



Prima Edizione

Premio Enrico Mannucci, farmacista

“Riflessioni e progetti di sviluppo di un modello di farmacia strettamente interconnessa al servizio sanitario nazionale, socialmente attenta alle esigenze umane e sanitarie di tutti i cittadini e in particolare delle famiglie con familiari fragili e malati cronici, volta allo sviluppo di una sanità moderna ed economicamente sostenibile”.

Dott.ssa TRIPODI MARIA

Iscrizione n. 11501

- Introduzione

Le esigenze e le aspettative di salute di questi ultimi anni hanno portato ad una serie di mutamenti all'interno del settore sanitario, distinti su tre livelli:

- il livello macro: riguarda i mutamenti più vasti che operano a livello di società complessiva;
- il livello meso: comprende i cambiamenti del sistema sanitario attraverso il processo di aziendalizzazione e l'introduzione di elementi di managerialismo.
- il livello micro: riguarda le professioni sanitarie e il loro cambiamento in virtù di dinamiche interne ed esterne

Tra la fine dell'Ottocento e la prima guerra mondiale, la divisione del lavoro sanitario era ancora poco definita e le figure occupazionali presenti sulla scena sanitaria erano tre: medici, farmacisti, levatrici.

Oggi la professione del farmacista è molto cambiata , non si occupa solamente della preparazione e della dispensazione dei farmaci ma partecipa attivamente alla gestione clinica del paziente.

Il farmacista diventa parte attiva del "pharmaceutical care", un modello di farmacia dei servizi, già in uso in numerosi Paesi europei e che punta a offrire servizi pensati "su misura" del paziente e la presa in carico della sua patologia, garantendo il contenimento della spesa sanitaria. (Simona Zazzetta - Pharmaceutical care, la farmacia prende in carico il paziente- Farmacista 33 del 21/03/2013).

Nel processo di riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, si evidenziano le capacità del farmacista di dispensare informazioni e servizi con la consapevolezza che tariffe, budget, costi della spesa farmaceutica sono una funzione della quantità e della qualità dei servizi offerti.

Prima di giungere alla creazione di un Sistema Sanitario Nazionale, inizialmente l'assistenza sanitaria era legata soprattutto agli enti locali. I comuni e le province affiancavano gli ospedali e le altre istituzioni private, sia laiche che religiose, che provvedevano all'erogazione di servizi sanitari. (Bottari C. De Angelis P., *La nuova sanità territoriale*, Roma, Maggioli, 2016).

Il primo tentativo di programmazione sanitaria era avvenuto con la riforma ospedaliera del 1968 ma solo con la legge n.833/1978 veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale .

Si è passati da strutture a carattere mutualistico-assicurativo ed assistenziale, ad un sistema unitario che ha dato vita appunto al Servizio Sanitario Nazionale.

Tra i principi ispiratori della legge 833/78 si ricordano: l'universalità dei destinatari, l'eguaglianza di trattamento, la globalità delle prestazioni, il rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Nel 1992 con il D.lgs n. 502 la disciplina dell'ordinamento di tutto il sistema sanitario viene riformata e rinnovata al fine di orientare il sistema sanitario verso condizioni di efficacia, efficienza, economicità e competitività implementando logiche di tipo manageriale.

- Figure professionali

Come anticipato nell'introduzione, tra la fine dell'Ottocento e la prima guerra mondiale le figure occupazionali presenti sulla scena sanitaria erano tre: medici, farmacisti e levatrici.

Successivamente il Testo Unico delle Leggi Sanitarie (Regio Decreto n. 1265/1934) aveva distinto coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie:

- professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, dal 1985, l'odontoiatra);
- professioni sanitarie ausiliarie (levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata);
- arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere abilitato o autorizzato).

ed altri operatori di interesse sanitario.

Per cui i vecchi e nuovi compiti lavorativi che compongono il processo produttivo sanitario, non vengono più svolti dai soli medici ma una parte di essi viene ceduta o delegata a nuove figure professionali.

In merito alle professioni Sanitarie la definizione che viene fornita sul portale del Ministero della Salute, è la seguente: [...]quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale.

Sono molte le riforme che regolamentano le professioni sanitarie e in particolar modo la legge n.251/2000 interviene anche sui percorsi formativi previsti per le nuove professioni, riqualificandoli con l'introduzione dei corsi di laurea e master post-laurea.

- Ruolo del farmacista e sbocchi professionali

E' evidente come nel corso degli anni anche la professione del farmacista abbia subito notevoli cambiamenti.

Per potere svolgere la professione di farmacista, è necessario essere abilitati all'esercizio professionale (art. 100 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie - R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni).

Sono attività professionali del farmacista quelle riconducibili al D.Lgs 258/1991 che attua le direttive comunitarie in materia di formazione e al D.Lgs 206/2007 che attua le direttive comunitarie relative al riconoscimento delle qualifiche professionali e alla libera circolazione delle persone (...)

Costituiscono sbocchi occupazionali per i farmacisti le attività connesse al possesso della laurea in Farmacia o in CTF e, ove occorra, all'abilitazione all'esercizio professionale e all'iscrizione all'Albo.

In linea generale, si può comunque distinguere a seconda che s'intenda svolgere la propria attività nell'ambito del settore pubblico o nel settore privato. (Dammarco S., *Medici, farmacie e professioni sanitarie*, Roma, Maggioli, 2015).

I farmacisti espletano la propria attività:

1. nelle farmacie private, in qualità di:

- a) titolare (art. 122 TULS RD n. 1265/1934);
- b) gestore provvisorio (artt. 121, 129 e 378 TULS RD n. 1265/1934 - artt. 11 e 12 legge n. 475/1968);
- c) direttore responsabile (artt. 116, 120 e 378 TULS RD n. 1265/1934);
- d) collaboratore;

2. nelle farmacie di cui siano titolari Enti pubblici, in qualità di direttore o collaboratore:

- a) farmacie comunali (artt. 372 e 378 TULS RD n. 1265/1934 - art. 10 legge n. 475/1968);
- b) aziende farmaceutiche municipalizzate (art. 1 legge n. 1084/1951 -- abrogato dall'art. 17, comma 61, della legge 127/1997 -- legge n. 44/1958);
- c) farmacie di IPAB (art. 121 TULS RD n. 1265/1934 - art. 33 RD n. 1706/1938);

3. nell'ambito del SSN, in qualità di:

- a) farmacista dirigente di primo e secondo livello (ex dirigente, coadiutore o collaboratore) nelle farmacie interne degli ospedali (art. 10 legge n. 475/1968 - art. 22 DPR n. 128/1969 - art. 47 legge n. 833/1978 - art. 1 DPR n. 761/1969 - artt. 1, 2 e 3 DPR n. 821/1984 - art. 15 DLgs n. 502/1992 e successive modificazioni);
- b) farmacista dirigente di primo e secondo livello (ex dirigente, coadiutore o collaboratore) negli uffici e Servizi farmaceutici delle USL (art. 47 legge n. 833/1978 - art. 1 DPR n. 761/1979 - artt. 1, 2 e 3 DPR n. 821/1984 - art. 15 DLgs n. 502/1992 e successive modificazioni);

4. in qualità di direttore di officina o stabilimento di produzione di specialità medicinali o di materie prime farmacologicamente attive (artt. 2, comma 7, 4 e 5 DLgs n. 178/1991);

5. nell'ambito della produzione e commercio di medicinali per uso veterinario, in qualità di:

- a) esperto farmaceutico (art. 4, comma 6, DLgs n. 119/1992- DM Sanità 4 marzo 1993);
- b) persona qualificata nelle officine di produzione (artt. 13, 14 e 15 DLgs n. 119/1992);
- c) responsabile della vendita diretta al pubblico presso grossisti e produttori (art. 32, comma 2, DLgs n. 119/1992 - art. 6 DM 306/2001);
- d) responsabile di magazzino all'ingrosso (art. 2 DM 306/2001);

6. in qualità di responsabile di depositi e magazzini di medicinali per uso umano (art. 3, comma 1, lett. b, DLgs n. 538/1992 - art. 5, comma 1-bis, DL n. 390/1995 convertito nella legge n. 490/1995;

la disposizione non riguarda i magazzini e i depositi di medicinali per uso veterinario -- cfr. art. 31, comma 4, DLgs. n. 119/1992 e DM 306/2001). Per quanto riguarda i magazzini di distribuzione all'ingrosso di gas medicinali, l'art. 14, comma 4, del DLgs n. 538/1992 dispone che, in deroga all'art. 3,

comma 1, lett. b, dello stesso decreto, il direttore tecnico sia una persona che abbia un'approfondita conoscenza delle norme e della prassi di corretta conservazione e distribuzione dei gas medicinali, con un'esperienza pratica almeno biennale;

7. in qualità di direttore di officina di produzione e confezionamento di prodotti cosmetici (art. 10 legge n. 713/1986) o di esperto responsabile dell'importazione di cosmetici da Paesi extraeuropei (art. 9 DLgs n. 126/1997) o come "persona qualificata" responsabile della valutazione della sicurezza dei prodotti cosmetici per la salute umana (art. 10 DLgs n. 126/1997);

8. in qualità di direttore di stabilimenti per la produzione di premiscele e mangimi (art. 7 legge n. 281/1963 modificato dall'art. 6 legge n. 399/1968 e dall'art. 2 DPR n. 152/1988 -- DPR n. 228/1992);

9. nell'ambito delle Forze Armate, nel comparto sanitario dell'Arma dei Carabinieri specialità sanità/farmacia, nel Corpo Sanitario dell'Esercito e della Marina Militare, in qualità di Ufficiale del Ruolo Normale del Corpo Sanitario dell'Esercito e della Marina Militare, presso le farmacie degli ospedali militari e del Policlinico Militare di

Roma (Celio), presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, presso la Scuola di Sanità e Veterinaria Militare di Roma, presso le sezioni farmaceutiche dei Comandi dei Servizi di Sanità e Veterinaria di Regione Militare, presso gli organi direttivi del Dipartimento di Sanità e Veterinaria dell'ispettorato logistico dell'Esercito, presso la Direzione Generale della Sanità Militare, presso il Centro Studi e Ricerche del Corpo Sanitario dell'Esercito ovvero, presso uno degli ospedali principali marittimi o presso una delle infermerie autonome della Marina Militare (direttore responsabile di farmacie militari - art. 121 TULS RD n. 1265/1934);

10. nelle erboristerie (art. 7 legge n. 99/1931);

11. in qualità di direttore degli stabilimenti di produzione di antiparassitari, fitofarmaci, presidi sanitari (art. 7 DPR n. 1255/1968);

12. in qualità di direttore degli stabilimenti di produzione di gas tossici (artt. 6 e 15 RD n. 147/1927). Va precisato che questa disposizione non riguarda i gas medicinali (cfr. art. 13, comma 4, del DLgs n. 538/1992);

13. in qualità di direttore tecnico nello svolgimento dei servizi inerenti all'utilizzazione e alla conservazione delle caratteristiche fisico-chimiche e igieniche di sorgenti di acque minerali (art. 5 RD n. 1924/1919);

14. nell'industria farmaceutica, in qualità di: informatore scientifico (art. 9 DLgs n. 541/1992), direttore del "servizio scientifico" (art. 14 DLgs n. 541/1992), ricercatore, responsabile del "servizio di farmacovigilanza" (art. 3 DLgs 44/1997), capo servizio produzione, capo servizio controllo qualità, "regulatory affairs manager", "product manager", etc;

15. negli Istituti di ricerca pubblici e privati;

16. nelle amministrazioni dello Stato - in particolare nei Ministeri della Sanità, delle Risorse Agricole, Alimentari e Forestali, dell'Industria, Commercio e Artigianato, delle Finanze (secondo i rispettivi ordinamenti interni e i contratti collettivi del comparto);
17. nelle Università, in qualità di docenti, assistenti, ricercatori (secondo lo specifico ordinamento di ciascun Ateneo);
18. nella Scuola (legge n. 1074/1971 - DM Istruzione 30 gennaio 1998 n. 39 - DLgs 297/1994);
19. nelle Case di cura private;
20. negli Istituti di pena (come dipendente del Ministero della Giustizia o come incaricato - artt. 43 e seguenti legge n. 740/1970) nell'ambito del servizio farmaceutico da istituirsi in ogni Istituto penitenziario (art. 11 legge n. 354/1975);
21. nei laboratori di analisi bromatologiche e merceologiche;
22. nella Croce Rossa Italiana (art. 70 legge n. 833/1978 - DPR n. 613/1980 -- relativamente al Corpo militare: RD n. 484/1936 - legge 883/1941 - DLgsLgt n. 379/1946 e successive modificazioni);
23. in qualità di responsabile del controllo di qualità di tutte le fasi del processo produttivo negli stabilimenti di produzione e di confezionamento di prodotti alimentari destinati a un'alimentazione particolare (art. 10 DLgs n. 111/1992);
24. in qualità di responsabile dell'applicazione delle buone pratiche di lavorazione nei centri di depurazione dei molluschi bivalvi vivi (art. 5 DLgs n. 530/1992);
25. in qualità di direttore tecnico di officina di produzione di presidi medico-chirurgici (art. 5 DPR n. 392/1998).

- La farmacia

I rapporti tra le farmacie e il Servizio sanitario nazionale sono regolati da una Convenzione Nazionale stipulata tra Federfarma e le Regioni.

Con il passare degli anni la farmacia pur restando il luogo in cui viene effettuata la distribuzione sicura e garantita di quel bene esistenziale che è il farmaco, viene sempre più integrata col servizio sanitario e fornisce assistenza e servizi.

Il volto della farmacia è cambiato con i Decreti ministeriali del 16 dicembre 2010 e dell'8 luglio 2010 sulla "farmacia dei servizi", che hanno previsto l'erogazione di servizi e prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie.

Il Decreto del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011, fa riferimento ai test "autodiagnostici", test gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo a domicilio, o che possono, in caso di condizioni di fragilità di non completa autosufficienza, essere utilizzati mediante il supporto di un operatore sanitario, presso le farmacie territoriali pubbliche e private.

Le prestazioni analitiche di prima istanza effettuabili in farmacia sono:

- test per glicemia, colesterolo e trigliceridi;
- test per misurazione in tempo reale di emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi, ematocrito;
- test per la misurazione di componenti delle urine quali acido ascorbico, chetoni, urobilinogeno e bilirubina, leucociti, nitriti, ph, sangue, proteine ed esterasi leucocitaria;

- test ovulazione, test gravidanza, e test menopausa per la misura dei livelli dell'ormone FSA nelle urine;
- test colon-retto per la rilevazione di sangue occulto nelle feci.

Lo stesso Decreto fornisce indicazioni tecniche relative all'uso in farmacia di dispositivi strumentali. In particolare determina che per l'erogazione dei servizi di secondo livello in farmacia sono utilizzabili i seguenti dispositivi strumentali:

- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa;
- dispositivi per la misurazione della capacità polmonare tramite auto - spirometria;
- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della saturazione percentuale dell'ossigeno;
- dispositivi per il monitoraggio con modalità non invasive della pressione arteriosa e dell'attività cardiaca in collegamento funzionale con i centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali;
- dispositivi per consentire l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di tele cardiologia da effettuarsi in collegamento con centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali.

Le farmacie pubbliche e private, per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti, devono utilizzare spazi dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano l'uso, la manutenzione e la conservazione delle apparecchiature dedicate in condizioni di sicurezza.

Il farmacista ha inoltre l'obbligo di esporre nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni analitiche disponibili agli utenti.

I servizi in farmacia possono essere quindi raggruppabili in tre macro-aree principali: prevenzione sulle Patologie

Socialmente Rilevanti (es. Diabete e Patologie Cardio-Vascolari), mantenimento e controllo dello stato di salute e/o delle patologie in atto, potenziamento dello stato di benessere (es. attività sportiva e monitoraggio metabolico).

La Farmacia può quindi legittimamente:

- proporsi come un presidio sanitario territoriale di servizi per la salute pubblica.
- rafforzare il suo ruolo di centralità nella zona.
- fornire ai clienti consigli su comportamenti e bisogni.

Nell'era della «rivoluzione digitale» che sta lentamente investendo la Sanità pubblica di questo Paese si inserisce la telemedicina al fine di garantire la domiciliazione dell'assistenza ai cronici e l'integrazione ospedale-territorio, ossia la continuità delle cure" e il farmacista diventa la figura di riferimento che svolge il proprio lavoro anche attraverso l'utilizzo di moderne strumentazioni di autoanalisi e telemedicina.

- La telemedicina e la farmacia

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. (Linee di indirizzo nazionali - Ministero della Salute)

La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico e devono ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza.

Si tratta di servizi che hanno come obiettivo quello di muovere le informazioni diagnostiche anziché i pazienti in particolare le persone fragili, bambini, disabili, cronici, anziani.

Un iter diagnostico completo è difficilmente eseguibile attraverso l'uso esclusivo di strumenti di Telemedicina, ma la Telemedicina stessa può costituire un completamento o consentire approfondimenti utili al processo di diagnosi e cura, ad esempio, attraverso la possibilità di usufruire di esami diagnostici refertati dallo specialista, presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente.

La quota crescente di anziani e patologie croniche, hanno reso necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi per facilitare l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale.

E' nota la presenza della farmacia sul territorio a livello capillare, dal mare alle piccole isole, alla montagna ma anche semplicemente ad aree rurali poco collegate alle città di riferimento. Sfruttando i servizi di telemedicina la farmacia diventa fondamentale nel fornire un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

In farmacia vengono inoltre ridotti i lunghi tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici/specialistici, la limitata attività di diagnosi preventiva e viene migliorata la qualità dell'assistenza.

Un altro importante vantaggio dei nuovi modelli organizzativi basati sulla Telemedicina è rappresentato da una potenziale razionalizzazione dei processi sociosanitari con un possibile impatto sul contenimento della spesa sanitaria, riducendo il costo sociale delle patologie. La disponibilità di servizi per aree o pazienti disagiati potrebbe permettere anche una diminuzione delle spese, come pure un aumento dell'efficienza del sistema.

Inoltre, la Telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, al minor ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani, alla riduzione della mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure. Quello della Telemedicina e sanità elettronica, e più in generale quello delle tecnologie applicate alla medicina (dispositivi medici),

è uno dei settori industriali a maggior tasso di innovazione. Si stima che il mercato per l'e-health abbia un valore potenziale di 60 miliardi di euro, di cui l'Europa rappresenta circa un terzo. Quella dell'e-health è considerata la più vasta industria sanitaria, dopo quella farmaceutica e quella dei dispositivi medici.

Nell'ambito della manifestazione Cosmofarma Exhibition 2017, è stato siglato a Bologna, il protocollo di collaborazione tra SIT (Società Italiana di Telemedicina) e Federfarma.

Secondo i dati del consuntivo preliminare, si contano oltre 28.600 elettrocardiogrammi, 7.200 monitoraggi holter (o elettrocardiogramma dinamico) e quasi 7.450 monitoraggi della pressione arteriosa nelle 24h. Per quanto riguarda gli elettrocardiogrammi, 15.333 hanno riguardato donne (età media circa 30 anni) e 13.277 uomini (36 anni). I monitoraggi della pressione, sono stati eseguiti ad esempio per ipertensione, ipotensione, valutazione dell'efficacia dei farmaci, diabete o gravidanza: 3.899 hanno riguardato donne (età media 60 anni) e 3.549 per uomini (56 anni). I monitoraggi Holter delle aritmie cardiache, infine, sono stati eseguiti per episodi prolungati o frequenti di palpitazioni, identificazione di fibrillazione atriale, valutazione della funzione dei pacemaker: 3.956 per donne (età media 62 anni) e 3.297 per uomini (60 anni).

Tali prestazioni al momento sono fornite in regime privatistico e le richieste hanno mostrato un netto incremento nell'ultimo trimestre dell'anno, cosa che rende incoraggianti le previsioni per il 2017. Grazie all'utilizzo di un'unica piattaforma di telemedicina, spiega Htn in una nota, le farmacie che aderiscono al network possono vantare uniformità di raccolta dei dati sanitari, uniformità di dotazione di apparecchiature, uniformità di erogazione delle prestazioni e un unico database condiviso.

SIT e Federfarma concordano inoltre sulla necessità di operare congiuntamente affinché i servizi di telemedicina erogati dalle farmacie possano essere inseriti tra le prestazioni erogabili a carico del SSN, anche alla luce del fatto che recentemente la Farmacia dei servizi è stata inserita per la prima volta nei LEA .

- Conclusioni

"La consapevolezza che il sistema sanitario odierno debba ritenersi finanziariamente condizionato a motivo della progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione della collettività porta a considerare auspicabile una reale evoluzione della medicina territoriale, che permetta l'impiego continuativo di personale adeguato, organizzato in gruppi di professionisti presso strutture dedicate".

(C.Bottari)

E' evidente oggi la funzione del farmacista, che lo vede integrato in una sanità moderna ed economicamente sostenibile, che contribuisce ad una corretta politica sanitaria, producendo servizi, consulenze, informazioni e vigilanza e che veda al primo posto il bene "salute del cittadino".

Al farmacista si presenterebbero diverse opportunità tra cui:

- migliore affermazione delle sue diverse specializzazioni
- miglioramento del rapporto con i medici
- miglioramento del rapporto professionista-utente
- rimanere punto di riferimento del farmaco

Le "Key-words" del suo operato, al fine della salvaguardia della salute individuale e collettiva, del contenimento delle spesa sanitaria e dell'armonizzazione generale dei rapporti con le altre figure sanitarie, devono essere:

- INFORMAZIONE/FORMAZIONE
- COMUNICAZIONE
- COLLABORAZIONE

E'indispensabile mettere in atto un programma strutturato di formazione universitaria, abbinato a una formazione di servizio, volto ad ottimizzare l'uso della Telemedicina per migliorare la qualità dell'assistenza. Una formazione specifica di livello universitario andrà progressivamente inserita nei curricula formativi delle professioni sanitarie, di primo e secondo livello, nonché nella formazione post laurea. Inoltre potranno essere anche diffusi percorsi di formazione post laurea specifici per l'e-health, inclusa la Telemedicina, rilascianti titoli di valore universitario utili all'inserimento professionale in Centri Erogatori e Centri Servizi.

Bisogna proporre una formazione non standardizzata ma finalizzata alle esigenze ed alle competenze correlate con le altre professioni , consolidando tra gli operatori sanitari la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale; inserire le attività di ECM in particolare, la formazione sul campo per acquisire dimestichezza con i nuovi metodi per l'esercizio della loro professione. La formazione dovrà riguardare le nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati, alla base di una prestazione in Telemedicina.

Bisogna ridefinire ruoli, professionalità ed opportunità e successivamente si deve affrontare il passaggio da un sistema rigido, verticale, non comunicante ad un team trasversale, fortemente motivato dove si individuino il cambiamento sostituendo la competitività con il concetto di collaborazione e crescita collettiva.

Inoltre, la continuità e il coordinamento dell'assistenza sanitaria richiedono anche la capacità di servirsi di nuovi strumenti di dialogo con il paziente. Il personale medico, soprattutto quello con cui i pazienti hanno contatti per telefono oppure attraverso lo schermo, dovrà aver ricevuto anche una formazione psicologica, in modo da umanizzare la relazione a distanza e da rimediare alla mancanza di quella presenza fisica sulla quale si era sinora basato il dialogo tra medico e paziente.

Ai fini di un suo sviluppo su larga scala è necessario creare fiducia nei servizi offerti e favorirne l'accettazione da parte dei professionisti sanitari e dei pazienti.

Trattandosi di una innovazione tecnologica, è indispensabile che i professionisti sanitari ed i pazienti siano adeguatamente formati e preparati, consapevoli del loro ruolo e dell'efficacia del servizio, a beneficio della salute dei pazienti che se ne giovano e dell'efficienza del sistema sanitario. Dunque, azioni di informazione e formazione sono importanti per garantire la necessaria professionalità e conoscenza degli strumenti, nonché una buona comprensione del contesto interattivo in cui vengono utilizzati.

La possibilità di partecipare al percorso clinico-terapeutico dei propri utenti in funzione di risorsa preziosa per il monitoraggio ed i vari controlli, rappresenta un aspetto importantissimo ed etico per il consolidamento dell'alleanza farmacista-medico, asse portante del nuovo concetto e modello di medicina territoriale. Anche se il servizio viene proposto fra le mura della farmacia è indubbio che anche il Mmg (medico di medicina generale) ne trarrà grandi benefici, ad esempio recuperando tempo per l'anamnesi, la visita, lo studio ed il ragionamento clinico-terapeutico. Il poter disporre, in tempi mediamente inferiori a quelli del normale iter collegato alle

strutture del Ssn, degli esiti delle analisi utili alla stratificazione del rischio, all'inquadramento periodico dello stato di salute generale ed alla verifica dell'impatto delle terapie in atto (prevenzione secondaria), rappresenta per ogni Mmg un aspetto utilissimo e dalle ricadute significative per i propri pazienti. La farmacia ha dunque l'opportunità di proporsi quale partner di primo livello, accessibile, sicuro, comodo, veloce, facile e conveniente nella gestione globale della salute.

In conclusione occorre qualificare l'assistenza promuovendo una rivisitazione culturale degli atteggiamenti professionali di chi opera in sanità, compresi gli utilizzatori del farmaco intraprendendo un percorso legato alla salute dei pazienti e alla salute delle stesse farmacie.

Questo atteggiamento avrebbe più risvolti:

- dal punto di vista etico ricondurrebbe ai principi ispiratori della legge 833/78 cioè all'universalità dei destinatari delle prestazioni, all'eguaglianza di trattamento e alla globalità delle prestazioni nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
- dal punto di vista professionale aumenterebbe le competenze e la gratificazione personale per la completezza della propria formazione culturale sanitaria.
- dal punto di vista economico contribuirebbe al contenimento della spesa sanitaria.