoria, competenza tecnica, esperienza e capacità di risolvere le problematiche connesse alla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, si è costruito gradualmente un modello che non è oggi un «gold standard» ma che funziona e dà risultati, il servizio è efficiente e si fanno economie di scala.

Il modello descritto delle Aree Vaste della Toscana ha già affrontato e superato difficoltà e problematiche di ogni tipo, può e deve essere ancora migliorato e rappresenta «un possibile modello di riferimento».

Descrivere il modello toscano dell'Area Vasta Nord Ovest, le struttura, le tecnologie, gli impianti, le apparecchiature, i trasporti, il personale e le funzioni, l'organizzazione integrata con le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, la gestione delle richieste provenienti dagli oltre 2.000 reparti, distretti o strutture appartenenti a 7 AA.SS., parlare dell'area geografica di riferimento, nella quale sono presenti 18 presidi ospedalieri, e risiedono 1.300.000 abitanti richiederebbe un'intera giornata.

Se ci sarà occasione lo faremo in un'altra circostanza, per chi interessa si spiega molto nel portale <http://www.estav-nordovest.toscana.it/>.

La logistica dei farmaci e dei dispositivi medici è una funzione importante per i farmacisti del SSN, se questa attività viene centralizzata e modernizzata come nell'esperienza pubblica dei Magazzini Farmaceutici Centralizzati nelle Aree Vaste in Toscana, se vengono fatti gli investimenti necessari in infrastrutture, tecnologie e personale, si raggiungono gli obiettivi di risparmio, si fanno le economie di scala e si migliora la qualità del servizio.

Questa attività si riqualifica, si arricchisce di strumenti, concetti e tecniche per una gestione moderna ed efficiente dei prodotti farmaceutici (farmacologica), e si creano nuove opportunità per i farmacisti che possono esprimere il ruolo in questo ambito in maniera professionale, moderna ed efficiente.

Al contempo, tutti i farmacisti che sono liberati in parte o in toto da questa funzione, possono esprimere il proprio ruolo dedicandosi agli altri settori di attività, come la farmacologia clinica, la farmacovigilanza, la farmacia oncologica, l'appropriatezza clinica, la farmacogenetica, la farmacoeconomica, la galenica clinica, la governance farmaceutica, la farmaco epidemiologia, il rischio clinico, la radio farmacia, ottenendo risultati importanti per il SSN, così come abbiamo visto in molte presentazioni di questo XXXI Congresso della SIFO.