

Cataldo Procacci, Sabrina Amendolagine, Silvia Buongiorno,
Miriam Rizzo, Annamaria Pia Terlizzi, Maria Vittoria Lacaita
Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università degli Studi di Bari

Corso di aggiornamento: Il farmacista di Dipartimento: manager in sanità Bari, 26 novembre 2014

La necessità di contenimento della spesa sanitaria e l'esigenza di mantenere inalterati gli standard assistenziali ed ospedalieri del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) impongono il rafforzamento della *clinical governance*, potenziando le strategie per la razionalizzazione della spesa. Infatti, il D.lgs. 229/99, all'art.17 bis comma 1, individua il Dipartimento come "modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie" e al comma 2 precisa che "il modello dipartimentale si applica a tutte le Aziende Sanitarie, ospedaliere e territoriali, al fine dello svolgimento in modo coordinato e condiviso delle risorse umane, tecnologiche, strutturali per gli obiettivi attribuiti"^[1]. Purtroppo, la "genesì giuridica" del Dipartimento si scontra con le difficoltà di natura culturale, che ci privano di strutture adeguate al nostro SSN. Il Dipartimento costa "qualcosa" all'Azienda, sebbene i costi per l'implementazione della struttura dipartimentale sarebbero compensati dai vantaggi di una migliore organizzazione del lavoro ed ottimizzazione delle risorse.

Di questo si è parlato nell'evento organizzato il 26 Novembre 2014, presso la sede della Regione Puglia. Cardine dell'incontro è stata la sostenibilità finanziaria del Sistema, che ha come punto di partenza lo sviluppo del modello di *governance* in Sanità. Sarebbe auspicabile che tutti gli operatori sanitari contribuiscano alla definizione delle strategie aziendali, attraverso un'analisi dei fabbisogni della comunità di riferimento. Ciò implica il superamento di barriere che ostacolano la comunicazione, il trasferimento di conoscenze tra professionisti e la possibilità di lavorare in team, evidenziando la multidisciplinarietà e multiprofessionalità. In tale contesto si colloca il farmacista di dipartimento che, nelle sue tante sfaccettature, collabora per incrementare l'efficienza e la sostenibilità del SSN, garantendo un più elevato livello di benessere e salute della popolazione. Lo scambio di idee nel pool composito di farmacisti del SSN sulle progettualità specifiche discusse nei percorsi, tracciati dai relatori, attraverso varie "disputationes", utilizzando documentazione comprovante l'avvenuta realizzazione di "prototipi" dipartimentali nelle tre regioni organizzatrici dell'evento ed il confronto con i relatori, hanno tracciato metodi e percorsi per la realizzazione di strutture dipartimentali.

La prima traccia è stata segnata dalla dott.ssa Laura Fabrizio, Presidente SIFO, la quale ha ricordato all'esordio del convegno che "l'Italia è, tra i paesi dell'Unione



Europea, quello che destina meno risorse alla spesa sanitaria pubblica” e, che, pertanto, per perseguire l’obiettivo di garantire un sistema sostenibile (Patto per la Salute 2014-2016), è necessario attuare modifiche atte a combattere gli sprechi, assicurare l’accesso alle cure a tutti i cittadini, aggiornare i LEA e riorganizzare gli ospedali e la medicina del territorio. Nonostante, però, le attuali difficoltà economiche che ci impongono i drastici cambiamenti sopra citati, il Sistema Sanitario Italiano (SSN) si colloca al terzo posto nel mondo, dopo Singapore ed Hong Kong, in termini di efficienza^[2]. Ed è proprio nell’ambito del SSN che il Farmacista “specializzato”, presente in ogni struttura sanitaria ospedaliera e territoriale, concilia esigenze economiche e sanitarie, cercando di monitorare ed assicurare le terapie più adeguate ed appropriate per i pazienti.

Da sempre, il farmacista ospedaliero segue un processo di acquisto, gestione ed erogazione del “farmaco” in modo da garantire a tutti i pazienti, siano essi ricoverati, in dimissione o domiciliari, una assistenza farmaceutica sicura, appropriata e sostenibile per il SSN. Se quella descritta è la situazione contingente del farmacista ospedaliero, quella futura, del farmacista di dipartimento, dovrà salvaguardare la presente professionalità, ma “arricchirla” con dimensioni sempre più “specialistiche”, competenze sempre più qualificate, collaborazioni sempre più ampie.

Con questa nuova identità il farmacista, ponte insostituibile tra il medico ed il paziente, potrà assicurare una continuità terapeutica, già avviata dal clinico, avvicinandosi e “prendendo in carico” il paziente. Si potrà realizzare, quindi, una “co-gestione” della terapia, tra medico e farmacista, che non può che giovare all’anello principale di questa catena e cioè, al paziente.

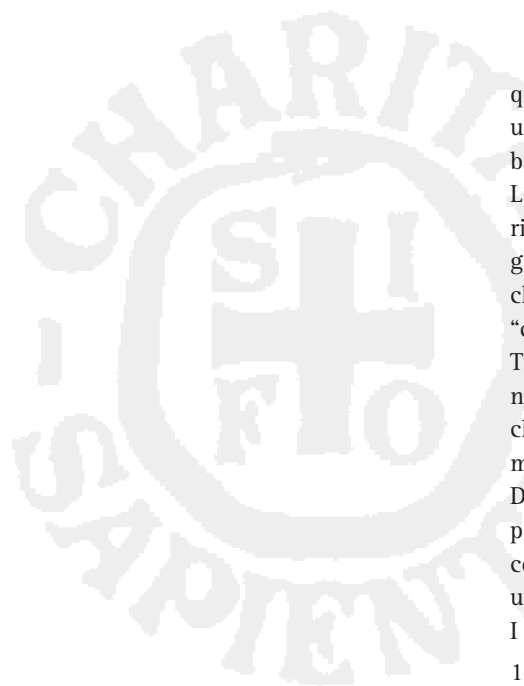
L’appropriatezza delle Cure, e l’aderenza alla terapia, da sempre temi vicini alla figura del farmacista, in questo nuovo contesto diventerebbero strumento fondamentale anche in ambito economico. Monitorando il paziente, infatti, si potrebbero individuare aspetti della terapia che possono essere trascurati, non solo per una difficoltà del paziente a seguire il trattamento farmacologico, ma anche per una “eccessiva” terapia farmacologica.

Nell’evento è stato affrontato anche l’aspetto economico-gestionale del dipartimento farmaceutico. Di fatto, le Aziende Sanitarie devono essere considerate come veri e propri enti, in grado di accostare all’assicurazione della salute del paziente, la corretta gestione delle risorse economiche. In un sistema incentrato sulla costante ricerca del risparmio, si sta tendendo sempre più ad esternalizzare i costi ed i servizi, cercando di ridurre i costi e focalizzarsi sul “core business” per aumentare l’efficacia; questo, però, può portare alla perdita del controllo, di competenze e problematiche inerenti alla gestione delle risorse umane.

In un’ottica di analisi “interna”, quindi, si può cercare di efficientare il dipartimento farmaceutico attraverso:

- La contabilità per centri di costo o per nuclei di attività applicata alla farmacia;
- La definizione di costi (standard o non standard) e tariffe (costi di distribuzione farmaci, costi di prodotti galenici, sacche, ecc.);
- La misurazione della «creazione di valore» generata dai farmacisti (risparmi diretti e indiretti, maggiore appropriatezza, minori rischi clinici);
- Valutazioni economiche legate a riorganizzazioni (accorpamenti, esternalizzazioni, dose unitaria).

Ancora troppo spesso, purtroppo, si ritiene che l’efficienza sia nemica dell’efficacia. Invece, attraverso il monitoraggio dei costi standard, si potrebbe migliorare concretamente l’efficacia delle prestazioni. Una nuova prospettiva,



questa, che cerca di creare un parametro di equivalenza tra il costo dei servizi ed uno standard, tenendo sempre a mente la centralità del cittadino/paziente e il suo bisogno di risposte concrete a problematiche di salute.

La misurazione della creazione di valore generata dai farmacisti è misurata in risparmi diretti ed indiretti, maggiore appropriatezza e minori rischi clinici; garantendo minori errori e percorsi di cura migliori. Questi sono processi lenti, che dipendono da tutti e che possono essere portati avanti solo con un contributo “corale”, non dal solo controllo di gestione.

Tutto ciò, ha ricordato la dottoressa Maria Grazia Cattaneo, vice presidente SIFO, non può e non dev’essere svincolato dalla certificazione dei processi di qualità, che assicura attività coordinate, atte al soddisfacimento dei pazienti e che mantiene, migliorandola la qualità dell’assistenza sanitaria.

Del resto, il terzo programma pluriennale d’azione della UE in materia di salute per il periodo 2014-2020 auspica lo sviluppo di situazioni e orientamenti condivisi che possano migliorare la sicurezza dei pazienti per ottenere l’accesso ad una assistenza sanitaria migliore per tutti i cittadini europei ^[3].

I principi da seguire per la gestione della qualità sono otto:

1. Orientamento al cliente,
2. Leadership,
3. Coinvolgimento del personale,
4. Approccio per processi,
5. Approccio sistemico alla gestione,
6. Miglioramento continuo,
7. Decisioni basate sul dato di fatto,
8. Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori.

Ogni Azienda applica i tre principi della qualità classificati in processi primari, che creano valore per il cliente-utente dell’Azienda Sanitaria, processi di supporto che garantiscono l’efficacia/efficienza dei processi primari ed i processi in outsourcing, affidati a terzi di cui va mantenuto monitoraggio.

Durante l’evento tutti i relatori hanno esposto le loro esperienze considerando i principi sopra elencati; ciascuno di essi si applica, nella concezione dipartimentale, ad ogni attività del farmacista del SSN, che prevedono, come risaputo,

- la distribuzione dei beni farmaceutici, più nota tra tutte, ma sicuramente tra le più delicate, considerando che, ad essa, si affiancano attività come counselling, farmacovigilanza e monitoraggio AIFA;
- la galenica clinica sterile, che va dall’allestimento dei chemioterapici a quello di sacche per nutrizione parenterale, alla preparazione e dei controlli dei radiofarmaci, alla preparazione di farmaci per malattie rare e per farmaci pediatrici;
- la competenza in fatto di gare e gestione dei dispositivi medici; in questo campo, oltre, alla funzione di garante della dispositivo-vigilanza, il farmacista sta acquisendo esperienza nel campo dell’ Health Technology Assessment (HTA), affermandosi garante della sicurezza del paziente e anello di congiunzione tra le diverse professionalità sanitarie;
- la presenza nei reparti chirurgici e medici, nelle sale operatorie e negli ambulatori; in Italia, è risaputo, quest’ennesima peculiarità del farmacista ospedaliero è ancora in “fase embrionale”, pur rappresentando la giusta e logica evoluzione di una professione sanitaria che si conferma “centro socio-sanitario facilmente accessibile alle esigenze di salute del cittadino” (D.L. n° 153 del 3/10/2001);

- la collaborazione nei Comitati Etici e nel Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO) nei quali il farmacista riveste il ruolo di “garante” dei diritti, della sicurezza, e del benessere dei soggetti in sperimentazione clinica e della riduzione del rischio di acquisire infezioni in ambito ospedaliero.

Tutte queste attività, come reso evidente nel corso dell’evento formativo, alimentano, risuonando tra gli aspetti prettamente sanitari e gli aspetti economico-finanziari, il “sistema farmacia”, rendendolo sempre più complesso, trasformando, pertanto, il farmacista in Manager “coscienzioso” della spesa sanitaria e protagonista di pari dignità, rispetto agli altri stakeholder della salute del cittadino.

Un esempio tipico di “riconciliazione” tra spesa e attività puramente sanitaria, è un’attività di galenica clinica come quella delle “UMaCA” (Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici). L’aumento di efficacia dei nuovi farmaci antiblastici ha una ricaduta sostanziale sulle statistiche riguardanti le preparazioni galeniche: ad esempio, se nel 2013 le attività di un laboratorio UMaCA di un grande centro ospedaliero hanno riguardato circa 30.000 preparazioni, non deve stupire se le proiezioni per il 2014 hanno ipotizzato un numero di preparazioni pari a 31.000. In questo contesto, pertanto, è ovvio porsi una domanda: quali sono gli strumenti per governare la spesa di una farmacia ospedaliera, considerando questi fattori, come nuovi farmaci di nicchia (malattie rare, patologie infettive, malattie oncologiche) sempre più ad alto costo, che tendono progressivamente ad accrescerla?

Un modo per mettere d’accordo sostenibilità, innovazione e appropriatezza della gestione degli approvvigionamenti, anche in vista della dipartimentalizzazione è, considerando la definizione che il Ministero della Salute dà: “L’Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l’analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l’efficacia, la sicurezza, i costi, l’impatto sociale e organizzativo, il cui obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l’intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l’introduzione o l’esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l’economia e la società”. Per gestire gli acquisti e quindi, nell’immediato, il contenimento dei costi, il farmacista può avvalersi del supporto dell’HTA. Anche gli ausili informatici, che automatizzano le richieste di approvvigionamento sia di farmaci sia di dispositivi medici, utilizzando il sistema FIFO (**F**irst **I**n, **F**irst **O**ut), rendono ottimali le scorte di reparto con conseguente redistribuzione delle risorse allocate, nell’ambito di un dipartimento o di un’Azienda Sanitaria, per la spesa farmaceutica ed i costi indiretti ad essa associati.

Interessante è anche la figura del farmacista del dipartimento chirurgico, il quale deve necessariamente mettere insieme terapie prettamente legate agli interventi e quelle legate a pazienti più complessi che presentano patologie, come le tumorali, di pertinenza medica. Questo farmacista ha anche il compito di equilibrare l’uso appropriato di beni farmaceutici, specialmente dispositivi medici, tra il reparto e la sala operatoria, esempio di possibile dipartimento strutturale, aumentando la sicurezza del paziente.

La discussione ed i commenti costruttivi tra i relatori e partecipanti al convegno hanno confermato la necessità che i farmacisti del SSN si rendano “potenti” portavoce presso le sedi preposte, affinché i dipartimenti vengano favoriti, poiché essi restano il miglior modello per contestualizzare le strategie del governo clinico, rendendo reale l’efficienza del sistema sanitario. Sicuramente, l’introduzione del farmacista di dipartimento è una possibilità di realizzazione di

modelli integrativi tra le diverse unità operative essendo un professionista “trasversale” per la peculiarità delle competenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. GU n.165 del 16-7-1999 - Suppl. Ordinario n. 132.
2. Bloomberg Rankings: The World's healthiest countries. October 2014
3. Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla istituzione del programma “Salute per la crescita”, terzo programma pluriennale d'azione dell'UE in materia di salute per il periodo 2014-2020. Bruxelles, 9.11.2011 COM (2011) 709 definitivo.