



La funzione del farmacista ospedaliero nelle politiche sanitarie regionali

Vittorio A. Sironi*

Nell'ambito dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale nella direzione di un sistema su base regionale è opportuno che il farmacista ospedaliero si interroghi sul ruolo che in questa prospettiva è chiamato a svolgere. Accanto ad altre figure professionali che lavorano nell'ambito della sanità, egli non solo deve prepararsi a rivestire sempre più un ruolo di *maggiore centralità*, ma deve essere pure consapevole di dover svolgere un'essenziale funzione di *elemento unificante* tra esperienze e progetti diversi. Proprio in ragione della sua evoluzione storica.

Lo sviluppo della professione farmaceutica nel corso degli anni consente di identificare tre fasi. Una prima durante la quale il farmacista focalizzava la sua attenzione prevalentemente sul *farmaco*, occupandosi della sua preparazione, del suo approvvigionamento, della sua conservazione e della sua distribuzione. Una seconda, coincidente con quella che si chiama "farmacia clinica", caratterizzata da numerose attività, tra le quali le funzioni relative all'informazione sul farmaco e all'attività di selezione dei farmaci (Prontuari Ospedalieri), la farmacoeconomia, lo studio della farmacocinetica clinica e la farmacovigilanza, la farmacoepidemiologia. Con la farmacia clinica il farmacista spostava la sua attenzione sulle *malattie* e sulla loro farmacoterapia: suo interlocutore principale era il medico al quale egli forniva tutte le informazioni utili a ottimizzare la terapia. La terza fase, quella attuale, è rappresentata dalla *pharmaceutical care*. In essa l'interlocutore principale diventa il *paziente*, che è anche colui che maggiormente trae beneficio da questa nuova attività.

Questa nuova *dimensione antropocentrica* rappresenta il superamento della *visione farmacocentrica* che per molto tempo aveva caratterizzato la pratica della farmacia ospedaliera. Il farmaco resta sempre al centro dell'attività professionale del farmacista dentro l'ospedale, ma esso rappresenta solo un *mezzo* per il raggiungimento di un preciso *fine*: la salute del malato. L'*obiettivo primario* del farmacista ospedaliero non è più la produzione e la distribuzione del medicinale, ma l'intervento farmacoterapico mirato alla guarigione o quantomeno alla miglior qualità di vita per il malato. Lo *strumento secondario* per raggiungere questo scopo è rappresentato dal farmaco, congiuntamente alle conoscenze – note al farmacista – relative alla sua azione sull'organismo. Una *far-*

macia basata sulle evidenze in un contesto sanitario dove avanza una *medicina basata sulle evidenze*. Una *farmacoterapia basata sull'efficacia* all'interno di una *tecnomedicina basata sull'efficienza*.

L'evoluzione storica della figura del farmacista ospedaliero è speculare rispetto a quella del medico, che vive oggi una profonda "crisi professionale" perché il suo mestiere è andato via via arricchendosi di *tecnologia* ma impoverendosi al tempo stesso di *antropologia*. Il farmacista, spostando il baricentro del suo lavoro dal farmaco al paziente, ha saputo arricchire di *antropologia* un'attività che era relativamente ferma sul piano della *tecnologia*, compiendo in questo modo una notevole "crescita professionale".

Un tale percorso non sarebbe stato possibile senza un'adeguata e costante dialettica culturale, sollecitata e favorita da quel "laboratorio di idee" che è stata in Italia e in Europa, sin dalla sua fondazione, la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera. La progressiva acquisizione di uno "spirito critico", cioè di valutazione e di giudizio sui farmaci sino alla loro selezione (Prontuari Regionali), l'informazione e la formazione, l'attivazione di progetti di ricerca, la sperimentazione, la metodologia della vigilanza farmaceutica, la valutazione farmacoeconomica, la lettura dei dati di farmacoepidemiologia, la realizzazione di molteplici attività editoriali, la capacità di costante confronto con gli altri professionisti della sanità, la rilevanza del passaggio dalla farmacia clinica all'assistenza peculiare della *pharmaceutical care*, la richiesta della presenza costante di un farmacista nei comitati etici degli ospedali sono le linee più significative del dibattito culturale e del confronto intellettuale che la farmacia ospedaliera ha saputo sviluppare in questi ultimi anni.

Grazie a questo percorso il farmacista ospedaliero può oggi ritrovare quella visione clinica e quella dimensione antropocentrica del suo lavoro che erano già presenti nel mestiere dello speciale rinascimentale, il quale andava "di crociera in crociera" per raccogliere dal medico "le prescrizioni dei medicamenti", che preparava nella sua officina apotecaria per somministrarli poi "personalmente" al malato.

Egli rappresenta dunque un fondamentale punto di riferimento sia per i medici (i proponenti della terapia) sia per i malati (i fruitori della terapia). Questa sua duplice e centrale posizione lo fa divenire un elemento di raccordo tra istanze diverse, entrambe però ugualmente importanti per il risultato finale: l'efficacia della cura.

* Professore di Storia della medicina e della sanità, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Il farmacista ospedaliero è portatore di un “sapere farmaceutico” che deve essere posto al servizio della sanità. Come già nel passato, quando le spezierie presenti all’interno dei grandi ospedali italiani nati dalla *reformatione* rinascimentale costituivano un modello di riferimento per tutta l’Europa, anche nel presente e nel futuro le realtà particolari (oggi quelle regionali) possono costituire interessanti “laboratori di ricerca” in cui verificare nuove strategie che possono poi essere esportate a livello nazionale e talvolta anche internazionale.

Molti dei passaggi evolutivi della farmacia ospedaliera sono stati resi possibili dall’iniziale sperimentazione che era stata attuata nelle realtà regionali: l’associazionismo lombardo tra farmacisti ospedalieri, la realizzazione emiliano-romagnola del Prontoario Regionale, l’esperienza piemontese delle indagini farmacoepidemiologiche, le pratiche venete di farmacia clinica, solo per citarne alcuni.

Le “politiche sanitarie particolari” devono, però, costituire solo i pezzi di un unico puzzle, il grande puzzle della sanità italiana. Per questo il farmacista ospedaliero può e deve svolgere una funzione di unificazione delle varie esperienze. Essendo egli il tecnico della terapia che sa utilmente maneggiare i farmaci, può e deve essere anche la cartina di tornasole che misura l’efficienza del sistema, sia a livello particolare (locale e/o regionale) sia a livello centrale (nazionale o internazionale). L’uso mirato e appropriato delle risorse farmaceutiche deve rappresentare uno degli elementi di forza per mantenere efficacia ed efficienza al sistema sanitario. Il farmacista ospedaliero si trova in una posizione privilegiata per vedere e

valutare sia l’efficienza degli schemi terapeutici messi a punto dai medici sia l’efficacia terapeutica sul malato delle scelte compiute.

Il farmacista ospedaliero deve, dunque, proseguire il cammino che l’ha portato dalla farmacia clinica alla *pharmaceutical care* e, all’interno di questo nuovo modo di attuare l’assistenza farmaceutica, riconvertirsi alla funzione originaria di *artigiano del farmaco* potenziando la professionalità di sperimentatore, trasformarsi in abile *selezionatore di cura* per identificare la più appropriata alla patologia del malato, riappropriarsi del ruolo di *responsabile della gestione terapeutica* che era già suo all’origine della propria attività, quando seguiva in corsia il medico durante la visita ai malati. Deve non sovrapporsi, ma affiancarsi al medico (e anche all’infermiere), per assisterlo con la sua competenza tecnica. Deve avvicinarsi al paziente, per spiegargli le risposte dell’organismo ai medicinali e confortarlo durante i passaggi terapeutici, in ragione delle sue conoscenze farmacologiche. Deve, in ultima analisi, offrire il suo contributo professionale alla sanità e alla società, per collaborare, per quanto gli compete, al miglioramento dell’assistenza e alla realizzazione di sempre più ampie condizioni di salute.

Lo può e lo deve fare negli ambiti regionali in cui lavora, ma lo può e lo deve fare ancora di più uscendo da questi per proporre la sua esperienza a tutto il “sistema nazione” (e anche senza riverenziali timori verso l’intero “sistema Europa”) che, come tale, trarrà vantaggio e non discriminazione dalle differenti “politiche sanitarie regionali”.