

PRIMO
PIANO

riforma



intervista
Erika Mallarini,
SDA Bocconi

Una farmacia dinamica che si adegua alle esigenze dei cittadini e del territorio

LA SFIDA DEI SERVIZI

La SDA Bocconi ha di recente presentato uno studio promosso dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti e dalla Fondazione Cannavò. Dalla ricerca emergono le aspettative del pubblico e del servizio sanitario rispetto alla nuova sfida che attende le farmacie. Lo studio evidenzia gli aspetti assistenziali, organizzativi ed economici dei servizi sociosanitari che la nuova legge 69 attribuisce alle farmacie. Abbiamo intervistato Erika Mallarini, docente di Public Management and Policy alla Bocconi e curatrice della ricerca.

Crede nel farmacista e nella sua professionalità. Di più: ha un farmacista di fiducia, di cui si fida davvero, in tutte le città che frequenta. Ma sostiene anche che il farmacista è stupido (vedremo perché), che la farmacia non è necessaria, che potrebbe essere superata, bypassata. Confusione? Contraddizioni?

Tutt'altro: profonda conoscenza del settore farmaceutico e sanitario nella sua interezza. Erika Mallarini insegna all'Università Bocconi e sa bene che la farmacia fa parte dell'universo della sanità: non è un mondo a parte. La legge 69, che introduce la possibilità di ampliare i servizi sanitari in farmacia, la inserisce ancora di più nel Ssn, anzi nei cento servizi sanitari locali, come lei ama precisare. Dal confronto e l'interazione con le esigenze di questi sistemi locali nasce la proiezione delle farmacie nel futuro, dove l'abbraccio con il mondo sanitario nel suo complesso potrà anche rivelarsi soffocante, ma rifiutarlo sarebbe letale.

Professoressa Mallarini, come nasce lo studio che avete condotto?

La ricerca è stata condotta nell'ambito della collaborazione tra Fofi e Bocconi, in quanto noi siamo l'Osservatorio per l'evoluzione della professione per l'Ordine dei farmacisti. In quanto ai tempi, lo studio è iniziato mentre la legge che di recente ha introdotto la possibilità di nuovi servizi in farmacia era ancora in fase embrionale, quindi prima che si conoscessero i suoi contenuti; ed è poi proseguita durante le diverse fasi dell'evoluzione della normativa. Lo studio è stato commissionato da Fondazione Cannavò, che fa capo alla Federazione degli Ordini dei farmacisti, e finanziato da Federfarma, consorzio delle cooperative dei farmacisti.

La legge sui servizi rivaluta il ruolo delle farmacie all'interno del Ssn. Chi ha voluto questa legge?

La legge 69 nasce dal lavoro di diverse Commissioni parlamentari. Fofi e Federfarma hanno poi avuto un forte ruolo propositivo. L'importanza di questo ruolo è

stata in sede negoziale, in quanto la legge era al principio molto vaga e parlava solo in via generale di Cup, di assistenza sanitaria, di campagne di informazione e prevenzione per il pubblico. Il ruolo dell'Ordine è stato cercare di concretizzare le cose diverse che si potrebbero fare, di entrare nel merito e nel dettaglio dei servizi che il farmacista può fornire.

Il vostro studio è stato utile anche in questo senso?

Il nostro studio ha fornito alla Fofi gli strumenti per inquadrare la situazione e i dati da portare nella discussione. L'indagine ha evidenziato quello che si fa all'estero, quelli che sono i servizi già consolidati nel nostro Paese, le aspettative dei cittadini e degli attori del mondo sanitario rispetto ai servizi che la farmacia potrà offrire. Abbiamo visto, per esempio, cosa vuol dire parlare di assistenza domiciliare integrata nelle diverse realtà locali italiane; quali sono i punti di forza della farmacia in questo ambito e quali le difficoltà con le quali occorre confrontarsi. Ci siamo accorti di quanto complessa sia la predisposizione di un servizio di assistenza integrata, nel senso che siamo entrati nel mondo degli accreditamenti, dei requisiti che le diverse Regioni richiedono, dei convenzionamenti.

Devo ammettere che la parola "accreditamenti" mette un po' soggezione quando si pensa che le farmacie, oggi, sono tutte accreditate rispetto all'erogazione di farmaci in ambito Ssn. Sarà diverso per i servizi?

Qualsiasi soggetto che fornisce servizi socio-sanitari è sottoposto ad un processo di accreditamento istituzionale. Ciò significa che chi vuole fornire un servizio deve essere riconosciuto dalla struttura per cui lo eroga in base a specifici parametri. Si parla quindi di questioni come l'identificazione degli standard qualitativi e di verifica della conformità a tali standard. Dobbiamo ricordare che le Regioni hanno ampiissimi margini di autonomia in sanità. E che decidono le proprie politiche autonomamente e sulla base di sistemi molto differenziati. Una cosa che spesso i farmacisti dimenticano è che non esiste più un Ssn, bensì 21 sistemi sanitari regionali e ancora più realtà locali riferite alle Asl.

Quindi, l'accreditamento riguarderà i servizi offerti in accordo con le differenti Asl?

Da quello che emerge dall'analisi ci saranno molte differenze tra le diverse Asl per quanto riguarda il ruolo delle farmacie nell'offerta dei servizi. Per esempio, per quanto riguarda il sistema di assistenza domiciliare integrata la Lombardia ha un sistema unico regionale, molto strutturato, per cui quello che avverrà a Milano sarà simile a quello che accadrà a Brescia. Ma se prendiamo in con-

siderazione Regioni come la Sicilia, dove l'assistenza domiciliare in certe Asl è presente mentre in altre non è strutturata, capiamo che le differenze non saranno solo tra Regione e Regione, ma tra Asl e Asl.

Per quanto concerne l'accreditamento, in realtà si può fare una netta distinzione tra servizi professionali e servizi amministrativi. Nel servizio amministrativo, come ad esempio la prenotazione delle visite in farmacia (Cup), viene sfruttata la capillarità sul territorio delle farmacie e non la professionalità del farmacista. Non serve, in questo caso, richiedere particolari standard di qualità o preparazione professionale: basta essere in possesso del supporto tecnologico necessario. Non serve, quindi, un accreditamento da parte della Asl della professionalità del farmacista. Di fatto, per servizi di questo tipo, possono essere convenzionate le Poste o si possono predisporre Cup telefonici senza che sia necessaria una professionalità sanitaria.

Immagino però che il pubblico sia più favorevole a recarsi in farmacia piuttosto che in Posta per prenotare una visita o ritirare un referto.

Certamente. E questo è un aspetto che le farmacie devono rivendarsi: è un valore aggiunto che può essere trasferito al pubblico. Del resto, tutte le ricerche, e non solo la nostra, confermano la fiducia che il cittadino nutre nei confronti del farmacista. La possibilità di essere in grado di leggere un referto, però, è un aspetto delicato perché non rientra strettamente nelle competenze del farmacista. Per intenderci, non si potrà mai essere pagati per la lettura di un referto, anche perché i medici non sarebbero d'accordo. È tuttavia innegabile che il cliente può confrontarsi con il farmacista per ottenere delucidazioni sulla lettura di un referto; e che difficilmente potrà farlo in un ufficio postale.

Per il soggetto pagante (Regioni e Asl), la possibilità che le farmacie svolgano le attività di prenotazione e consegna dei referti è vista solo come opportunità di risparmio?

Certamente l'elemento del risparmio è intrinseco nella legge 69. Devo però dire che dalla nostra ricerca emerge che l'elemento che maggiormente interessa alle Asl e alle Regioni rispetto al Cup è la capillarità delle farmacie. Per quanto riguarda il risparmio la questione è più delicata e dipende, anzitutto, dalla strutturazione del servizio. Laddove, per esempio, il servizio Cup non esiste, è ovvio che non si tratterebbe solo di delegarlo alle farmacie, bensì di inventarlo: e sarebbe un costo. Stiamo parlando non di aree disagiate, ma di realtà come Milano, dove, per come è impostata la sanità, non è presente un servizio di prenotazione

unica. Anche nei servizi amministrativi, ci sono differenze enormi a livello di Asl.

Avremo tante farmacie diverse per quanto riguarda l'erogazione dei servizi?

Questo è uno degli aspetti più eclatanti della nostra ricerca. Sì, avremo tante farmacie diverse. Che offriranno servizi diversi. E la differenza non sarà solo conseguenza del territorio, ma dovrà anche essere legata alle scelte strategiche di ogni singola farmacia o gruppo di farmacie.

Questo fa paura alle farmacie. Cosa ne pensa?

È diffuso, in effetti, il timore di avere farmacie di serie A e farmacie di serie B. Però è bene fare chiarezza su questo punto. Nel momento in cui si diversificano i servizi offerti dalle farmacie non si avranno farmacie migliori o peggiori: solo farmacie diverse, ciascuna migliore nell'ambito delle proprie competenze e specializzazioni.

E l'uniformità del servizio farmaceutico territoriale?

Il rischio che vedo è che, per tenere una omogeneità tra le farmacie, si livelli verso il basso la qualità di tutti. Se, al contrario, si acquisisce la consapevolezza che la varietà è un valore, si comprende anche che dalla diversità trae beneficio sia il cliente, sia la farmacia.

Le faccio un esempio: io non considero di serie B un presidio come i consultori familiari rispetto al centro plurispecializzato in cardiocirurgia. Se io ho un serio problema cardiaco mi rivolgerò a quel centro, ma se ho un problema ginecologico che richiede assistenza non vorrei andare in un posto freddo e tecnologico: ho bisogno della familiarità e del calore umano di un consultorio.

C'è quindi un valore anche nella diversificazione delle farmacie. Il cittadino chiede questo. Del resto, in 100 metri quadri, non è possibile fare tutto; e certamente non è possibile farlo bene.

Non crede che si corra il rischio di indebolire il valore della capillarità delle farmacie?

Stiamo attenti a pensare che la capillarità, che è al momento un punto di forza della farmacia, sia l'unica cosa su cui puntare. La facilità di accesso per reperire farmaci e servizi non è il valore aggiunto della farmacia. Il farmaco può essere recapitato a casa da servizi efficienti come il Dhl (ma esistono già molte altre strutture) e le garantisco che queste sono strutture bene organizzate in grado di erogare servizi in maniera perfetta, con mezzi adeguati. Sono all'avanguardia, entrano nei processi produttivi, sono partner dell'industria e dialogano con gli ospedali. Non li sfiderei su questo terreno, ovvero sulla capillarità intesa come facilità di essere comodi

al cliente. Gli ospedali dialogano già con questi depositari. I farmacisti pensano di essere i titolari di un valore e di un'unicità che è la capillarità. Ma non devono puntare su questo, quanto piuttosto sulla professionalità, che è il loro vero punto di forza.

Parliamo allora di differenziazione dei servizi.

Per quello che riguarda i servizi amministrativi, come il Cup, questi si pianificheranno a seconda dell'esigenza delle Asl e in accordo con le Asl. Ma dopo che saranno siglati gli accordi generali, non è detto che tutte le farmacie della zona aderiranno. Non è detto che la singola farmacia se la senta, per esempio, di gestire una contabilità a parte per le visite o di impiegare personale per le prenotazioni. Ci potrebbero quindi essere differenze a livello locale anche per i servizi amministrativi. Tuttavia, la differenziazione si evidenzierà ancora di più per i servizi professionali, laddove la singola farmacia dovrà scegliere quali servizi offrire ai cittadini e in quali settori specializzare la propria offerta.

Le farmacie più "ricche" potranno offrire servizi più complessi e quelle più piccole dovranno invece puntare su servizi alla loro portata?

Non avverrà questo. Pensiamo alla Sardegna: le caratteristiche orografiche del territorio hanno orientato le farmacie a utilizzare la propria cooperativa non solo come distributore intermedio ma anche come strumento che consentisse a tutte le farmacie l'erogazione di servizi al cittadino già dal 2002. Tramite la COSAFACA, infatti, le farmacie hanno concentrato le proprie risorse per disporre di diverse figure professionali, quali biologi, infermieri, ortopedici, ecc. e per poter erogare anche nelle farmacie rurali servizi diagnostici e di monitoraggio terapeutico di primo e secondo livello - Farmacheck - come attività di screening, percorsi di monitoraggio terapeutico (equilibrio alimentare e disassuefazione dal fumo) servizi di telemedicina (holter pressorio, holter ecg, elettrocardiogramma, monitoraggio delle aritmie e delle palpitazioni), esame del PT in collegamento con centri Tao; e servizi di assistenza domiciliare (iniezioni, medicazioni, bagno e igiene personale, assistenza alla deambulazione, assistenza al pasto, veglia notturna a domicilio o in ospedale).

Sarà quindi una differenziazione professionale piuttosto che dimensionale?

Per fortuna, il decreto attuativo consente che i servizi possano essere offerti non solo dalle farmacie, ma anche da fornitori della farmacia. A quel punto la farmacia, anche se piccola, rurale e locata sul pizzo della montagna, potrà mandarti a casa l'infermiere o svolgere in farmacia, certa-

mente in giorni ed orari stabiliti, servizi professionali anche complessi che da sola non potrebbe permettersi. La differenziazione risiede sulla scelta della propria specializzazione. Le farmacie non aderiranno a tutti i servizi. Anche perché fare tutto è difficile, se non impossibile. Quindi alla farmacia non verrà chiesto di essere grande, piuttosto al farmacista di essere bravo e preparato.

Bravo in che senso?

Se il farmacista offre un esame è importante che sia preparato, anche se non è lui fisicamente a fornirlo, ma la biologa o l'infermiere. Dovrà essere in grado di interloquire con i clienti per fornire spiegazioni e chiarimenti: come avviene con il farmaco, la cosmesi, l'omeopatia. Non a caso, in Sardegna hanno investito moltissimo in formazione. Se facciamo un holter pressorio o un elettrocardiogramma, dobbiamo sapere di cosa stiamo parlando. Tuttavia, il farmacista non può essere un tuttologo o corre il rischio di non essere credibile. Devo essere onesta: dalla nostra indagine emerge che il pubblico attribuisce al farmacista molte competenze, forse anche sopravvalutando le sue conoscenze. Ma il farmacista sta facendo di tutto per minare questa credibilità. Ma non ci riesce, tanto forte è la considerazione che il pubblico ha della sua professionalità. Questo è un bene, ma non si può rischiare di perdere questa fiducia.

Professionista della salute e imprenditore.

I farmacisti, dal punto di vista imprenditoriale, sono i peggiori nemici di loro stessi e hanno scarse capacità manageriali. I bilanci delle farmacie lo dimostrano. Guardano nel loro cassetto oggi e non riescono a guardare al domani. Ecco, questo essere inadeguati dal punto di vista manageriale determina un forte rischio: quello che il farmacista farà due conti per arrivare alla conclusione che i servizi non convengono perché non sono remunerativi e, anzi, comportano dei costi.

Quale è, secondo lei, il vero valore di questa legge?

È quello di dare una occasione alla farmacia. In particolare le dà l'opportunità di riportare in farmacia il farmaco biologico, innovativo. La gran parte di questi farmaci sono somministrati non in ospedale, ma a casa del paziente da parte di infermieri, perché il farmaco biologico richiede una vigilanza al momento della somministrazione. Questi farmaci, oggi riservati a patologie particolari come la sclerosi multipla o la psoriasi, dal 2015 saranno impiegati anche per patologie molto più diffuse e croniche come, per esempio, l'ipertensione. Se la farmacia non entra in questo settore, ovvero nel settore dei farmaci innovativi, perderà una grande opportunità. Ecco la grande occasione della farmacia.

Cosa potrà fare l'infermiere in farmacia?

L'infermiere agisce su due livelli. Da un lato sull'assistenza domiciliare integrata: avere l'infermiere è la testa di ponte per entrare nel servizio e distribuire i farmaci. Ma anche sui servizi di secondo livello, ovvero focalizzati sul singolo paziente, l'infermiere può avere un ruolo importante. Qui aumenta la complessità delle prestazioni e, proprio per questo, è prevista la possibilità per le farmacie di servirsi di personale infermieristico.

Quale consiglio darebbe ai farmacisti?

Se la farmacia avrà l'infermiere ed entrerà nell'Adi (assistenza domiciliare integrata), potrà recuperare i farmaci innovativi, che rappresentano il futuro. Se, viceversa, la farmacia non avrà l'infermiere e non entrerà nell'Adi sarà spacciata: quel farmaco non lo vedrà mai perché non ha le competenze. Inoltre, se la farmacia non sarà in grado di somministrare i medicinali sarà solo un costo per le Asl. La dispensazione va bene quando il paziente si porta a casa il medicinale e lo assume per conto proprio, ma con i farmaci innovativi, che agiscono sul Dna e sono somministrati in condizioni particolari da personale infermieristico specializzato, scollegare la dispensazione dalla somministrazione è un passaggio di troppo: un costo inutile. Quindi, o la somministreranno le farmacie, o lo faranno gli ospedali, tagliando fuori del tutto la farmacia dal settore dei farmaci innovativi. Per questo, quando sento i farmacisti, nelle riunioni pubbliche o in privato, dire: "Ma che senso ha fare questi servizi che sono solo un costo", io mi arrabbio. Dico: "Non pensate al costo di oggi, pensate più in là, pensate che rischiate di perdere il farmaco". O la farmacia investe o è fuori. Questa non è un'opportunità di guadagno: stiamo parlando di servizi in perdita.

Consiglia di essere dinamici, se interpreto bene il suo pensiero.

La farmacia è rimasta uguale e stabile per tantissimo tempo. Oggi, con le prospettive che apre la legge 69, la farmacia deve cambiare. Ma non per rimanere uguale e stabile per ancora moltissimo tempo. Deve essere dinamica, adeguarsi alle esigenze dei cittadini e del territorio. Se oggi una farmacia fa il Cup non è detto che domani continuerà a farlo, cambieranno le esigenze e ci saranno nuovi bisogni e nuovi servizi da offrire.

Ringraziamo Erika Mallarini, e siamo certi che è anche grazie al suo lavoro e alla sua passione che la farmacia italiana contribuirà a rendere più efficiente il futuro del sistema sanitario nazionale.