PROSSIMITA’, PRO-ATTIVITA’, EXPERTICE PROFESSIONALE: 3 REQUISITI DELLE FARMACIE DI COMUNITA’ PER L’EQUITA’ E LA SOSTENIBILITA’ DELLE CURE

Premessa

La piena valorizzazione delle specificità cognitive del Farmacista di comunità è oggetto di attenzioni del mondo scientifico da anni, come da anni questo nuovo e strategico ruolo viene riconosciuto in normative importanti sin dal D.Lgs. 502/92, poi ripreso dalla L. 69/2009 (art 11), e sottolineato nel Piano Nazionale Cronicità, così come nel Patto per la Salute 2014 – 2016 (artt. 5 e 7).

In queste normative e in questi documenti di programmazione nazionale si anticipa di fatto quanto poi ben sottolineato nel PNRR che rimarca come alcuni aspetti essenziali dell’offerta sanitaria debbano essere assicurati in prossimità e offerti pro- attivamente!

Dopo l’emergenza connessa alla 1° fase epidemiologica causata dal COVID, infatti, un protocollo d’intesa fra le organizzazioni delle farmacie, il Ministero della salute e la Conferenza Stato-Regioni ha affidato anche alle farmacie territoriali i test diagnostici e i vaccini, contro il Covid e l’influenza.

I risultati – ad oggi - sono straordinari (3.5 milioni di dosi fatte) e dimostrano come, anche per i cittadini, le farmacie possano essere un asset strategico, una leva per il miglioramento dell’offerta sanitaria pubblica, insieme alle altre figure essenziali che sono presenti sul territorio (medici di medicina generale e infermieri di comunità): *primary care team*.

Obiettivo strategico e criticità

Come dimostrato in vari studi – randomizzati, caso-controllo - presenti nella letteratura internazionale, effettuati nel Regno Unito e in Canada, la facile accessibilità delle farmacie può essere messa a frutto per un’ampia tipologia di servizi in primis cognitivi: si pensi al gravissimo problema della scarsa aderenza alle terapie nei malati cronici, così come alla necessaria riconciliazione terapeutica (*delisting)* nei soggetti con poli-patologia.

Importante, altresì, il supporto alle attività di prevenzione primaria e secondaria (*screening*) e alle attività assistenziali rese a domicilio (ADI), anche attraverso adozione di dispositivi tecnologici (es. holter pressorio, cardiaco, ecg … ).

La dispensazione di farmaci, già adesso, è ampliata attraverso la DPC (distribuzione per conto di farmaci ospedalieri) e si sta sempre più estendendo alle miscele per la nutrizione artificiale e ai farmaci contro il dolore cronico (e per le terapie palliative).

Dobbiamo, però, sottolineare come per anni si sia sottovalutato il ruolo delle quasi 21.000 farmacie di comunità presenti in Italia, nonostante che i numeri della loro presenza sul territorio e della straordinaria affluenza dei cittadini (poco meno di 4 milioni gli accessi alle farmacie ogni giorno!) rimarchino come l’accessibilità sia un punto di forza irrinunciabile se vogliamo ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure (EQUITA’) e se vogliamo ridurre la principale voce di spesa del sistema sanitario, l’ospedalizzazione, quando evitabile, attraverso ad es. l’aderenza alla terapia, oggi assicurata solo dal 50% dei malati cronici ! !

Conclusioni

A mio giudizio, questa importante prospettiva, anche per la **sostenibilità** del S.S.N., deve portare alla auspicata revisione dei sistemi di remunerazione delle farmacie: non più solo per la consegna del farmaco, ma per lo svolgimento delle funzioni indispensabili sopra brevemente descritte *(fee for service* e – soprattutto – *pay for performance*), migliorando contemporaneamente l’integrazione dei Sistemi Informativi affinché il PDTA del malato possa essere, con il suo consenso, monitorato.

Per tutti: non si dovrà scordare la “lezione” appresa a causa della pandemia, affinché le terribili criticità organizzative che abbiamo misurato non si ripetano!

12 settembre 2022

 Enrico Desideri

 Presidente Fondazione per l’innovazione e la sicurezza in sanità