

Forme di incentivo ai farmacisti territoriali per la promozione della salute: l'esperienza del Regno Unito

Elena Pizzo

Dipartimento di Scienze Economiche Marco Fanno, Università degli Studi di Padova

Riassunto. Nel Regno Unito il Department of health ha introdotto un sistema di remunerazione per i farmacisti finalizzato al controllo della spesa farmaceutica nazionale, ma mirato anche alla promozione della salute e alla valorizzazione del farmacista. Il nuovo contratto prevede un rimborso per gli *essential services* – distribuzione dei farmaci – e una remunerazione accessoria a prestazione, per la fornitura aggiuntiva di servizi *advanced* ed *enhanced* a livello locale.

Tale sistema, volto a fare emergere la professionalità del farmacista e a garantire un'offerta di qualità al consumatore, è stato affiancato dall'introduzione di specifici schemi di fornitura di servizi *advanced* a livello locale, i Local pharmaceutical services (Lps).

Questo lavoro descrive le politiche attuate per valorizzare il farmacista e promuovere la salute e delinea le caratteristiche peculiari del sistema di remunerazione introdotto a tal fine. Sono presentati e discussi gli impatti che tali politiche hanno avuto rispetto agli obiettivi iniziali. In conclusione si valuta l'attuabilità e i potenziali effetti di una simile politica in Italia, considerando gli elementi che caratterizzano e distinguono il sistema farmaceutico italiano rispetto a quello inglese.

Parole chiave. Farmacista, remunerazione, servizi farmaceutici locali (Lps), valorizzazione professionale.

Abstract. The English Department of health has introduced a new system of remuneration for pharmacists to control the national health expenditure, to promote public health and to give higher value to the pharmacists' profession. A new contract has been defined, to reimburse the essential services (drugs distribution) and to reward other additional advanced and enhanced services at a local level.

The system, aimed at enhancing the pharmacist's profession and providing customers with a higher range of quality services, has been accompanied by the implementation of specific schemes of services at a local level, the Local pharmaceutical services (Lps). Lps plans, introduced in 2002 from the negotiation of specific contracts, has had a positive effect both in terms of service enhancement and pharmacist's valorisation.

In the study we describe the policies implemented to enhance the pharmacist's profession and to promote health. We illustrated the peculiar characters of the remuneration system built for this purpose. We furthermore analysed the effects that such policies have had with respect to the original objective. In conclusion, we would consider the possibility of introducing such a policy in Italy, and the potential impacts that it would have by analysing the main characteristics of the Italian pharmaceutical system compared to the English system.

Key words. Local pharmaceutical services (Lps), pharmacists, professional enhancement, remuneration.

1. Introduzione

In Italia e nel Regno Unito, così come in altri paesi europei, la figura del farmacista è oggetto da alcuni anni di dibattiti riguardanti la necessità di incentivare e sviluppare la sua professionalità e di mettere in luce il suo ruolo all'interno del servizio sanitario. Negli ultimi anni si è assistito ad un mutamento della professione del farmacista, il quale da produttore di medicinali è diventato venditore di farmaci industriali ed erogatore di servizi collegati all'assunzione del farmaco. Tuttavia, tale mutamento non sempre è

stato accompagnato da un contestuale adeguamento delle modalità di retribuzione del farmacista, con il conseguente disincentivo da parte di quest'ultimo di svolgere attività diverse dalla sola vendita.

A differenza del contesto italiano, in cui le riforme e le innovazioni nel sistema farmaceutico sono state introdotte molto di recente¹, oppure riguardano realtà

¹Recentemente si è assistito anche in Italia all'introduzione e alla distribuzione dei farmaci generici e alla vendita di farmaci in luoghi diversi dalla farmacia (ad esempio, nei centri commerciali e nei caselli delle autostrade).

limitate, nel Regno Unito i primi tentativi di incentivazione del farmacista e di adeguamento del sistema retributivo risalgono all'inizio degli anni Novanta.

Lo studio analizza le diverse iniziative di rinnovamento attuate dal 1991 ad oggi nel Regno Unito, finalizzate ad avvalorare la professionalità del farmacista e a definire i termini contrattuali del suo compenso.

2. La valorizzazione della professione del farmacista attraverso la promozione della salute

Nel Regno Unito si è assistito ad un primo tentativo di potenziamento della figura professionale del farmacista in un programma di vasta portata finalizzato in primo luogo alla promozione della salute.

Le motivazioni che hanno contribuito ad eleggere i farmacisti 'promotori della salute' sono molteplici e certamente riscontrabili nelle caratteristiche peculiari di questa figura professionale.

I farmacisti, infatti, oltre ad essere figure esperte nel campo dei medicinali, sono i professionisti più accessibili in assoluto: possono entrare in contatto con quasi la totalità della popolazione, non solo quella con disturbi, ma anche quella sana, e soprattutto con ogni tipologia di paziente/cliente. Rivestono una posizione che consente loro di dare informazioni e consigli sia alle persone alle quali sono stati prescritti farmaci, ma anche a coloro i quali si rivolgono alla farmacia per acquistare farmaci di automedicazione o prodotti legati alla salute (Graham, 2000a).

I farmacisti possono essere coinvolti nella promozione della salute non soltanto compiendo il loro ruolo chiave di distribuzione di farmaci, ma anche nel fornire educazione di gruppo, attraverso le campagne promozionali e fornendo test e/o screening diagnostici.

Se da un lato si è cercato e si sta tuttora cercando di promuovere la salute attraverso la figura del farmacista, enfatizzando la sua valenza di esperto di farmaci e cura, piuttosto che di mero distributore, implementando molteplici progetti e creando servizi aggiuntivi, dall'altro non sono ancora del tutto chiare le politiche attuate per incentivare e motivare i farmacisti a svolgere il ruolo di promotori (Graham, 2000b).

A tal fine il Department of Health ha introdotto un sistema di remunerazione del farmacista finalizzato in primo luogo al controllo della spesa farmaceutica nazionale, ma mirato anche alla promozione della salute, che consenta di far emergere questa professione e che nel contempo garantisca un'offerta di qualità al consumatore. Tale sistema prevede una remunerazione cosiddetta *fee for service*, ovvero un onorario per la distribuzione dei farmaci ed, in aggiunta, una ricompensa per la fornitura di servizi supplementari.

Poiché un livello troppo basso di ricompensa potrebbe disincentivare i farmacisti dal garantire servizi aggiuntivi, la determinazione di un sistema adeguato di remunerazione si rivela essenziale per stimolare la loro professionalità ed evitare l'insorgere di comportamenti opportunistici.

Saranno esposti in seguito alcuni dei progetti implementati nel Regno Unito a partire dal 1991 per meglio comprendere come l'incentivazione monetaria rappresenti un argomento basilare su cui focalizzare l'attenzione.

2.1. Prime esperienze innovative di promozione della salute e valorizzazione del farmacista

- *Il Barnet High Street Health Scheme (1991)*

Una prima significativa esperienza di promozione della salute attraverso i farmacisti è rappresentata dal Barnet High Street Health Scheme, un programma lanciato nel 1991 e tuttora attivo, finalizzato alla formazione di professionisti in grado di dare informazioni al paziente e a fornire educazione sanitaria attraverso materiale informativo e consulenze (Todd, 1993; Anderson, 2001).

Lo schema consiste in un corso di formazione accreditato di una settimana in 'promozione della salute', con corsi di aggiornamento continuo di tre sere a supporto del ruolo di promotore.

Tra le diverse attività di promozione rientrano l'informazione al paziente (consigli sull'uso corretto dei farmaci e sull'automedicazione), l'utilizzo di materiale informativo di supporto (video, foglietti illustrativi, brochure, etc.), l'educazione sanitaria e la consulenza individuale, e infine i programmi di screening.

Una valutazione dello schema è stata condotta attraverso interviste approfondite, audit con i clienti e ricerche anonime. La valutazione ha evidenziato un cambiamento nel comportamento e nell'atteggiamento dei farmacisti, un maggior coinvolgimento nella promozione della salute, un ruolo orientato maggiormente verso il paziente rispetto al prodotto, più tempo speso a colloquiare con il paziente e meno a vendere, un maggior supporto psicologico e sociale.

Sebbene inizialmente i risultati del progetto siano stati dal lato etico più che soddisfacenti, si è dovuto ben presto affrontare uno dei principali limiti all'estensione dell'iniziativa: la mancata remunerazione dei farmacisti. Il mancato compenso economico iniziale, infatti, ha costituito una barriera allo sviluppo e all'implementazione del progetto e di conseguenza si è dovuto provvedere con l'introduzione di rimborsi spesa per incoraggiare i farmacisti a frequentare i corsi di formazione giornaliera (Anderson e Green, 1997).

Da allora sono stati attivati molteplici progetti, portatori di diverse finalità. In ogni caso però si è re-

so necessario accompagnare l'iniziativa con una forma minima di compenso economico.

- *I progetti Gwent (1994), Kensington, Chelsea and Westminster (1995)*

A metà degli anni Novanta è stato stanziato un fondo di circa £ 1.000 per un progetto finalizzato a determinare la frequenza e la natura del coinvolgimento delle farmacie nel dispensare consigli di promozione della salute, a valutare la percezione pubblica di tali consigli e a produrre strategie per il coinvolgimento futuro dei farmacisti nella promozione della salute. Solo un anno più tardi, uno stanziamento di circa £ 113.000 per 28 farmacie ha permesso l'avviamento di altri tre progetti diretti al miglioramento dei locali della farmacia, attraverso l'installazione di un'area di promozione alla salute, un'area di attesa e di accesso per disabili, fino ad allora mai sperimentate.

- *I progetti St Helen's Kowsley (1997), North West Anglia, South Staffordshire (1998-99) per i problemi cardiaci, dentali e alimentari*

Numerosi progetti sono stati avviati alla fine degli anni Novanta per la formazione dei farmacisti, rivolti a fornire supporto ai pazienti su aspetti legati alla cardiologia e alle malattie coronariche; tra questi il progetto St Helen's Kowsley, con una remunerazione ai farmacisti di circa £ 16 orarie, ed il progetto South Staffordshire che prevedeva un corso serale di accreditamento post-laurea con un workshop di sei sere remunerato £ 45 a serata. Il medesimo progetto prevedeva anche £ 600 annue per aderire a campagne di formazione sull'acido folico o gli stati influenzali e per promuovere la salute dentale. Il tema della cura dei denti, assieme ai problemi alimentari, all'attività fisica e alla dipendenza dal fumo erano invece oggetto dell'attività promozionale dei farmacisti coinvolti nel progetto North West Anglia, e remunerati £ 30 a consulto.

- *I progetti per la dipendenza dal fumo East Riding e North Staffs (1998)*

Alcuni progetti sono stati sviluppati con l'obiettivo di promuovere comportamenti salutari, quali l'attività fisica, l'alimentazione sana e per "aiutare le persone a cambiare", a smettere di fumare e di bere alcol. I corsi di aggiornamento prevedevano un rimborso per farmacisti ed assistenti di circa £ 6.000, ed un compenso per consulenze ai pazienti di £ 75 ciascuno.

- *I progetti Croydone e N&E Devon (1998)*

Il progetto Croydone, con un rimborso di £ 300 trimestrali a farmacia, è stato il primo progetto ad affiancare a temi già noti, quali l'assistenza attraverso

fogli illustrativi, temi riguardanti anche le ineguaglianze in sanità.

Il progetto N&E Devon ha promosso invece la promozione della salute con un programma di tre mesi remunerato £ 5 a contraente (il PEACH, ovvero il Pharmacists Educating All in Community Health) e £ 100 a farmacia per corsi di formazione agli assistenti sanitari.

- *I progetti per il supporto ai tossicodipendenti: Methadone Supervision e Needle Exchange Scheme*

Per far fronte alla dipendenza dalle droghe sono state avviate molteplici iniziative, quali il Methadone Supervision, che prevede un rimborso per erogazione e supervisione dell'assunzione di metadone da un minimo di £ 1 fino ad un massimo di £ 3 a dose. Molti schemi vengono pagati ai farmacisti con una base per dose, ma in molte aree è previsto un onorario variabile basato sulle attività ed il numero di clienti.

Per prevenire la trasmissione di malattie è stato inoltre implementato uno schema di scambio delle siringhe (NES). Per questo servizio il Psnc (Pharmaceutical services negotiating committee) raccomandava inizialmente una ritenuta annua sull'onorario, con un pagamento addizionale per ogni confezione emessa oltre le 50 confezioni trimestrali di siringhe². Attualmente questo sistema di pagamento è il più usato, ma prevede alcune variazioni, tra cui un unico onorario annuo (in media di £ 650), un onorario variabile su scala mobile secondo il tipo di attività (£ 4.000 per le attività maggiori) o solo il pagamento per cambio (mediamente £ 1 a cambio). Lo schema originale ripartiva in media un onorario annuo di £ 100 con una remunerazione per scambio di massimo £ 2.

- *La farmacia come promotore della salute*

I progetti diretti alla promozione della salute non hanno riguardato soltanto la formazione dei farmacisti e la loro valorizzazione professionale ed economica, ma anche l'innovazione dei locali entro cui essi operano. Ne vengono esposti in seguito alcuni.

- *Le librerie in farmacia*

Alcuni esempi di rinnovamento e trasformazione delle farmacie finalizzati alla differenziazione del servizio e ad incentivare la competizione e l'efficienza sono rappresentati dalla Lloyds Pharmacy, Alfreton e dalla Johnson Pharmacy. La prima farmacia ha istituito un centro di informazione alla salute con il supporto di £ 5.000 da parte dell'autorità del

²La confezione contiene di solito aghi, siringhe, tamponi per le medicazioni, cotone, profilattici e foglietti illustrativi.

South Derbyshire, mentre la seconda ha collezionato volantini, libri e video e trasformato un magazzino inutilizzato in libreria, al costo di £ 2550. Nell'ultimo caso si è assistito a un incremento delle vendite da 6.000 a 8.000 prescrizioni al mese durante il primo anno di servizio e all'avvio di "Inphorm", una vera e propria impresa commerciale specializzata nella creazione di librerie per farmacia.

◦ I dispensatori automatici di farmaci

In Gran Bretagna l'installazione dei dispensatori automatici dei farmaci è stata accolta non solo come innovazione tecnologica che consente di far risparmiare tempo, ma anche come il completamento di una serie di strumenti legati alle prescrizioni telematiche.

La ricetta arriva per via elettronica in farmacia e attiva un computer collegato al sistema di distribuzione automatizzato che provvede a sua volta a riconoscere il giusto prodotto e a convogliarlo al banco di vendita attraverso scivoli o nastri trasportatori. Questo sistema è utile non solo a migliorare la gestione del magazzino, perché consente di immagazzinare quantità superiori di prodotti (ed ottenere sconti), ma anche a velocizzare l'attività di distribuzione del farmaco. In questo modo il farmacista ha maggiore spazio e tempo per compiere le attività di consulenza e informazione, che prima gli erano negate per motivi di tempo. Tali sistemi sono stati adottati nella farmacia di A Gray-Berwick Apon Tweed e della Taylor's Family Pharmacy di St Helen di A Grande (*Partnership*, 2003a).

◦ Le superfici di vendita

La farmacia gallese VALE ha vinto il premio Platinum Design Award assegnato dalla rivista *Chemist & Druggist* per aver realizzato il miglior esemplare di punto vendita 'aperto', in cui poter trovare consigli e servizi. Questa farmacia, collocata in pieno centro, è stata dotata di vetrine concepite come finestre per l'invio di messaggi promozionali e informativi; ha subito un rinnovamento dei locali, ideati per accogliere le persone in modo confortevole e in piena sicurezza e ha creato delle aree di consultazione appartate per tutelare la privacy e coinvolgere il cliente (più libero di chiedere informazioni); sono stati adottati dei computer destinati alla registrazione dei pazienti o alla consultazione di schede informative da parte dei clienti e sono state introdotte delle postazioni con schermi a sfioramento per ottenere informazioni sanitarie; è stato infine reclutato personale opportunamente addestrato per garantire un miglior servizio (*Partnership*, 2003b).

◦ L'esposizione dei farmaci Otc a libero servizio

In Inghilterra l'introduzione dell'accesso diretto ai *General sales list (Gsl)*, medicinali generici ven-

dibili liberamente anche fuori dalla farmacia, ha comportato un aumento delle vendite di questa tipologia di farmaco a discapito dei farmaci *Pharmacy medicines (P)*, farmaci vendibili senza prescrizione ma solo in farmacia. Molti farmaci *P* sono stati convertiti in categoria *Gsl* per opera delle stesse case produttrici, facendo perdere mercato alle farmacie a vantaggio delle *grocery*. Questo ha contribuito a svilire la figura professionale del farmacista su due fronti, quello dei consumatori che non tengono più conto della sua competenza, ma anche quello dei produttori di farmaci che continuano a produrre medicinali e trasformarli in *Gsl*.

Per far fronte a questa situazione è stato avviato un esperimento con l'obiettivo di rivalutare la figura del farmacista attraverso (*Partnership*, 2002):

- la promozione dell'intera gamma di farmaci *P*;
- l'esposizione che favorisca la percezione della professionalità del farmacista;
- un nuovo lay-out espositivo per facilitare l'identificazione dei *P*;
- l'aumento della capacità di consiglio del personale attraverso training;
- un presidio dell'area per fornire consigli e veicolare l'acquisto;
- l'utilizzo di una segnaletica di avvertenze per indurre la richiesta di aiuto.

Tale esperimento ha portato ad un aumento delle vendite dei farmaci *P* dal 15 al 30% e ha permesso il recupero della clientela, favorendo una percezione positiva da parte dei clienti, sia della novità che dell'immagine professionale del farmacista (Cambiè 2003).

3. La valorizzazione del farmacista attraverso il Nhs plan

3.1. La farmacia nel futuro: implementazione del Nhs plan

Nel settembre 2000, due mesi dopo la presentazione del nuovo Nhs plan, è stato pubblicato anche il programma relativo ai servizi farmaceutici nazionali. Tale programma, *Pharmacy in the future. Implementing the Nhs Plan*, trova il suo fondamento nei principi delineati dal Nhs plan, ovvero la concezione di un servizio formulato e sviluppato in vista dei bisogni e delle aspirazioni dei pazienti, che offra a questi ultimi un accesso rapido e conveniente a servizi di alta qualità, facendo un migliore uso delle competenze dello staff del Nhs (Department of Health, 2000a e b).

I tre obiettivi principali del Programma possono essere riassunti come segue:

1. andare incontro ai mutati bisogni dei pazienti, obiettivo che per la farmacia si concretizza nel:

- a) assicurare ai pazienti l'ottenimento di farmaci e di consigli farmaceutici in maniera corretta e semplice, nel momento e nel luogo a loro più consoni;
 - b) maggiore supporto nell'utilizzo dei farmaci e riduzione dei malesseri dovuti ad utilizzo improprio dei farmaci;
 - c) creare fiducia nei pazienti, dandogli la certezza che consultando il farmacista possano ricevere consigli utili;
2. rispondere ad un contesto in cambiamento: un ambiente più competitivo per i farmacisti che devono far fronte anche a nuovi modelli di distribuzione (ordinazioni elettroniche e consegna a domicilio) e devono garantire nuove forme di pagamento;
 3. mantenere uno standard professionale, attraverso un approccio moderno, aperto e trasparente ai problemi, attraverso l'educazione e l'aggiornamento professionale e assicurando ai farmacisti il mantenimento delle loro competenze nel tempo.

Il programma è stato avviato con i seguenti intenti (Department of Health, 2000b).

1. Migliorare l'accesso ai servizi da parte dei pazienti affinché:
 - possano disporre di una gamma più ampia di medicinali (Otc);
 - possano procurarsi i farmaci di cui necessitano anche fuori orario;
 - vengano creati centri unici di assistenza primaria che rendano accessibili farmacisti, medici, infermieri e dentisti sotto lo stesso tetto;
 - possano ottenere il rinnovo della prescrizione direttamente dal farmacista senza dover tornare in ambulatorio ogni volta;
 - implementazione delle *e-pharmacies* che permettano prescrizioni elettroniche.
2. Aiutare i pazienti ad ottenere il meglio dai farmaci:
 - in ogni parte del paese i pazienti possono ottenere aiuti dai farmacisti in termini di utilizzo dei farmaci, riduzione dei casi di malessere per uso improprio dei farmaci;
 - attraverso l'implementazione di schemi pilota a livello nazionale per attivare servizi di gestione d'uso dei farmaci.
3. Ridisegnare il servizio in funzione del paziente:
 - con l'implementazione di schemi pilota denominati Local pharmaceutical services (Lps) per l'organizzazione ed il pagamento delle farmacie che offrono una gamma aggiuntiva di servizi e in questo modo rispondono alle esigenze locali;
4. Assicurare servizi di alta qualità ottenendo il meglio dallo staff:
 - regolamentando lo standard professionale e ridefinendo le procedure disciplinari della Royal Pharmaceutical Society affinché i farmacisti garantiscano le loro competenze.

Nel luglio 2003, in un nuovo documento intitolato *A vision for pharmacy in the new Nhs*, il Department of Health ha evidenziato come la maggior parte degli obiettivi siano stati raggiunti durante i tre anni di implementazione del Nhs plan (Department of Health, 2003). Tuttavia il capitolo più spinoso ancora da definire riguardava proprio i termini contrattuali per la remunerazione delle farmacie.

A tal proposito nel piano sanitario si era accennato ad uno sviluppo del contratto nazionale per i farmacisti finalizzato a remunerare i servizi farmaceutici non più in termini di volume, bensì in termini qualitativi. Nel Piano veniva proposta una distribuzione della *Global sum* che garantisse i minimi standard e promuovesse i servizi aggiuntivi, ma senza fornire di fatto alcun riferimento aggiuntivo (NPA, 2003)³.

Del resto, l'attuazione degli schemi pilota riguardanti i servizi farmaceutici locali, i cosiddetti Lps, pre-

³Un'offerta di remunerazione per i farmacisti pari ad un aumento del 3,1% della *Global sum* è stata fatta nel luglio 2003 per l'anno 2003/2004 dal Department of Health, ma non è stata accettata di buon grado dall'NPA, l'Associazione Farmaceutica Nazionale del Regno Unito (NPA Press Office, 2003 - *NPA reaction to the Department of Health's remuneration offer*). Allo stesso modo non è stata ritenuta sufficiente la somma pari a £ 1m per l'addestramento dello staff di supporto della farmacia. L'aumento della remunerazione così come proposto dal Department of Health è stato ritenuto poco conveniente in quanto non cambia l'onorario per la distribuzione dei farmaci, la quale rimane pari a 94,6 pence per prodotto prescritto. Solo per il mese di marzo 2004 l'assegno professionale era di £ 1.000 fino a 1.100 prescrizioni e di £ 2.645 per 1.600 prescrizioni. Da aprile 2004 tale somma è diventata pari a £ 775 fino a 1.100 prescrizioni e a £ 1.500 per 1.600 prescrizioni mensili (DoH imposes 2003-2004 remuneration increase, da *The Pharmaceutical Journal*, vol. 272, n. 7287, p. 205 del 21 febbraio 2004).

vede che singoli contratti vengano definiti a livello locale, in base alla tipologia di servizi offerti ed in base alle esigenze locali.

Tali piani prevedono la definizione di un nuovo sistema di pagamento che copra quattro elementi principali che necessitano di essere finanziati:

- il servizio di distribuzione e vendita dei farmaci prescritti (attualmente remunerato a livello nazionale);
- il rimborso per l'approvvigionamento dei farmaci;
- i segnali di qualità – sei aree di discussione sono riportate nel Piano Nazionale, ma nessuna può essere inclusa nel contratto Lps;
- i servizi aggiuntivi.

3.2. Il nuovo contratto nazionale

Nel Regno Unito i farmacisti vengono remunerati attraverso onorari, assegni e/o gratifiche, i cosiddetti *fees and allowances*, così come stabilito dal contratto nazionale per la distribuzione dei farmaci, definito nel *Drug Tariff*⁴. I termini del servizio sulla base del quale i farmacisti operano sono stati definiti nel Nhs Act del 1977 e sono tuttora vigenti. Tuttavia, nel 2005 si è reso indispensabile ridefinire il contratto nazionale per poter dar seguito ai programmi del Nhs plan.

Il precedente contratto, proprio perché basato prevalentemente su decisioni prese trent'anni prima, non era adeguato per attuare i programmi volti alla promozione della qualità, poiché (NPA, 2005):

- assegnava un peso maggiore a volume di vendita e prescrizioni, piuttosto che a qualità e accessibilità del servizio;
- considerava allo stesso modo tutte le farmacie, indipendentemente dalla varietà e qualità dei servizi forniti;
- contribuiva a consolidare l'impressione che l'elemento di successo delle farmacie fosse basato sulla distribuzione di quante più prescrizioni possibili;
- non appoggiava in alcun modo il ruolo del farmacista nella riduzione delle prescrizioni non necessarie.

In aggiunta, con il precedente contratto, parte notevole degli introiti proveniva dai profitti di vendita

⁴Il farmacista viene remunerato attraverso il rimborso del prezzo del farmaco fissato dal produttore, nel caso delle specialità, ovvero del prezzo medio calcolato dal Drug Tariff per il generico. Attraverso un meccanismo di *claw back* il prezzo di rimborso viene ridotto di una percentuale fissata annualmente, pari allo sconto medio percepito nell'anno precedente dalle farmacie; questo meccanismo, incentivando il farmacista a negoziare sconti superiori ogni anno, garantisce un contenimento della spesa farmaceutica pubblica e dei conseguenti rimborsi alle farmacie (Garattini et al., 1996).

dei medicinali che venivano recuperati dal Governo attraverso imposizione fiscale, nel tentativo di rimborsare ai farmacisti soltanto il costo dei farmaci venduti. Dal momento che il vecchio fondo globale per i servizi farmaceutici del Nhs non risultava sufficiente a coprire i costi di fornitura del servizio, il sistema di finanziamento in vigore stava diventando sempre più incerto e richiedeva un intervento.

Una prima proposta di rivisitazione del contratto esistente era stata fatta con il programma *Pharmacy in the future*, al fine di promuovere e premiare i servizi di alta qualità piuttosto che il mero volume di vendita. Lo stesso concetto era stato ribadito contestualmente anche in *A vision for pharmacy in the new Nhs*, con il comunicato ufficiale del Department of health riguardante il contratto farmaceutico.

Il contratto nazionale è stato pertanto ridefinito nel 2005 come uno strumento in grado di dare attuazione a tali programmi e di integrare i servizi farmaceutici con l'assistenza sanitaria generale e primaria⁵. Il nuovo contratto distingue i servizi in *Essential*, *Advanced* ed *Enhanced* ed è focalizzato sulla qualità e sui risultati finali ottenuti.

Tutte le farmacie di comunità offrono i servizi *Essential*, di mera distribuzione, mentre i servizi *Advanced* possono essere forniti soltanto da farmacie accreditate che offrono l'intera gamma di servizi *Essential*. I servizi cosiddetti *Advanced* comprendono il servizio di prescrizione e il *Medicine use review* (Mur), un servizio di consulenza per l'utilizzo dei farmaci, e sempre tra questa categoria di servizi rientrano il servizio elettronico di prescrizioni e l'inserimento di tirocinanti nella farmacia. I servizi *Enhanced* sono invece servizi locali commissionati rispetto alle esigenze della popolazione locale e il loro numero è destinato ad aumentare nel tempo in funzione dei bisogni delle specifiche zone. Tali servizi vengono stabiliti sulla base delle esigenze della popolazione di riferimento e vengono finanziati a livello locale, pertanto trovano piena attuazione nei *Local plan services*. Nella tabella 1 sono sintetizzati i servizi principali forniti per ciascuna categoria.

I servizi *Enhanced* forniti a livello locale sono stati introdotti con l'obiettivo di incoraggiare l'innovazione e di ridisegnare il servizio farmaceutico rispetto ad esigenze specifiche e settoriali. Tali servizi sono opzionali e devono includere la distribuzione, sebbene quest'ultima non debba essere necessariamente esclusiva per il Nhs, ma possa essere anche a servizio di alcuni particolari gruppi di pazienti.

I potenziali benefici di tale contratto sono rivolti a consentire alle farmacie (NPA, 2005):

- di perseguire a livello nazionale e locale i target di salute pubblica e la riduzione delle iniquità;

⁵Indicazioni fornite direttamente da Mr Godfrey Horridge del Psnc.

Tabella 1 - Livelli di servizi farmaceutici

1. *Essential*
 - distribuzione dei farmaci
 - *repeat dispensing* (distribuzione addizionale);
 - smaltimento farmaci non richiesti
 - promozione di stili di vita salutari
 - indicazioni per il corretto utilizzo dei farmaci
 - assistenza all'automedicazione
 - assistenza a persone disabili
 - *clinical governance*
2. *Advanced*
 - *medicine review*
 - servizio elettronico di prescrizione (ETP)
 - inserimento di tirocinanti in farmacia, ETP
3. *Enhanced*
 - gestione dei disturbi minori
 - servizi per cessare di fumare
 - supervisione di medicazioni prescritte
 - schemi di scambio di aghi e siringhe
 - monitoraggio anticoagulante
 - controllo dei medicinali e supporto alla cura
 - supporto all'assistenza domiciliare
 - apertura notturna
 - servizio di direzione dei gruppi di pazienti
 - controllo completo della medicazione
 - prescrizione aggiuntiva

Fonte: nostra elaborazione su dati Psnc, NPA, DoH.

- di raggiungere gli obiettivi del servizio farmaceutico nazionale e migliorare la cura delle *Long term conditions*;
- di raggiungere i target di accesso e migliorare le esperienze dei pazienti;
- di supportare l'automedicazione;
- di fornire ai pazienti una gamma di scelta più ampia attraverso l'accesso a servizi locali più convenienti;
- di assicurare maggiore valore del denaro attraverso il rinnovo della distribuzione, la review dell'utilizzo dei farmaci e la riduzione degli sprechi;
- di essere viste come parte del Nhs e membri del gruppo di cure primarie;
- di sfruttare al meglio le competenze cliniche del farmacista e dello staff di supporto nel fornire assistenza primaria.

Al fine di rispondere ai mutevoli bisogni dei pazienti e del Nhs, la gamma dei servizi contenuti nel contratto può essere ampliata e modificata nel tempo⁶. Contestualmente questo meccanismo permette

⁶Ai fini di semplificare l'attività di commissione e prevenire troppa variabilità locale, sono previsti un numero di specificazioni e di linee guide nazionali relative ai servizi che sono stati forniti con maggiore frequenza dai farmacisti di comunità, come ad esempio la supervisione di consumo del metadone.

ai farmacisti di iniziare a fornire i servizi che ritengono più adeguati in relazione alle proprie possibilità, per poi sviluppare ulteriori competenze e offrire un numero maggiore di servizi. È possibile pertanto che alcuni servizi *Enhanced* forniti soltanto da alcuni farmacisti, quali le prescrizioni aggiuntive o la gestione dei disturbi minori, diventino attività praticate da tutti e per questo motivo trasformate in *Essential* (NPA, 2005).

In tal senso è stato previsto un certo grado di flessibilità nel modello, per garantire che i servizi possano muoversi tra i diversi livelli in risposta alle possibili esigenze (figura 1).

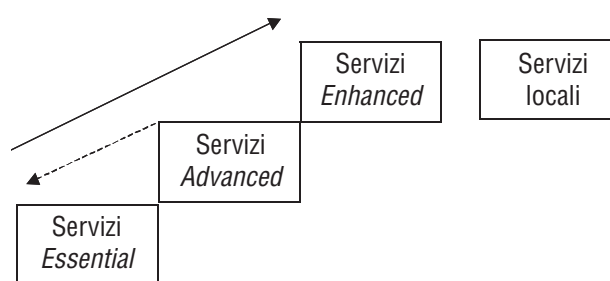


Figura 1. Il modello dinamico dei servizi farmaceutici.

Fonte: riadattato da schema NPA (2005).

I servizi *Essential* vengono remunerati attraverso *fees*, gratifiche e assegni. La *fee* di base per la dispensazione è di £ 0,90 per prodotto prescritto, con *fees* addizionali per preparati estemporanei (quali, ad esempio, distillati, gocce, pomate, etc.) o applicazioni, a cui si aggiunge un rimborso di £ 0,324 a prescrizione per le confezioni ed i misurini⁷. Non sono previste spese generali, sebbene vengano pagate gratifiche del 2% per le prescrizioni più costose, ovvero le confezioni che costano più di £ 100.

La gratifica professionale, il *protected professional allowance payment*, che rappresenta di fatto un onorario secondario, è rimasta invariata rispetto al precedente contratto ed è pari a £ 775 mensili ogni 1.100 prodotti prescritti in un mese e sale a £ 1.500 una volta raggiunte le 1.600 confezioni prescritte mensilmente.

Il *practice payment* prevede un assegno annuo sulla base del volume di prescrizioni mensili e comprende una quota per l'assistenza fornita a persone disabili che rientrano nel Disability Discrimination Act del 1995.

⁷Il precedente contratto prevedeva un onorario fisso per le dispensazioni di 129 pence per le prime 1.800 prescrizioni del mese e 93,8 pence per le successive, in aggiunta ad indennità accessorie per le preparazioni estemporanee, la dispensazione in *bulk* (senza foglietto illustrativo) e le chiamate urgenti (Garattini et al., 1996).

L'*establishment payment* viene concesso solo alle farmacie che dispensano più di 2.000 prescrizioni mensili.

L'onorario di base e la gratifica professionale rappresentano il 92% delle entrate derivanti dal contratto nazionale. Il restante 8% è costituito da onorari e assegni di diversa natura (Horridge, 2004⁸).

Per il *repeat dispensing* è prevista una remunerazione aggiuntiva di £ 125 mensili, mentre il rimborso provvisorio sul prezzo del farmaco è mensile e varia con la quantità di prodotti venduti.

Introiti aggiuntivi possono essere ottenuti fornendo i servizi *Advanced*, attraverso la consulenza per l'utilizzo dei farmaci (*Medicine review*) e l'implementazione del servizio elettronico di prescrizione (ETP). Per le farmacie che favoriscono l'inserimento dei tirocinanti sono previste inoltre £ 16.440 l'anno.

I servizi *Enhanced*, infine, garantiscono alle farmacie ulteriori entrate per servizi effettuati a livello locale in rispetto dei piani locali Lps, quali ad esempio i turni di apertura notturni, i consigli forniti alle case di cura o gli schemi di scambio siringhe per tossicodipendenti, etc.

Per ciascuna tipologia di servizio è prevista una remunerazione sulla base di un contratto stipulato a livello locale.

Non è possibile effettuare una stima attendibile di queste entrate, ma presumibilmente si aggirano tra il 5-10% dell'entrata relativa al contratto nazionale (Horridge, 2004).

Un riassunto dettagliato delle modalità di rimborso ed incentivo per ciascuna categoria di servizio è contenuto nella tabella 2.

4. I Local pharmaceutical services

I Local pharmaceutical services sono stati introdotti come progetto pilota del Nhs nel 2002 con l'obiettivo di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'accesso degli utenti all'assistenza sanitaria del Nhs. Con essi sono stati introdotti anche i contratti Lps, finalizzati a remunerare tali servizi ed incentivare il miglioramento di qualità, ma soprattutto come strumento per testare forme contrattuali alternative all'esistente contratto nazionale attraverso:

- lo sviluppo di forme alternative di contratto per i servizi *core* della farmacia;
- la ricerca di una nuova gamma di servizi da fornire nelle farmacie di comunità;
- l'opportunità per i farmacisti di comunità ed i titolari delle farmacie di lavorare in un contesto contrattuale da essi stessi delineato.

A livello locale i Primary Care Trusts (PCTs) negoziano con le farmacie un pagamento e una struttura a incentivi che faciliti il pieno impiego da parte dei farmacisti delle loro competenze nel soddisfare i bisogni di salute locali. I servizi forniti possono essere sostituiti, complementari e/o aggiuntivi ai servizi forniti dal Nhs, ma devono favorire ai pazienti un completo accesso alle cure e all'assistenza sanitaria.

Un contratto Lps, infatti, deve comprendere la componente della distribuzione sia per l'intera popolazione locale che per una sub-popolazione specifica.

Il documento strategico del 2002 *Pharmacy in the future: implementing the Nhs plan*, stabilisce che i principali obiettivi dei Lps sono finalizzati al miglioramento dei risultati sanitari attraverso:

- contratti locali disegnati per rispondere alle priorità sanitarie locali;
- organizzazione dei servizi attorno ai pazienti;
- migliore sfruttamento delle capacità dei farmacisti;
- opportunità per i farmacisti di lavorare nel rispetto di contratti stesi anche con il loro contributo;
- una maggior collaborazione tra farmacisti e altre figure professionali sanitarie.

Lo sviluppo dei Lps è avvenuto in due diverse ondate, la prima nel 2003 e la seconda l'anno successivo, ognuna con una diversa gamma di servizi offerti. In sintesi se ne riportano alcuni esempi nella tabella 3.

I contratti dei Lps, per definizione, sono stati concepiti in maniera flessibile, in modo da permettere a ciascuno di specificare, in relazione al contesto di riferimento, sia la natura dei servizi di distribuzione e di assistenza da erogare, che il livello e il meccanismo di pagamento, e il sistema di monitoraggio dell'adempimento al contratto. Tuttavia, almeno inizialmente, non è stata riscontrata sufficiente coerenza nella definizione dei servizi e del rispettivo finanziamento tra i diversi contratti. Infatti, in rapporto alla chiarezza con cui target qualitativi e quantitativi venivano specificati, i contratti potevano spaziare tra *high trust*, con un livello essenziale di definizione, a *low trust*, in cui venivano identificati in maniera precisa i volumi, le tipologie di servizi, i meccanismi di finanziamento e incentivo. Se da un lato questo ha creato una certa mancanza di omogeneità e di variabilità, soprattutto in termini di sistemi di monitoraggio, dall'altro ha permesso ai contratti locali di essere meno strutturati e specifici del contratto nazionale e di adattarsi più facilmente alle esigenze locali.

4.1. Sistemi di retribuzione ed incentivo dei Lps

I sistemi di retribuzione ed incentivo adottati per remunerare i farmacisti coinvolti nei Lps sono diversi, principalmente riconducibili alle *fee for service*,

⁸Indicazioni fornite direttamente da Mr Godfrey Horridge del Psnc.

Tabella 2 - Schema riepilogativo delle modalità di rimborso di ciascuna tipologia di servizio secondo il sistema di remunerazione attuale

Servizi Essential	
<i>Fees</i> base di distribuzione	£ 0,90 per prodotto prescritto
+ prezzo confezione (include misurino da 5 ml)	+ £ 0,324 per prescrizione
<i>Fees</i> addizionali per preparati estemporanei ed applicazioni	da £ 0,85 per i preparati liquidi a £ 1,97 per le applicazioni
Gratifiche per farmaci costosi	2% sul costo netto del principio attivo per farmaci che costano più di £ 100
Gratifica professionale per categorie protette <i>Protected professional allowance payment</i> (se ha ricevuto pagamenti per servizi addizionali)	£ 775 mensili per 1.100-1.600 prescrizioni mensili £ 1.500 per oltre 1.600 prescrizioni mensili
Assegno professionale annuo - <i>Practice Payment</i> (più contributo per assistenza fornito a persone che rientrano nel DDA 1995)	£ 500 annui fino a 1.099 prescrizioni mensili £ 3.000 per 1.100-1.599 prescrizioni mensili £ 4.250 per 1.600-2.000 prescrizioni mensili £ 0,297 per prodotto oltre 2.000 prescrizioni mensili
<i>Establishment payment</i> (gratifica per farmacie che dispensano più di 2000 prescrizioni mensili)	£ 20.000 annui per 2.000-2.249 prescrizioni mensili £ 20.911 annui per 2.250-2.449 prescrizioni mensili £ 21.821 annui per oltre 2.500 prescrizioni mensili
<i>Repeat dispensing</i> (rinnovo dispensazione)	£ 125 mensili
Rimborso provvisorio sul pezzo del farmaco	£ 38,50 mensili fino a 500 prodotti mensili £ 77 per 501-1.000 prodotti mensili £ 115,50 per 1.001-1.500 prodotti mensili
Servizi Advanced	
<i>Medicine review</i>	£ 23 per controllo (massimo 200 il primo anno)
Servizio elettronico di prescrizione e trasferimento di prescrizione	assegno iniziale di £ 2.600 (rilasciato in due stadi per ottenere l'allacciamento alla rete) e £ 200 mensili dal momento in cui è operativo
Assegni per favorire il tirocinio	£ 16.440 annui per favorire l'inserimento di tirocinanti
Servizi Enhanced	
Incentivi e gratifiche derivanti dai Lps: servizi locali come, per esempio, turni di apertura notturna, consigli alle case di cura, scambio siringhe, somministrazione metadone, campagne promozionali, supporto ai pazienti, consigli su corretto stile di vita, alimentazione, etc.	Pagamento fisso mensile contrattato in base ai volumi delle prescrizioni e ai costi dei servizi erogati
Fonte: nostra elaborazione su dati Psnc, NPA.	

agli onorari di base, al rimborso su base capitaria, ai salari e diverse combinazioni dei primi. Generalmente quasi tutti i contratti prevedevano un sistema di compenso *fee for service* opportunamente definito, e specificavano un target di volume di servizi forniti⁹.

⁹Per esempio, i pagamenti *fee for service* includono £ 1 per dose di metadone a somministrazione controllata oppure £ 10.000 annui per fornire un numero fisso di *medication reviews*.

Solo in alcuni casi sono stati utilizzati sistemi di retribuzione misti, comprendenti *fee for service*, onorario di base o quota capitaria¹⁰.

La stipulazione dei contratti a livello locale ha fatto sì che la definizione delle *fees* non fosse unifor-

¹⁰Esempi di sistemi misti sono le £ 300 (onorario base) fornite in aggiunta a £ 0,70 per confezione di aghi distribuiti (*fee for service*) in uno schema di scambio siringhe, oppure £ 0,70 per *medication review* (*fee for service*) in aggiunta a £ 5 mensili per paziente registrato (quota capitaria), fino a 300 pazienti.

Tabella 3 - Servizi Enhanced forniti dai Lps

Assistenza alla cura
Ossigeno a domicilio
Contraccettivi ormonali
Educazione sessuale
Foglietti illustrativi
<i>Medication review</i>
Progetti per la salute mentale
Disturbi minori
Schema di scambio siringhe
<i>Smoking cessation</i>
Assistenza farmaceutica
Consigli di utilizzo dei farmaci a case residenziali o case di cura
Informazione ai GP e ai gruppi di assistenza locale
Direzione di gruppi di pazienti (EHC, NRT)
Servizi a domicilio
Consigli per mantenimento
Assistenza malattie mentali
Farmaci palliativi
Rinnovo prescrizioni
Apertura fuori orario
Gestione cartelle cliniche dei pazienti
Suggerimenti e consigli
Somministrazione controllata del metadone

Fonte: nostra elaborazione su dati Psnc, NPA.

me, bensì che presentasse una certa variabilità da zona a zona, anche per la fornitura di servizi apparentemente simili, in modo da tener conto delle differenze in termini di costi o di carichi di lavoro sopportati dai farmacisti di ciascuna realtà per l'erogazione dei servizi in esame.

La fissazione dei prezzi dei contratti è stata influenzata notevolmente anche dalle eventuali esperienze precedenti: i centri che già avevano fornito servizi locali hanno definito i prezzi del contratto in maniera più accurata e quantificata rispetto ai meno esperti, che invece lo hanno fatto in maniera arbitraria.

Gli incentivi, presenti in circa tre contratti su dieci, non sembra siano stati definiti in maniera chiara ed esaustiva: in alcuni casi gli incentivi per aumentare la qualità del servizio erano legati al volume di attività, oppure fissati al 5% del volume totale del contratto e pagati al raggiungimento del target, oppure erano legati ad indicatori di qualità¹¹.

Sebbene in alcuni contratti siano stati inclusi dei target di qualità in relazione al servizio da erogare, di fatto non sono mai stati implementati dei meccanismi formali di valutazione o monitoraggio.

Per quanto riguarda i pagamenti era prevista una corresponsione mensile come quota del volume totale del contratto, sistema scarsamente utilizzato nella pratica e sostituito da una riallocazione dei fondi ad

altri servizi dello stesso contratto. Ad esempio, se il numero di consultazioni per disturbi minori non raggiungeva il target, il denaro poteva essere utilizzato per finanziare le *medication reviews*.

Dalle esperienze in esame è emerso come i sistemi di pagamento a quota capitaria ed i salari scoraggiavano dal fornire servizi non necessari, ma non offrivano nemmeno alcun incentivo per rispondere alle esigenze dei clienti, se non entro i limiti sufficienti a non perdere il cliente stesso.

Tuttavia, i sistemi di pagamento misti, generalmente considerati i più efficaci per incentivare la fornitura di livelli di servizi adeguati ai bisogni dei propri clienti, sono stati usati raramente negli schemi Lps.

Inizialmente i pagamenti dei Lps venivano corrisposti in primis esclusivamente ai titolari delle farmacie e delle strutture eroganti. Nei casi in cui i servizi locali fossero forniti da staff dipendente, quest'ultimo riceveva un importo fisso per la prestazione di lavoro, rimanendo di fatto al di fuori del sistema di incentivazione.

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda il trade-off tra la fornitura di servizi e la dispensazione: quest'ultima infatti rappresentava una componente finanziaria rilevante nei contratti Lps e poteva dare luogo a comportamenti opportunistici da parte dei farmacisti, volti a mantenere o incrementare le prescrizioni al fine di aumentare il livello di distribuzione. Dal momento che le attività di servizio locale, eliminando le prescrizioni non necessarie e semplificando la gestione dei farmaci, avrebbero potuto ridurre i volumi di distribuzione, si era reso necessario compensare con entrate provenienti dalla fornitura di servizi locali ogni perdita di reddito derivante da una riduzione dei volumi di distribuzione. Infine, il fatto che i pagamenti dei servizi locali fossero generalmente legati a target di volume di attività, rendeva fondamentale per i farmacisti riuscire a fare una stima accurata della domanda di tali servizi¹².

Nonostante la maggior parte dei contratti prevedesse un sistema di pagamento *fee for service*, non veniva quasi mai considerata l'effettiva erogazione del servizio ai fini del pagamento, bensì il range di servizi potenzialmente offerti e in questo modo, almeno inizialmente, i contratti finivano per sussidiare anche livelli di performance molto bassi. In seguito sono stati apportati degli aggiustamenti ai contratti in modo da riflettere il livello di attività effettivo e, laddove i livelli di distribuzione fossero molto più bassi del previsto, sono state introdotte delle clausole per il rimborso delle *fees* di distribuzione al Department of Health.

¹¹Il servizio di *smoking cessation*, ad esempio, veniva valutato considerando la percentuale di fumatori che avevano smesso.

¹²Spesso riuscire a stimare la domanda era pressoché impossibile se si pensa che in alcuni casi non vi era alcuna esperienza pregressa utile a fornire una base storica di riferimento su cui fondare l'analisi.

Sembrirebbe logico pensare che i *pilots*, i cui introiti erano rappresentati in misura maggiore dai pagamenti dei Lps, potessero essere più motivati a raggiungere i target. In realtà il quadro sembra essere un po' più complesso di quanto previsto: le performance dei diversi centri non risultano essere affatto legate alla proporzione di introiti derivanti dai servizi Lps e la quota di guadagni derivanti dai servizi locali non sembra avere alcuna relazione con il grado di successo nel raggiungere i target.

4.2. Valutazione dei Lps

Una prima valutazione dei Lps è stata condotta dall'Università di Manchester utilizzando un approccio multidimensionale e valutando alcune specifiche aree tematiche (Kendall, 2006)¹³.

Nonostante i risultati della valutazione siano abbastanza attendibili, è doveroso sottolineare che alcuni fattori hanno contribuito a compromettere la qualità dei dati, e a rendere non comparabili i diversi siti aderenti.

La limitata adesione alla prima fase di sperimentazione dei piani Lps ha visto coinvolti soltanto tredici *pilots* e per lo più su servizi di *medication review* o su una gamma di servizi troppo ampia da permettere un confronto esaustivo. Anche il monitoraggio delle performance di ciascun piano è stato piuttosto limitato, da un lato perché i contratti e i report annuali sono stati messi a disposizione solo da alcuni centri, dall'altro perché non è stato possibile compiere analisi di ampio spettro sui pazienti coinvolti.

Tuttavia la valutazione condotta ha permesso di ottenere risultati sufficientemente attendibili rispetto ad alcune tematiche principali, di cui si riporta a seguire una sintesi.

Accesso

La valutazione ha evidenziato come l'impatto dei piani Lps sia stato modesto rispetto ad alcune tipologie di servizi e agli orari di apertura. Tuttavia il livello di accesso ai servizi è complessivamente migliorato, attraverso l'introduzione di nuove tipologie di servizi, in alcuni casi anche nelle ore notturne. I servizi introdotti con i Lps sono stati disegnati con

una certa flessibilità in relazione alla popolazione di riferimento e in alcuni casi progetti già avviati hanno subito degli aggiustamenti utili ad assicurare che venisse catturato il target di popolazione più appropriato e per rispondere alle esigenze di tutti i pazienti. Durante il primo anno sono stati registrati tempi di attesa piuttosto ridotti, considerato il numero limitato di nuovi servizi introdotti, e questo ha contribuito a migliorare la percezione del livello di accessibilità ed appropriatezza dei servizi da parte dei clienti. In termini di accesso il contributo principale dei piani Lps è rappresentato dalla possibilità identificare e raggiungere la parte di popolazione più vulnerabile, spesso confinata in aree caratterizzate da forte carenza di medici di medicina generale.

I piani Lps hanno in generale migliorato l'accesso ai servizi, alcuni dei quali sono stati introdotti in sostituzione o come complementari a servizi preesistenti: i farmacisti, infatti, sono le figure sanitarie più adatte per gestire disturbi minori e di conseguenza alcuni servizi sostituiti sembrano essere del tutto appropriati.

Soddisfazione dei pazienti, degli operatori sanitari e dei farmacisti

Sebbene non sia stato sempre facile supportare i pazienti nell'utilizzo dei nuovi servizi, soprattutto con i servizi di *medication review*, nel complesso i pazienti si sono rivelati soddisfatti dei servizi ricevuti.

La qualità dell'assistenza fornita dai farmacisti sembra essere migliorata molto a seguito dell'introduzione dei piani Lps e gli stessi farmacisti hanno migliorato la loro posizione anche rispetto al resto degli operatori sanitari. Questi ultimi, infatti, hanno riconosciuto le competenze dei farmacisti nel fornire servizi di assistenza primaria e hanno riportato una qualità dell'assistenza piuttosto buona.

In generale l'introduzione dei Lps ha contribuito ad aumentare il grado di soddisfazione degli stessi farmacisti, sviluppando la loro professionalità e facendo emergere l'importanza del loro ruolo all'interno del percorso assistenziale.

Integrazione

L'integrazione è uno dei maggiori punti di forza dei piani Lps. In tal senso i servizi offerti attraverso i piani sono stati integrati in maniera organizzata con gli altri operatori sociosanitari in modo da permettere, ad esempio, agli operatori dell'assistenza domiciliare di collaborare ed integrarsi con quelli di supporto alla tossicodipendenza e con il gruppo di assistenza primaria. La creazione di alleanze tra farmacisti e professionisti sociosanitari ha contribuito a migliorare la collaborazione tra farmacisti, medici di medicina generale, infermieri e assistenti domiciliari.

¹³La valutazione dei piani condotta dall'Università di Manchester è stata effettuata attraverso una review iniziale dei documenti riguardanti le proposte di progetto Lps e attraverso un'analisi dei contratti Lps; la spedizione di questionari 'prima e dopo' ha permesso di effettuare una *survey* delle farmacie aderenti e di condurre analisi dettagliata di almeno sei casi studio, con interviste dirette ai pazienti; interviste strutturate sono state condotte anche con gli stakeholder dei progetti che non sono stati attuati; infine, è stata condotta una review dei dati e dei report annuali del primo anno di attività, accompagnata da interviste telefoniche ai titolari alla fine del periodo di valutazione (Kendall, 2006).

Tuttavia, l'integrazione dei servizi e delle diverse istituzioni è un processo che richiede tempo, e, soprattutto nella fase di pianificazione, non tutti i contraenti hanno accettato di buon grado il fatto di dover fare affidamento su altri professionisti per l'accesso ai nuovi servizi, in particolare i medici generici.

Efficienza

In termini di efficienza i piani Lps sono risultati piuttosto costosi durante il primo anno. Ad eccezione di un solo piano tutti gli altri hanno raggiunto gli obiettivi prefissati con un diverso grado di successo, ma rimanendo sempre al di sotto dei target definiti inizialmente.

Nonostante siano stati introdotti dei vincoli sui livelli di distribuzione, non sembra siano state previste forme di penalizzazione finanziaria, nel caso di mancato raggiungimento dei suddetti target. Tuttavia, non si deve escludere la possibilità che gli stessi target siano stati fissati in maniera arbitraria per tenere conto delle difficoltà e delle tempistiche intrinseche all'implementazione di nuovi servizi.

Mix di competenze

La valutazione dei piani Lps ha cercato di analizzare lo *skill-mix*, le competenze, l'esperienza e l'addestramento dello staff coinvolto nei progetti e di verificare in che misura siano stati utilizzati come un meccanismo di rinnovamento del ruolo del farmacista e delle sue abilità.

L'introduzione dei Lps ha certamente contribuito allo sviluppo del ruolo del farmacista, alla sua evoluzione e al miglioramento del mix delle sue competenze: da mero distributore e commerciante di farmaci, il farmacista di comunità è diventato erogatore di servizi assistenziali, assumendo una maggiore valenza ed un ruolo più clinico.

Un miglioramento della sua professionalità è stato riscontrato anche dalle figure professionali sociosanitarie che si sono confrontate e integrate con il farmacista, riconoscendone le abilità e la preparazione.

A seguito dell'implementazione dei piani è stato registrato un aumento del personale all'interno delle farmacie, in parte attribuibile al carico di lavoro generato dai servizi locali. In tal senso proprio l'aumento dei carichi di lavoro iniziali e le difficoltà che ne sono derivate possono aver fatto pensare ad una mancanza di esperienza da parte dei farmacisti, i quali hanno però dimostrato in breve tempo di possedere un'ampia gamma di competenze ed abilità, non soltanto farmaceutiche, ma anche assistenziali.

I piani Lps hanno inoltre permesso un rinnovamento dei ruoli dell'intero staff della farmacia, poiché l'introduzione di nuovi servizi locali ha reso necessario l'impiego di nuovo personale e soprattutto l'addestramento dello staff di supporto esistente.

Sebbene, infatti, molte farmacie abbiano preferito lasciare al farmacista principale l'onere di fornire l'assistenza a livello locale, senza coinvolgere lo staff di supporto, quest'ultimo è stato opportunamente preparato per far fronte alle esigenze di carattere distributivo.

Lo sviluppo di alcuni ruoli dello staff della farmacia ha contribuito ad aumentare anche il grado di soddisfazione professionale del personale, aspetto di enorme importanza dal punto di vista motivazionale, soprattutto in termini di coinvolgimento. Il farmacista principale ha senza dubbio registrato un livello di soddisfazione maggiore rispetto ai farmacisti dipendenti o extra-staff, i quali, non essendo stati coinvolti sin dalle fasi iniziali nell'attuazione dei progetti, possono aver maturato una percezione di non appartenenza agli stessi. La motivazione è tuttavia un aspetto di enorme importanza e da non sottovalutare, per il potenziale impatto che può avere sulla qualità di servizio fornito ai pazienti.

Lo sviluppo del mix di competenze del farmacista a seguito dell'implementazione dei piani, ha certamente una valenza positiva, ma non è esente da distorsioni, rappresentate dal possibile venire meno di farmacisti che forniscono i servizi farmaceutici tradizionali poiché maggiormente attratti dal ruolo clinico richiesto dai nuovi piani di assistenza locale.

5. Conclusioni

Lo studio ha evidenziato come gli incentivi finanziari siano essenziali ai fini della valorizzazione e del coinvolgimento della figura professionale del farmacista nella promozione della salute. Numerose sono le lezioni che si possono trarre dall'esperienza inglese. In particolare la definizione di contratti locali ha reso possibile l'assegnazione di servizi specifici presso le comunità più bisognose, non ancora raggiunte dall'assistenza primaria, svantaggiate o a rischio. Attraverso gli schemi, infatti, le farmacie possono garantirsi un certo livello di flessibilità nell'adattare i servizi alla propria popolazione di riferimento, assicurandosi nello stesso tempo una base contrattuale stabile e garantita entro cui operare.

I Lps hanno contribuito ad aumentare l'integrazione e a creare una proficua collaborazione tra i farmacisti ed i professionisti impegnati sul fronte dell'assistenza sociale e questo ha permesso di raggiungere risultati positivi sia per gli individui che per la professione del farmacista. Un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale ed un allineamento degli obiettivi dei farmacisti con quelli del team delle cure primarie rappresenterebbe indubbiamente un importante passo in avanti ai fini del successo dei piani e dei contratti locali, ma soprattutto in termini di migliore assistenza per i pazienti.

La scelta di utilizzare specifici contratti locali, anziché fare riferimento ai contratti farmaceutici nazionali, è stata dettata dalla volontà di dare attuazione ai piani anche in futuro e di permettere alle farmacie di allocare direttamente certi tipi di servizi nelle località dove sono maggiormente richiesti. La possibilità che le opzioni contrattuali disponibili a livello delle cure primarie possano evolversi nel tempo, in risposta alle esigenze locali, può certamente creare delle opportunità di offerta di nuovi servizi in futuro e può essere un incentivo per i farmacisti verso uno sviluppo più innovativo.

In conclusione, i progetti Lps hanno dimostrato come sia possibile rispondere alle esigenze sanitarie locali facendo un migliore utilizzo delle competenze e delle abilità dei farmacisti e dando loro modo di operare a contatto con altri operatori. Sebbene siano stati raggiunti molti degli obiettivi iniziali, ulteriori progressi possono essere compiuti con l'obiettivo di disegnare servizi più appropriati attorno al paziente e fornendo l'opportunità ai farmacisti di lavorare con contratti delineati da loro stessi in prima persona.

6. Confronto con il contesto italiano

L'esperienza inglese ha dimostrato come sia possibile valorizzare la figura professionale del farmacista e allo stesso tempo promuovere la salute attraverso opportuni meccanismi di incentivazione.

Volendo analizzare l'attuabilità di una simile politica nel nostro paese, è doveroso fare alcune riflessioni in merito agli elementi che caratterizzano il sistema farmaceutico italiano e che lo distinguono da quello inglese.

A differenza del sistema di retribuzione praticato nel Regno Unito, in Italia non è prevista una remunerazione specifica per la dispensazione che il farmacista effettua per conto del servizio pubblico. Il sistema di retribuzione del farmacista in Italia prevede, infatti, che i margini della distribuzione siano calcolati in maniera proporzionale rispetto al prezzo del farmaco praticato al pubblico. Al prezzo di vendita delle specialità etiche che richiedono ricetta medica (farmaci di fascia A) viene pertanto applicata una percentuale fissa, che per il farmacista è pari al 26,7% del prezzo al pubblico al netto dell'Iva, mentre per il produttore è del 66,65% e per il grossista del 6,65%.

Questo sistema, da un lato, garantisce a grossisti e farmacisti un certo margine di protezione da distorsioni che possono derivare da variazioni del potere d'acquisto, ma allo stesso tempo crea un inevitabile effetto moltiplicatore che ha impatti notevoli sulla spesa pubblica dei farmaci.

Qualora, infatti, si volessero perseguire politiche di contenimento della spesa, questo effetto di-

verrebbe un forte ostacolo, soprattutto nel caso in cui si spostassero i consumi dai farmaci di vecchia registrazione, con un prezzo contenuto, verso i farmaci di ultima registrazione con un prezzo notevolmente più elevato a parità di efficacia (Garattini et al., 1996).

Se si analizza il margine delle farmacie sui medicinali a carico del Ssn, al momento del rimborso è prevista una trattenuta a titolo di sconto in percentuale sull'importo al lordo del ticket e al netto dell'Iva che varia da 3,75% per i farmaci con prezzo inferiore a € 25,82, fino a 19% per i prodotti che superano € 154,94. Pertanto il margine lordo delle farmacie può variare da un massimo di circa 23% sui farmaci più economici, fino al 7,70% sui medicinali più costosi, rendendo il sistema di remunerazione piuttosto regressivo.

Il sistema di rimborso proporzionale al prezzo di vendita comporta numerosi limiti, se confrontato con un sistema di remunerazione specifico per prestazione che non collega il margine di distribuzione al prezzo, come quello inglese.

Nell'ultimo caso, infatti, il farmacista viene pagato per effettuare una prestazione di pubblico interesse, la dispensazione di farmaci, e in questo modo la remunerazione è legata ad un servizio fornito effettivamente alla popolazione e in misura alla quantità di prescrizioni richieste, non al tipo di farmaco e al prezzo praticato.

Il farmacista non viene rimborsato in funzione della tipologia di farmaci venduti, bensì del volume di attività svolta e del numero di confezioni vendute, e soprattutto del servizio realmente offerto ai cittadini.

Quest'ultimo sistema è senza dubbio più vantaggioso rispetto a quello proporzionale, sia in termini di valorizzazione professionale del farmacista che di servizi effettivamente erogati ai cittadini.

Tuttavia la scelta del meccanismo di remunerazione più adeguata non può prescindere dall'analisi del contesto di riferimento e soprattutto dei fattori che caratterizzano ciascun sistema farmaceutico, quali le normative relative alla distribuzione intermedia e finale, alla determinazione dei prezzi, alla limitazione dei punti vendita e dell'ampiezza della gamma di prodotti che possono essere commercializzati, agli sconti e ai rimborsi praticati.

A differenza del Regno Unito, ad esempio, in cui non esiste limite alla creazione di farmacie aggiuntive, in Italia l'apertura di una nuova farmacia è disciplinata da criteri sia demografici (è prevista l'esistenza di una farmacia ogni 5000 abitanti) sia geografici (la distanza minima tra due farmacie deve essere di circa 200 metri). In linea con quanto avviene nei paesi della comunità europea, in Italia non è possibile possedere più farmacie contemporaneamente, mentre nel Regno Unito questo è concesso poiché

non si applica il principio di indivisibilità della proprietà dalla conduzione della farmacia.

La possibilità di modificare le normative appena descritte contribuirebbe certamente al miglior funzionamento delle leggi di mercato e ad una maggiore liberalizzazione. Tuttavia la concorrenza tra farmacie non dovrebbe basarsi essenzialmente sui prezzi, bensì sugli aspetti professionali, proponendo la sostituzione dei farmaci meno costosi, fornendo consigli e nuovi servizi di valore sociosanitario.

Un adeguamento della farmacia in Italia è senza dubbio auspicabile, soprattutto alla luce dei cambiamenti che hanno caratterizzato il sistema farmaceutico degli ultimi anni e che hanno portato ad una deregolamentazione dei medicinali a carico dei cittadini. Nello specifico questo processo ha avuto inizio con il d.lgs. 541/1992, con il quale sono stati definiti i medicinali che possono essere pubblicizzati al pubblico. Un secondo intervento è stato attuato con la l. 490/1995, nella quale è stato stabilito che il prezzo dei medicinali di fascia C potesse essere definito liberamente dal produttore, ma fissato in maniera unica sull'intero territorio nazionale.

A seguire, il decreto legge Storace¹⁴ ha previsto il blocco dei prezzi per tutti i medicinali a carico dei cittadini, l'introduzione delle liste di trasparenza, l'obbligo per i farmacisti di sostituzione dei medicinali di fascia C e la facoltà per le farmacie di poter praticare sconti fino al 20% sui medicinali senza ricetta.

Quest'ultimo intervento, pur essendo il seguito di un processo iniziato molto tempo prima, è stato visto come un attacco al cuore della farmacia, alla professionalità del farmacista e un tentativo di ingresso del mercato nel mondo della salute.

Nonostante i farmacisti si siano inizialmente posti su una linea difensiva rispetto a questo processo e a questo decreto in particolare, ci si è resi conto che un cambiamento dell'attuale sistema è doveroso.

Le strade da percorrere per far fronte allo scenario nazionale che si è venuto a delineare sono senza dubbio volte ad una valorizzazione e ad un rafforzamento del ruolo professionale del farmacista e del suo legame con il Ssn, così come insegna l'esperienza del Regno Unito. È necessario, infatti, che la farmacia si identifichi come presidio sanitario e diventi parte attiva nell'erogazione dell'assistenza sanitaria del proprio territorio, anche attraverso la collaborazione con i medici di medicina generale.

Il rafforzamento del legame con il Ssn prevede un impegno da parte del farmacista in termini di fornitura di ulteriori servizi, che possano essere utili non solo al sistema sanitario, ma soprattutto ai cittadini. A

tal fine il farmacista deve rispondere alle esigenze della popolazione, soprattutto delle fasce più deboli, attraverso servizi quali la consegna a domicilio dei farmaci agli anziani non autosufficienti, fornendo assistenza di base ai malati e divenendo punto di riferimento per tutta la popolazione per il corretto utilizzo dei farmaci, il trattamento di patologie minori, la prevenzione attraverso consigli alimentari o di igiene.

L'esempio dei piani locali inglesi potrebbe essere facilmente adattato alla realtà italiana, per la forte presenza di farmacie di piccole dimensioni, in grado di garantirsi una certa flessibilità adattando i servizi alle esigenze specifiche della popolazione di riferimento. Questo assicurerebbe la piena capillarità ed efficacia del servizio farmaceutico e una omogeneità di assistenza sull'intero territorio nazionale.

Sino ad ora le norme che regolano la presenza delle farmacie sul territorio hanno garantito il buon funzionamento del sistema e l'accesso ai farmaci ovunque. Tuttavia, in alcune regioni sono state individuate e attuate forme di flessibilità regolamentata per rispondere alle nuove esigenze della popolazione e ai nuovi stili di vita (si pensi, ad esempio, alla possibilità di regolamentare gli orari e i turni delle farmacie e di fornire servizi anche nelle ore notturne).

Uno degli aspetti cruciali che rimane da analizzare riguarda l'individuazione del sistema di remunerazione più adeguato per incentivare la fornitura dei servizi di assistenza forniti dai farmacisti, che dovrebbe certamente essere definito in maniera dettagliata attraverso accordi specifici o contratti locali, proprio come insegna l'esperienza inglese. L'impiego di risorse pubbliche finalizzato alla remunerazione dei farmacisti per l'erogazione di servizi aggiuntivi sarebbe certamente compensata da un aumento del livello di salute e di qualità di vita dei pazienti e dalla riduzione di eventuali spese future legate alla cura di patologie insorte a causa di utilizzo scorretto dei farmaci o di stili di vita sbagliati.

Senza dubbio la possibilità per i farmacisti di fornire assistenza primaria contribuirebbe a produrre salute, attraverso la promozione di comportamenti di vita corretti (campagne di sensibilizzazione contro il fumo, l'alcol, le droghe, consigli alimentari, corretto utilizzo dei farmaci di automedicazione, etc.), e di conseguenza anche a ridurre efficacemente la iatrogenesi e il ricorso alle cure secondarie, attraverso opportune campagne di prevenzione e screening.

Il nuovo approccio contribuirebbe da un lato a rafforzare la figura del farmacista, ma soprattutto ad aumentare la qualità dei prodotti e dei servizi forniti e soprattutto di rispondere in misura più ampia alle esigenze dei cittadini. In termini di soddisfazione, i pazienti certamente trarrebbero beneficio dalla possibilità di ottenere servizi di assistenza primaria presso le farmacie e gli stessi farmacisti avrebbero la

¹⁴Il decreto legge Storace - d.l. 87/2005 del 20 maggio - recante disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Ssn, è stato convertito in l. 149/2005.

possibilità di dare dimostrazione delle proprie competenze e di rinnovare la loro professionalità.

Bibliografia

- Anderson C (2000), Health promotion in community pharmacy: the UK situation, *Patient Education and Counseling*, 39: 285-291.
- Anderson C (2001), Health promotion in community pharmacy-country report-UK, National Pharmaceutical Association.
- Anderson C, Greene R (1997), The Barnet high street health scheme: health promotion by community pharmacists, *Pharm J*, 259: 223-225.
- Cambiè A (2003), Esposizione OTC a libero servizio: e se fosse come un abito su misura per il farmacista?, *Partnership*, 6: 30-60.
- Colombo GL (2002), *Economia e gestione della farmacia-strumenti e metodi manageriali per il farmacista*, Pavia, Selecta Medica Edizioni.
- Department of Health (2000a), *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform*, London, Crown Copyright.
- Department of Health (2000b), *Pharmacy in the future. Implementing the NHS plan*, London, Crown Copyright.
- Department of Health (2002), *PSNC guidance for LPCs – Local Pharmaceutical Services – financial and contractual issues*, London, Crown Copyright.
- Department of Health (2003a), *A vision for pharmacy in the new NHS*, Introduzione di Rosie Winterton, Minister of State, London, Crown Copyright.
- Department of Health (2003b), *Framework for a new community pharmacy contract*, London, Crown Copyright.
- Department of Health (2004a), *Local Pharmaceutical Services (LPS). Guidance notes*, London, Crown Copyright.
- Department of Health Press Office (2004b), *New public health role for pharmacists*, London, Crown Copyright.
- Elvey R, Ashcroft D, Bradley F, et al. (2005), Setting up local pharmaceutical services: lessons for primary care trusts. *Pharm J*, 274: 546-548.
- Elvey R, Bradley F, Ashcroft D et al. (2006), Commissioning services and the new community pharmacy contract (1). Pharmaceutical needs assessments and uptake of new pharmacy contracts. *Pharm J*, 277: 161-163.
- Federfarma (2006), *Progetto di adeguamento della farmacia alle nuove esigenze della società*. Documento Federfarma, febbraio.
- Garattini L, Mantovani L, Scopelliti D (1993), *Metodologie per la determinazione dei prezzi dei farmaci nei principali paesi europei*, Milano, Kailash Editore.
- Garattini L, Brunetti M, Giuliani G, Salvioni F, Vesconi D (1996), *La distribuzione dei farmaci nei principali paesi europei*, Milano, Kailash Editore.
- Graham C (2000a), Motivating pharmacists, *Pharm J*, 264: 729-731.
- Graham C (2000b), The remuneration of pharmacy and pharmacy as a profession, *Pharm J*, 264: 377-380.
- Huttin C (1996), A critical review of the remuneration systems for pharmacists, *Health Policy*, 36: 53-68.
- Kendall J, Elvey R, Bradley F, Ashcroft D, Hassel K, Sibbald B et al. (2006), *National evaluation of local pharmaceutical services (Lps) pilots. Final report (Vols1&2)*, Manchester, University of Manchester.
- Macarthur D (1995), *The growing influence of the pharmacist in Europe. Opportunities in a changing market*, London, Financial Times Pharmaceutical and Healthcare Publishing.
- NPA Press Office (2003), *NPA Reaction to the Department of Health's Remuneration Offer*, London.
- NPA Press Office (2004), *NPA response to prescription-charges increase*, London.
- NPA Press Office (2005), *Implementation toolkit-A resource to PCO's-New community pharmacy contract in England*, London.
- Pammolli F, Papa G, Salerno N (2005), *Il profilo e il livello dei margini di ricavo per la distribuzione dei farmaci rimborsabili*, nota CERM 07/2005, Roma.
- Pammolli F, Salerno N (2005), I margini di ricavo ex-lege per la distribuzione dei farmaci rimborsabili. Il caso italiano in una comparazione internazionale, *CARE. Costi dell'Assistenza e Risorse Economiche*, 5: 19-23.
- Partnership* (2002), Ma in Inghilterra sono riusciti a conciliare l'esposizione OTC con la professionalità, 6: 10-17 (parte 1) e 18-22 (parte 2).
- Partnership* (2003a), Sfruttare l'automazione per migliorare il servizio in farmacia: la consolidata esperienza inglese, 10: 28-30.
- Partnership* (2003b), L'informazione al primo posto: nel Regno Unito l'esperimento vincente di una farmacia aperta, 1-2: 30-34.
- Todd J (1993), Community pharmacies: the high street health scheme, *H Educ J*, 52: 34-36.