



FEDERAZIONE ORDINI DEI FARMACISTI ITALIANI
CONSIGLIO NAZIONALE

21 OTTOBRE 2016

Ore 15,30

Starhotel Metropole
Sala Esedra
Via Principe Amedeo, 3
Roma

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

00185 ROMA – VIA PALESTRO, 75 – TELEFONO (06) 4450361 – TELEFAX (06) 4941093
c/c POSTALE 28271005 – CODICE FISCALE n° 00640930582

e-mail: posta@fofi.it - sito: www.fofi.it

Purtroppo dobbiamo dare inizio al nostro Consiglio Nazionale ricordando la calamità che ha colpito la nazione. Il sisma del 24 agosto nel Lazio e nelle Marche ha purtroppo causato molte vittime e danni a una delle zone più belle d'Italia. Una fatalità, certamente, che viene però anche amplificata da una mancanza di attenzione al territorio cui speriamo si cominci concretamente a porre rimedio. Ancora una volta la professione, attraverso l'Associazione dei Farmacisti Volontari nella Protezione Civile ma non solo, ha fatto la sua parte. Come saprete dagli aggiornamenti forniti puntualmente dalla Federazione, già a poche ore dalla notizia del sisma, la colonna dei Volontari dell'Associazione di Verona ha portato il proprio camper farmacia ad Arquata del Tronto, così come richiesto dalla Direzione Comando e Controllo della Protezione Civile. In questo modo, i colleghi, hanno reso possibile l'accesso al farmaco a tutti i cittadini praticamente senza soluzione di continuità. Ultimato l'incarico ad Arquata, i nostri volontari sono nuovamente intervenuti, sempre su richiesta della Protezione Civile, ad Accumoli, dove è stato necessario dapprima sopperire alle necessità della farmacia locale, dichiarata inagibile, e poi procedere alla catalogazione dei farmaci che erano stati donati alle comunità colpite.

E' stata indubbiamente una prova non soltanto del valore dell'Associazione, che lanciammo subito dopo il terremoto dell'Aquila, ma anche la prova di quanto ormai sia integrata nel dispositivo della Protezione Civile e quanto i responsabili della gestione dei soccorsi ormai considerino i farmacisti volontari una risorsa preziosa. Lo confermano gli apprezzamenti ricevuti dal dottor Massimo La Pietra, responsabile della Funzione volontariato della Protezione Civile, e dal Comandante dei NAS, Generale di Brigata Claudio Vincelli, che giunto ad Arquata ha voluto visitare il presidio dei nostri volontari. E' un risultato fondamentale del quale va dato merito all'Associazione nazionale, presieduta dalla collega Enrica Bianchi, così come alle Associazioni provinciali e regionali. Un grazie quindi a Paolo Pomari, responsabile della sezione veronese, a Silvia Nocera della sezione di Agrigento, a Roberta Lupoli della sezione pugliese che hanno garantito la continuità dell'intervento.

Ma un merito indubbio va riconosciuto agli Ordini, che sono un'antenna fondamentale sui territori e hanno fornito il massimo supporto possibile all'Associazione, ed è doveroso ringraziare i presidenti di Ascoli Piceno, Ido Benigni, di Rieti, Pierluigi Cortellini.

Segnalo poi che la sottoscrizione lanciata dalla Federazione per raccogliere fondi da destinare a iniziative di solidarietà ha raggiunto quota di 68.100,00 Euro.

Siamo una professione al servizio della collettività e l'abbiamo confermato nell'emergenza. Il nostro impegno non cambia: siamo e saremo sempre a disposizione del paese.

A dispetto delle quotidiane rassicurazioni veicolate dai media, la situazione economica del paese non dà segni sensibili di miglioramento, né è possibile intravedere risultati concreti delle misure che vengono da tempo riproposte. L'Italia non solo non ha invertito il ciclo economico, come del resto l'Europa nel suo complesso, ma anche la crescita si mantiene più bassa che nel resto dell'Europa a 27. E il debito pubblico aumenta, nonostante l'obiettivo ridimensionamento dei servizi ai cittadini, la riduzione al lumicino degli investimenti e la stabilità del prelievo fiscale. E la sanità è uno dei capitoli di spesa che più subisce la pressione maggiore di questi fattori, lo dimostra al di là di ogni dubbio l'ultimo rapporto della Ragioneria Generale dello Stato: negli ultimi cinque anni la crescita della spesa sanitaria è stata minimale, anzi è restata sostanzialmente stabile: nel quinquennio 2011-2015 la crescita è stata dell'ordine dello 0,1% del PIL. Ma questo, è stato osservato, è il dato complessivo, motivato da veri e propri tagli lineari di alcune voci, a cominciare da quella del personale, che con il blocco dei contratti e del turnover è ormai stabile al 33% della spesa complessiva dal 2005, e la riduzione di fatto delle prestazioni erogate anche attraverso barriere all'ingresso occulte come le liste di attesa. Al di sotto di questo dato generale, però, si assiste comunque alla crescita di alcune voci, come quella relativa alla spesa farmaceutica non convenzionata, cioè la spesa ospedaliera più la distribuzione diretta, che se non cresce più come negli 2003-2005, continua a salire con tassi di circa il 12% annuo. Per il rapporto della Ragioneria generale, accanto a quello del personale, l'unico

altro capitolo di spesa che ha realmente contribuito alla minore crescita dell'esborso complessivo è la farmaceutica convenzionata. Certamente i dati dell'AIFA segnalano in termini assoluti che la farmaceutica convenzionata è passata dai 12 miliardi e 231 milioni del 2014 ai 12 miliardi e 669 milioni del 2015, anno in cui il tetto risulta superato, ma si tratta di un aumento del 3 per cento, mentre ancora fino al 2005 si registrava una media del 6,5% anno su anno.

In realtà, il superamento dei tetti della farmaceutica è solo il frutto più evidente del costante sottofinanziamento della sanità, travestito oltretutto da aumento delle risorse. Un aumento c'è – è ovvio - ma sempre puntualmente e clamorosamente inferiore ai fabbisogni stimati. E' andata in questo modo nel 2015: avendo finanziato con 109,7 mld il SSN, si è determinato un disavanzo di 1 miliardo e 200 milioni, ma l'incremento della spesa è stato soltanto dello 0,3% del PIL rispetto al 2014. E così ben 12 regioni su 21 hanno superato il livello di spesa programmato e, per evitare il commissariamento, hanno coperto i loro disavanzi con aumento delle aliquote fiscali, ticket e altre risorse. Ora la questione si ripropone negli stessi termini: secondo la nota al DEF del 2015, per l'anno 2017 si stimava a legislazione costante un fabbisogno di 115 miliardi e 500 milioni e oggi si stabilisce uno stanziamento di 113 miliardi. Ma è giudizio largamente diffuso che questo aumento non tiene conto né dell'impatto reale dei nuovi LEA, stimato ottimisticamente in circa 800 milioni, né di quello dei rinnovi contrattuali del personale SSN.

Ma non c'è soltanto questo. L'innovazione farmacologica non si ferma certamente agli antivirali per il trattamento dell'epatite C. Altre e ancora più importanti molecole sono arrivate o in dirittura d'arrivo. Allo stesso tempo, dalla sempre invocata spending review si stima possa giungere un miliardo, cui si potrebbe aggiungere un altro miliardo quale effetto delle ultime scadenze brevettuali su medicinali in Fascia A, ma questo di qui al 2020. Non di che invertire la tendenza.

Non è chiaro, insomma, come si intenda fare fronte a una realtà innegabile: la spesa sanitaria è destinata a crescere comunque, e non soltanto a causa di sprechi e inefficienze, ma per l'impatto della demografia e dell'epidemiologia. E' vero che

l'Italia soffre di denatalità ma questo significa innanzitutto un innalzamento dell'età e quindi un aumento del fabbisogno per l'aumento della cronicità.

E poi, come abbiamo ampiamente motivato in passato, non si può continuare a pensare alle risorse per la sanità esclusivamente in termini di spesa. Nella sanità si investe, perché producendo salute si produce ricchezza per tutto il paese. Ed è anche per questo che la nuova governance della spesa farmaceutica, un altro intervento da sempre richiesto da tutta la filiera, diviene sempre più urgente, anche alla luce della evidente crisi del meccanismo del pay-back.

Il tutto è perfettamente riassunto nel parere sulla nota al DEF della Commissione Sanità del Senato : il finanziamento pubblico di parte corrente del SSN per il 2017 non può sottrarsi ad una coerente corrispondenza al pieno conseguimento degli obiettivi di sanità pubblica, con particolare riferimento alla erogazione dei nuovi LEA, alla stabile copertura degli oneri connessi ai farmaci innovativi ,allo sviluppo delle risorse umane e più in generale alla realizzazione delle innovazioni organizzative previste dal Patto della salute 2014/16.

In realtà è forse giunto il momento di avviare un processo di riforma del Servizio sanitario. Una riforma complessiva, che faccia seguito agli aggiornamenti del 1992 e del 1999, e che veda al centro una riorganizzazione del sistema tale da salvaguardare le compatibilità economiche ma anche lo spirito della Legge 833 del 1978, il sistema universalistico che ancora oggi è quello in grado di garantire a fronte di una spesa sotto controllo i migliori risultati in termini di salute. Sempre che, ovviamente, ne venga fatta un'adeguata manutenzione, e non lo si abbandoni a se stesso quando tutto il contesto in cui deve operare sta cambiando. La chiave della compatibilità economica va cercata, oltre che nella definizione di obiettivi realistici, in una diversa considerazione del processo. Chiedersi di una prestazione quanto costa è solo il primo passo per valutarne l'impatto economico, perché ci si deve domandare subito dopo quali risultati ottiene e quali costi consente di evitare. Questo vale per l'innovazione in campo terapeutico, ma anche nella valutazione dei servizi. E qui il discorso si può e si deve applicare al servizio farmaceutico. Recentemente la società di consulenza Pricewaterhouse Cooper ha condotto uno

studio per valutare non quanto costa al Servizio sanitario britannico la rete delle farmacie, ma quale beneficio economico le farmacie apportano oltre che allo stesso Servizio sanitario, al settore pubblico, e ai pazienti. La ricerca è stata condotta considerando come base di calcolo il finanziamento erogato alla farmacia nell'anno 2015 e i risultati di una dozzina tra i servizi offerti dalle farmacie quali l'assunzione controllata, la dispensazione della contraccezione d'emergenza, la consegna delle prescrizioni e la gestione delle carenze di medicinali. Complessivamente, il Servizio sanitario ha ottenuto dalle farmacie un beneficio economico netto di 1,352 miliardi di sterline, sia come risparmio diretto sia come maggiori costi di trattamento evitati; le amministrazioni sanitarie locali e la struttura pubblica hanno capitalizzato un miliardo sotto forma di maggiore produttività, morti evitate e minore pressione su altri servizi pubblici (per esempio l'assistenza sociale); i pazienti, infine, hanno "ricevuto" dalle farmacie 600 milioni, soprattutto in termini di risparmio di tempo e spostamenti per raggiungere altri presidi sanitari. In totale circa 3 miliardi, molto più di quanto le farmacie costino al National Health Service. Il Governo britannico, come ormai noto da mesi, vorrebbe ridurre il finanziamento della farmacie di comunità di circa 170 milioni di sterline, e questa ricerca è uno degli argomenti più forti opposti dai rappresentanti delle farmacie.

Ed è questo lo spirito con il quale deve essere affrontato il rinnovo della Convenzione che, come riportato nella nota al DEF, prevede un adeguamento del servizio farmaceutico a quanto previsto dal Patto per la Salute per la presa in carico del paziente da parte della rete territoriale. Nella Nota si sottolinea che "l'attività della farmacia potrà essere integrata in modo organico con le esigenze ed i programmi del SSN, in modo particolare per la prevenzione e la cura delle patologie croniche". Dobbiamo impegnarci perché la valutazione delle funzioni che può svolgere la farmacia in questo ambito tenga conto di tutti i benefici che l'attività del professionista può determinare non soltanto per il servizio pubblico, ma per la società nel suo complesso. E soprattutto va tenuto fermo il punto che questo nuovo ruolo del farmacista e della farmacia non possono essere remunerati con una percentuale sul prezzo di cessione dei medicinali. Non può più essere così, come non lo è più in Gran Bretagna e nemmeno in Francia, dove la remunerazione ormai

dipende dal margine commerciale per meno del 50%. Non può più essere così anche perché ormai è troppo tempo che si continua a fingere che l'accordo sulla remunerazione a prestazione raggiunto nel 2012, sotto la guida dell'AIFA, non sia mai esistito. Un accordo, è bene sottolinearlo, frutto di una legge dello Stato.

Veniamo ora all'altro tema che in questi mesi ha dominato la discussione ma, soprattutto, è stato in cima alle preoccupazioni della professione: il DdL Concorrenza.

L'apertura alle società di capitali della titolarità della farmacia, e quindi il venir meno della riserva in favore del farmacista, è una soluzione che abbiamo sempre avversato, forti delle buone ragioni che sono state riconosciute anche dalla Corte di Giustizia Europea. Ma, e non lo abbiamo mai nascosto, è anche il frutto della debolezza economica di una parte non trascurabile della rete delle farmacie, di scelte imprenditoriali non adeguate. Soprattutto di un sostanziale ritardo di molti nel cogliere che il modello che aveva retto fino all'inizio degli anni duemila stava in realtà già mostrando delle crepe. Crepe che si sono andate allargando sotto l'impatto dell'arrivo dei generici, del ruolo sempre più importante assunto dalla distribuzione ausiliaria, dall'uscita della farmacia di comunità dal circuito dell'innovazione.

L'arrivo dei capitali, quindi, opportunamente temperato, e in presenza di una forte iniziativa del mondo cooperativo, poteva essere anche sfruttato come un ausilio per superare la congiuntura attuale. Perché è evidente a tutti che un servizio farmaceutico in difficoltà economiche non può produrre nuove prestazioni, né occupazione.

Ma è altrettanto evidente, e lo ripeto qui con forza, che del DdL così come è andato configurandosi, non apprezziamo nulla. Come abbiamo detto con estrema chiarezza nel corso delle audizioni parlamentari, la FOFI conferma la sua contrarietà all'ingresso delle società di capitali nella gestione delle farmacie per l'impatto che questo può avere sulla continuità del servizio offerto fino a oggi ai cittadini dalla rete delle farmacie indipendenti, sull'autonomia professionale e le

prospettive occupazionali dei farmacisti e infine perché controproducente ai fini dello stesso concetto di concorrenza.

Come si legge nel documento approvato lo scorso luglio nella riunione dei delegati regionali, riteniamo che l'ingresso dei capitali nella gestione della farmacia avrebbe dovuto, al limite, avvenire sulla base di quanto previsto dal nostro ordinamento per le altre società di professionisti, ovvero con una quota minoritaria che lasci la gestione nel controllo della componente professionale, a tutela in primo luogo delle finalità socio-assistenziali connaturate all'esercizio della farmacia quale primo presidio sanitario sul territorio. L'assetto disegnato dall'attuale testo di legge non può che condurre alla subordinazione del sistema alla logica del profitto che, come dimostrano le esperienze estere, non coincide con principi cardine quali la capillarità della presenza e l'equo accesso al farmaco anche nelle aree svantaggiate geograficamente ed economicamente. L'emendamento 48.100 nell'indicare un tetto del 20%, a livello regionale, al possesso delle farmacie da parte di ciascuna società di capitali apre alla possibilità di formazione di un oligopolio che renderebbe residuale il ruolo delle farmacie rette dai professionisti.

Si tratta, quindi, di un tetto che è tale soltanto di nome, in quanto cinque sole società potrebbero detenere "a norma di legge" la totalità delle 20.000 farmacie italiane oggi esistenti. Non è un caso limite: è quello che è accaduto in Norvegia, dove il tetto è stato fissato al 40%, e l'85% delle farmacie è nelle mani di tre grandi gruppi.

Ma c'è anche un altro aspetto da considerare. Se anziché concentrarsi sul numero delle farmacie si assume il punto di vista del fatturato, diviene subito chiaro che per controllare il mercato basta molto meno. E' quello che ci dicono i dati sulle vendite di medicinali in Italia forniti da IMS Health. Nel caso dei medicinali da automedicazione, è il 30% delle farmacie, quelle di maggiori dimensioni, a generare il 52% delle vendite; nel caso dei medicinali soggetti a prescrizione il risultato non cambia di molto: un terzo delle farmacie genera il 49 % del fatturato. In altri termini, la metà del mercato è fatta da poco più di 5300 farmacie. Possedere questo 30% della rete delle farmacie significa dunque avere una posizione dominante tale da rendere residuale, se non il resto della rete stessa, quel 20% di farmacie di

dimensioni più piccole, costringerle a operare in condizioni insostenibili oggi e ancora più in futuro, quando la contrazione delle vendite – e gli effetti delle economie di scala dei gruppi dominanti – deprimeranno ulteriormente la marginalità.

Ed è di fronte a queste implicazioni del Disegno di legge che io e il vicepresidente della Federazione, il Senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, abbiamo deciso che fosse indispensabile presentare in prima persona alcuni subemendamenti che rendessero realmente efficace questa limitazione: prevedendo un tetto del quindici per cento su base comunale o regionale, con un limite massimo di duemila farmacie su tutto il territorio nazionale per ogni gruppo, oppure ancora proponendo anche la correzione del 48.100 con l'esplicita indicazione che il paletto regionale del 20% va inteso per le società di capitali nel loro complesso. Tutti correttivi con la finalità di tutelare il servizio, la collettività e una vera concorrenza.

Lasciare le cose come stanno significa inevitabilmente creare oligopoli o quantomeno posizioni dominanti, che aprono la porta ad accordi di cartello, con le conseguenze descritte.

E' evidente che, se si adotta il punto di vista del mercato puro, la risposta è semplice: accanto a chi prospera c'è chi deve chiudere. Si può senz'altro concordare se si parla di beni di consumo: è la vecchia storia che per risparmiare sul pieno di benzina si può fare qualche chilometro in più (ma se diventano troppi, peraltro, il risparmio è vanificato). Ma l'esempio non regge se si parla di servizio universale che, in questo caso, significa equo e uniforme accesso al farmaco. Non vorremmo che un domani potesse verificarsi per le farmacie quanto in passato è accaduto per la chiusura dei piccoli ospedali non accompagnata dalla creazione di presidi di prima istanza, con la popolazione rimasta priva di punti di riferimento sul territorio. A quel punto, diventerebbe chiara anche la fallacia del ragionamento consumeristico che gioca tutto il vantaggio del cittadino sul prezzo, dimenticando l'accesso effettivo al bene, che richiede una distribuzione dei presidi uniforme sul territorio, guidata non dalla convenienza economica, ma dalla necessità di raggiungere tutta la popolazione. A meno che non si immagini uno scenario in cui il

cielo è solcato da droni pronti a consegnare un'insulina qui, un antibiotico là e così via.

Ma se è preoccupante la possibilità che si crei un oligopolio e quindi il venire meno della concorrenza, questo non è il solo aspetto critico. Infatti in questa prospettiva potrebbero essere a rischio l'indipendenza professionale del farmacista, e quindi il rispetto degli obblighi deontologici. Potrebbe essere a rischio perché un farmacista che si trovi ad agire come una sorta di assistente alla vendita, inserito in una logica esclusivamente di marketing non può che venire meno ai valori della professione che vedono al primo posto la risposta al bisogno di salute del cittadino che non passa necessariamente attraverso la dispensazione di un medicinale o la vendita di un prodotto. In Gran Bretagna, del resto, sono ormai mesi che le organizzazioni professionali si stanno occupando di questo aspetto, raccogliendo le lamentele dei farmacisti impiegati nei grandi gruppi e cercando di coinvolgere tutti gli attori del settore in un confronto puntuale su questi aspetti.

Infine, è molto difficile ipotizzare quali potranno essere i riflessi di questa innovazione sui livelli occupazionali, già in fase di erosione sotto i colpi della crisi economica.

E per inciso, è grave che in questo scenario si assista al perdurare dello squilibrio tra il numero dei farmacisti che Servizio sanitario e Comparto del farmaco possono assorbire e i professionisti laureati ogni anno.

Questa tendenza, come abbiamo illustrato anche alla scorsa edizione di Farmacista Più, determina ogni anno un saldo di oltre tremila professionisti "in esubero" destinati a costituire un esercito di disoccupati disposti ad accettare condizioni di lavoro al ribasso. Anche in questo caso non mancano esempi negli altri paesi europei.

Lo stesso futuro del nostro ente previdenziale viene a essere toccato dalle conseguenze del DdL Concorrenza. Ricordo in proposito che lo scorso 22 luglio è stato accolto dal Governo un ordine del giorno, a firma Mandelli, D'Ambrosio Lettieri, Pelino, Di Biagio e Scalia, che impegna il Governo a valutare «iniziative volte a prevedere il versamento all'Enpaf di un contributo da parte delle società di

capitali e delle società cooperative a responsabilità limitata titolari di farmacia con capitale maggioritario di soci non farmacisti».

Se davvero con questo DdL si puntava al miglioramento dell'offerta al cittadino e all'aumento dell'occupazione, questa finalità viene tradita dall'impianto attuale del provvedimento. Quando si tratta della tutela della salute, si può instaurare un circolo virtuoso soltanto avendo come obiettivo la messa in campo di servizi e prestazioni imperniati sulle capacità del professionista e sull'evidenza scientifica, mettendo al centro non il mercato ma la persona e i suoi bisogni soprattutto ora che la domanda di salute è sempre più ampia e complessa. Per questo la Federazione degli Ordini ritiene necessario proseguire con rinnovato impegno la promozione del ruolo professionale del farmacista in materia di aderenza alle terapie e di monitoraggio sull'uso del farmaco al fine di sostenere l'efficientamento della terapia e il maggior governo della spesa. E' questa anche la via per contrastare la disoccupazione, come abbiamo indicato fin dal documento federale sulla professione del 2006.

Non è un caso se paesi che si sono avviati da tempo sulla strada della deregolazione del servizio farmaceutico stiano riconsiderando la scelta. Ultima in ordine di tempo, la Polonia, in precedenza Ungheria e Romania che, anzi, hanno già ristabilito la presenza del farmacista socio maggioritario.

Di fronte alla gravità della situazione, qualunque sia la conclusione dell'iter del DdL, è indispensabile dare un nuovo forte impulso al processo di ridefinizione della figura del farmacista avviato con il Documento federale sulla professione del 2006. Occorre articolare ulteriormente il disegno che abbiamo tracciato, declinare l'attività professionale del farmacista in funzione del mutare sia delle finalità e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, sia del contesto in cui si trova direttamente a operare il farmacista. Il nuovo ruolo prefigurato nel 2006, e per il quale abbiamo in questi anni conquistato gli strumenti necessari al suo sviluppo, deve essere ulteriormente precisato sotto gli aspetti scientifici, culturali e deontologici. Ed è per questo che respingiamo con forza la prospettiva di una farmacia che svolge servizi estranei alla finalità sanitaria e alla competenza professionale, come il pagamento delle utenze o altre attività analoghe.

E' fondamentale procedere in questa direzione perché, nell'ipotesi che il farmacista si trovi a operare in un contesto diverso da quello della farmacia retta da un altro professionista, deve poter contare su un bagaglio di capacità e conoscenze che ne valorizzino l'operato, ma anche su una guida cui affidarsi anche dal punto di vista dell'etica professionale, del rapporto fiduciario con il cittadino. Questo nuovo documento dovrà rappresentare la summa delle buone pratiche, quelle che costituiscono il cuore dell'agire professionale, che non possono essere disattese in nessun contesto, si tratti di una farmacia gestita dal singolo professionista o parte di una catena. Regole che non possono essere ignorate né in nome della concorrenza né in nome del profitto. Un modello dell'agire professionale che vogliamo diffondere e far diventare il gold standard sul quale misurare l'operato di tutti noi. Abbiamo già avviato questo lavoro e vi aggiorneremo sui suoi progressi.

E aggiungo che quando si sarà realizzato lo spostamento dell'asse della farmacia sull'attività professionale, anche il contratto di lavoro dovrà tenerne conto, come auspicato dalle stesse rappresentanze dei colleghi non titolari.

Un altro aspetto che si iscrive nella progressiva erosione delle funzioni del servizio farmaceutico è la distribuzione diretta dei medicinali. Come riportano anche i dati OsMED 2015 la spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto è aumentata del 51,4%, mentre è stato registrato un contenuto decremento della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,4%); le rilevazioni relative al primo semestre di quest'anno confermano la tendenza, così come confermano il calo della convenzionata netta: -4,7% rispetto al primo semestre 2015. Appare chiaro che ormai la distribuzione diretta sta distorcendo sempre più gravemente le dinamiche del comparto, perché genera un volume sempre maggiore e per l'irrazionalità con cui viene applicata. All'interno di una stessa Regione si presentano situazioni differenti, spesso in contrasto con accordi presi a livello centrale. E' il caso dell'Emilia Romagna e in particolare dell'ASL di Rimini.

Ed è partendo da quest'ultimo caso che io e Senatore D'Ambrosio Lettieri abbiamo presentato un'interrogazione al Ministero della Salute. Nell'azienda sanitaria romagnola, infatti ha attuato la distribuzione diretta prevedendo che i medicinali vengano forniti ai pazienti in dimissione o a seguito di visita per alcuni mesi di

terapia e, nel caso in cui si tratti di terapie croniche, i pazienti stessi vengano presi in carico dalla struttura ospedaliera e invitati a recarsi in via continuativa a ritirare i farmaci presso strutture pubbliche. In questo modo tutti i pazienti cronici in politerapia vengono automaticamente inquadrati come "pazienti complessi". Cioè malati che richiedono la presa in carico a tutti gli effetti dall'ospedale, compresa la dispensazione delle terapie prescritte, anche quando si tratta di farmaci non inseriti nel PHT. Difficile comprendere come si possa giustificare una scelta che, per ragioni contabili, va esattamente nella direzione opposta alla filosofia attuale, ribadita anche nell'ultimo Piano sanitario, di affidare al territorio l'assistenza del paziente cronico, senza contare che gli sprechi che possono derivare dalla consegna al paziente di una quantità di farmaci equivalente a diversi mesi di trattamento. Ma soprattutto, così facendo, alla fine è proprio il controllo del paziente che rischia di venire meno: quello dell'efficacia del trattamento da parte del medico curante e quello dell'aderenza al trattamento attuabile in farmacia. Aspettiamo ora una risposta dal ministro su queste storture.

Restando all'attività parlamentare, ricordo che è approdato in sede referente alla XII Commissione della Camera il cosiddetto DdL Lorenzin, "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", approvato dal Senato lo scorso maggio. Dopo la pausa estiva sono cominciate le audizioni, e la Federazione, rappresentata dal tesoriere Mario Giaccone, è stata ascoltata lo scorso 28 settembre.

Sapete delle novità in tema di procedimenti disciplinari, con la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante, e a questo proposito vi comunico che, se venisse approvato il testo, abbiamo già previsto si svolga un corso dedicato al tema del nuovo procedimento disciplinare, che richiede effettivamente un doveroso approfondimento. Accenno di passaggio alla sentenza della Corte Costituzionale in merito alla composizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS). La Consulta ha affermato che la nomina dei due componenti della CCEPS da parte del Ministero della Salute contrasta con i principi

costituzionali di indipendenza e imparzialità degli organi giudicanti. I componenti di designazione ministeriale, infatti, dopo la nomina, restano assoggettati al potere, anche disciplinare, dell'amministrazione di appartenenza che, tuttavia, come ribadito dalla Corte, è parte necessaria del giudizio.

Ma nel provvedimento sono contenute altre disposizioni importanti. La prima, condizione fondamentale per lo sviluppo della farmacia dei servizi è la modifica dell'articolo 102 del Tuls del 1934 per chiarire oltre ogni dubbio che le sole professioni sanitarie che non si possono esercitare in farmacia sono quelle abilitate alla prescrizione, mentre è possibile la presenza di altri professionisti a cominciare dall'infermiere e dal fisioterapista. L'altra è la modificazione del termine entro il quale gli eredi sono tenuti a cedere la farmacia in mancanza dei titoli professionali, che passa da 6 a 48 mesi. Nel testo si legge anche che, in caso di raggiungimento dell'età pensionabile o nelle fattispecie previste dall'articolo 11 della legge 362/1991 (infermità del titolare, gravi motivi di famiglia, gravidanza, parto e allattamento, adozione di minori e affidamento familiare per i 9 mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia), il direttore è "sostituito temporaneamente da un farmacista iscritto all'albo".

Come abbiamo detto anche nello scorso Consiglio nazionale, il DdL Lorenzin va giudicato positivamente per diversi aspetti: la maggiore autonomia riconosciuta all'Ordine professionale per alcune materie, l'adeguamento alle mutate necessità della materia disciplinare e altro ancora. Tuttavia questo contrasta con altri provvedimenti, come il nuovo Codice degli Appalti Pubblici, che vanno invece a rendere più complicata l'attività delle rappresentanze professionali. Abbiamo sempre detto, in considerazione del fatto che gli Ordini non gravano in alcun modo sulle finanze pubbliche, che sarebbe logico evitare una serie di vincoli che non producono alcun beneficio né agli iscritti né alla società nel suo complesso ma, in compenso, possono creare inutili impedimenti. Del resto in questo ultimo anno abbiamo visto aumentare il carico degli adempimenti amministrativi in capo agli Ordini - da quelli relativi alla normativa anticorruzione alla conservazione digitale dei documenti - e non è detto che gli enti più piccoli possano far fronte all'aumento degli impegni con le stesse risorse. Ricordo che nel corso dell'ultima assemblea dei

delegati regionali è stata espressa la richiesta di studiare le modalità con cui supportare gli Ordini, anche attraverso la condivisione di alcune funzioni, così da ridurre gli oneri finanziari ed essere sempre perfettamente allineati alle previsioni di legge. Il Comitato Centrale ha cominciato a valutare su quali basi giuridiche e con quali modalità sarebbe possibile andare in questa direzione. Siamo poi intervenuti su un tema che, sollevato anche in Consiglio nazionale, sta causando sempre maggiori inconvenienti nella pratica quotidiana in farmacia. Mi riferisco alla tabella 2 della Farmacopea e, quindi, alla lista dei farmaci obbligatori. Il caso dello sciroppo di ipecacuana è noto a tutti: il produttore dell'unico medicinale rimasto in commercio ha rinunciato all'AIC, l'AIFA ha prorogato il termine di smaltimento delle scorte in corso di validità, malgrado ciò permaneva la difficoltà di molti a dotarsi del medicinale, quindi è venuta l'indicazione di soddisfare l'obbligo di detenzione approvvigionandosi della sostanza attiva. Questo non sposta di molto il problema, e quindi ci siamo fatti parte attiva nel richiedere al Ministero che innanzitutto si proceda alla Convocazione della Commissione per la Farmacopea e in quella sede alla revisione dei farmaci obbligatori, per adattarla non soltanto alla disponibilità reale del mercato italiano ma anche all'evoluzione della pratica medica. Oppure, in alternativa, che sia lo stesso Ministero a provvedere direttamente alla revisione della tabella. E la stessa richiesta abbiamo presentato anche per risolvere un'altra annosa questione: la rideterminazione della tariffa professionale.

Sempre in tema di attività della farmacia, il 7 ottobre abbiamo siglato il testo uscito dal tavolo organizzato dall'AIFA per la realizzazione di iniziative condivise per risolvere la problematica delle indisponibilità di medicinali sul territorio nazionale. Al tavolo sono state coinvolte tutte le realtà della produzione della distribuzione del farmaco e l'accordo raggiunto è quantomeno un primo passo nel cercare di affrontare il problema a tutti i livelli; al documento, hanno dato la loro adesione alcune Regioni, Lazio e Lombardia, poi il Friuli, e l'AIFA si augura che a breve si aggiungano tutte le altre. Vedremo se questa responsabilizzazione di tutti gli attori porterà nel concreto a un miglioramento della situazione che, a oggi, rimane in alcuni casi ancora critica.

In questi mesi sono pervenute alla Federazione numerose segnalazioni da parte degli Ordini provinciali in merito all'utilizzo distorto del tirocinio nei confronti di colleghi - e in particolare di quelli più giovani - per finalità completamente estranee a quelle previste dal Legislatore e rispondenti esclusivamente all'esigenza di ottenere lavoro qualificato a basso costo. Tale situazione appare particolarmente incresciosa alla luce del fatto che come tirocinanti vengono assunti professionisti abilitati e iscritti all'albo. Nel nostro ordinamento, il superamento dell'esame di abilitazione e l'iscrizione all'albo costituiscono, di per sé, garanzia del possesso da parte del professionista di tutti i requisiti richiesti dalla legge per l'esercizio della professione; di conseguenza, ipotizzare un ulteriore periodo di "formazione" o di "inserimento lavorativo" per un professionista è assolutamente ultroneo. In questo senso, ci siamo attivati investendo della questione il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome anche per il tramite dell'Assessore Lavoro, Pari Opportunità, Personale della Regione Lazio, richiedendo che sia affermato, definitivamente ed in modo omogeneo sul territorio nazionale, il divieto di utilizzo della tipologia contrattuale del tirocinio nei confronti di professionisti abilitati e iscritti all'albo.

Infine, un accenno al Concorso straordinario. E' notizia di poche settimane fa la nomina da parte della Regione Campania dei componenti della Commissione esaminatrice e quindi si compie un passo avanti, mentre nel Lazio, la decisione del Presidente Zingaretti di bloccare l'assegnazione delle sedi per timore di infiltrazioni malavitose ha invece imposto uno stop alla procedura. Intanto resta ancora irrisolta la questione dei punti per l'attività professionale da attribuire ai farmacisti rurali, che secondo il Consiglio di Stato può concorrere anche oltre il tetto massimo di punteggio stabilito dal bando, ma non secondo altre interpretazioni. Il Ministero della salute ha chiesto un parere in merito all'Avvocatura dello Stato che ancora non è stato espresso. C'è invece stata una prima pronuncia su un altro tema di cui ci siamo occupati nello scorso Consiglio nazionale, vale a dire gli effetti della partecipazione al concorso in più Regioni. Infatti Consiglio di Stato, sebbene per il momento solo in fase cautelare e non nel merito (che dovremo, quindi, attendere),

si è espresso nel senso che non sia ammissibile per un candidato risultato vincitore in due Regioni, anche in associazione, ottenere l'assegnazione di due farmacie.

Resta sconsolante concludere che ormai il Concorso è straordinario soprattutto per la lunghezza e il numero di incidenti di percorso che ha incontrato, come peraltro era stato ampiamente previsto.

Sempre in tema di concorsi e di assegnazione di sedi va segnalata un'altra pronuncia del Consiglio di Stato, pubblicata il 4 ottobre che riguarda una sentenza del TAR Piemonte. Il caso è quello di una farmacia di nuova istituzione, messa a concorso, e poi divenuta soprannumeraria per il venir meno del criterio demografico nelle more del compimento della procedura, ma quando era già stato individuato il vincitore. Secondo il Consiglio, anche se la farmacia non era in esercizio non poteva essere considerata vacante e, quindi non poteva essere soppressa come chiedeva il ricorrente.

E' il momento di dare conto dei nostri progetti. Come ricorderete, nella Legge di Stabilità 2015 era stato accolto un emendamento mio e del Senatore D'Ambrosio Lettieri che prevedeva l'erogazione a questo scopo di un milione di euro per l'implementazione sperimentale dell'MUR da suddividere tra le regioni sulla base della popolazione residente. E' con soddisfazione che possiamo segnalare che il Ministero della Salute ha pubblicato la ripartizione del finanziamento. Ora è possibile alle diverse amministrazioni chiedere l'erogazione dei fondi previsti e procedere all'attivazione sperimentale dell'MUR in seno all'assistenza territoriale, strada che hanno già imboccato la Toscana e il Veneto. Ci auguriamo che in breve tutte le regioni seguano questo esempio. Parallelamente stiamo operando con il Ministero della Salute perché la revisione dell'uso dei medicinali diventi una prestazione stabile all'interno dell'assistenza territoriale.

E quindi, anche alla luce di questo sviluppo stiamo operando perché vengano promosse iniziative di formazione sull'MUR a livello nazionale, che nella nostra

visione dovrebbe prevedere una prima fase in modalità FAD e, successivamente, una seconda fase di approfondimento in modalità residenziale. E' un'iniziativa importante che si ricollega sia a quanto accennato prima sulla messa a punto delle buone pratiche dell'esercizio professionale in farmacia e sulla necessità di arricchire ulteriormente le competenze dei professionisti, sia alla necessità di allargare, al di là di quelli che hanno partecipato allo studio pilota e allo studio multicentrico, il numero dei farmacisti in grado di erogare questa prestazione fondamentale per la pharmaceutical care.

Sulla tematica dell'evoluzione della professione poi, potremo contare anche sui risultati dell'Osservatorio indipendente promosso dall'Università Cattolica per il monitoraggio dei risultati della farmacia dei servizi in Italia al quale la Federazione ha concesso il suo patrocinio. Il lavoro sta procedendo e nelle prossime settimane l'Osservatorio ci fornirà un questionario centrato sull'attivazione dei servizi. Sarà fondamentale che gli Ordini si attivino per far sì che lo compili il maggior numero possibile di colleghi.

Parimenti importante è un altro progetto formativo federale, quello dedicato ai farmaci innovativi. Abbiamo chiesto all'AIFA di collaborare alla messa a punto di un corso dedicato alle nuove molecole che più probabilmente passeranno dalla distribuzione diretta a quella sul territorio in ossequio a quanto previsto dalla scorsa legge di stabilità. Siamo sempre stati consapevoli che il ritorno dell'innovazione farmacologica nelle farmacie doveva essere accompagnata da un aggiornamento delle conoscenze se si voleva che anche per questi farmaci il professionista fosse in grado di offrire supporto al paziente e collaborazione al medico curante, come è sempre stato per tutti i medicinali dispensati in farmacia. Riteniamo che essersi rivolti all'Agenzia sia stato il modo migliore per garantire la massima qualità possibile alla nostra offerta formativa. Colgo l'occasione per ringraziare il professor Luca Pani per la preziosa collaborazione dimostrata durante il suo mandato alla guida dell'Agenzia e facciamo i miglior auguri al dottor Mario Melazzini. Siamo certi che l'AIFA continuerà a essere un'eccellenza europea in campo regolatorio.

L'anno prossimo la quarta edizione di Farmacista Più si svolgerà a Milano, dal 17 al 19 marzo al centro congressi MiCo. Come abbiamo potuto apprezzare nell'edizione di Firenze, la nostra manifestazione è divenuta realmente il Congresso dei farmacisti italiani e, come tale, è un momento importante del dibattito nazionale sulla nostra professione ma anche sulle tematiche del comparto del farmaco e della sanità in generale. Attualmente, sotto la guida sapiente del presidente del Comitato scientifico, Senatore D'Ambrosio Lettieri, si sta approntando il programma che sarà ancora più ricco di spunti e di relatori. Vi posso anticipare però alcune novità. La prima è la previsione di ambiti dedicati alle tematiche regionali, coordinati dai delegati, allo scopo non solo di avere un quadro sempre più completo della situazione nelle diverse aree del paese ma anche di condividere esperienze e soluzioni. La seconda è che intendiamo organizzare uno spazio in cui i diversi attori interessati a entrare nel comparto sulla scorta di quanto previsto dal DdL Concorrenza possano esporre i loro progetti e i loro programmi ma, soprattutto, la loro filosofia e cioè il modello di farmacia che hanno in mente. Società della distribuzione intermedia, cooperative ed eventuali altri soggetti saranno invitati a esporre i loro contenuti perché riteniamo fondamentale che tutti i colleghi possano avere informazioni di prima mano sulle diverse proposte che andranno concretizzandosi nel prossimo futuro. C'è poi una terza novità: il Comitato centrale ha deciso di mettere a disposizione dei fondi per promuovere la partecipazione dei consiglieri degli Ordini alla manifestazione. Farmacista più è il Congresso nazionale della professione ed è nostro dovere favorire al massimo la presenza.

Come avete sentito anche in questi mesi la Federazione ha sviluppato la sua iniziativa su tutti i fronti che ci vedono chiamati in causa. E' stato un impegno notevole della cui riuscita ringrazio il vicepresidente Senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, il segretario Maurizio Pace, il tesoriere Mario Giaccone, il Comitato centrale, il direttore generale Antonio Mastroianni e gli Uffici federali. Ma anche tutti voi, che non avete mai fatto mancare il vostro sostegno e la vostra vicinanza, ma anche segnalazioni e suggerimenti, che sono vitali per la nostra comunità professionale.

Mi avvio alla conclusione. Stiamo assistendo al convergere di una serie di fattori che cambieranno profondamente la realtà in cui da sempre operiamo. Stiamo riversando tutto il nostro impegno nel cercare di indirizzare questa spinta nella direzione più favorevole alla professione. Però dobbiamo porci il problema di che cosa fare dopo, quando nel servizio farmaceutico si troveranno a convivere farmacie rette dal singolo titolare, farmacie di proprietà di società professionali, di cooperative e di società di capitali. Credo che questa situazione renderà ancora più centrale il ruolo degli Ordini e della Federazione. Innanzitutto perché questo convivere in uno stesso servizio pubblico di soggetti tenuti al rispetto di un codice deontologico e di soggetti che - legittimamente - rispondono alle sole logiche del mercato, richiede una ancora maggiore attenzione alla tutela dei cittadini che ricorrono a questo servizio. E c'è un solo modo di farlo: rafforzare e tutelare l'indipendenza del professionista, sia proteggendone le prerogative sia promuovendo lo sviluppo delle sue conoscenze e competenze. Nel momento in cui è massimo il rischio che l'aspetto commerciale dell'attività della farmacia possa diventare preponderante, dobbiamo perseguire con sempre maggior forza la strada che vede la farmacia come un presidio il cui valore aggiunto risiede soprattutto nei professionisti che vi operano, nella loro capacità di rispondere ai bisogni del cittadino e di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute che lo Stato si dà.

Non è un compito semplice: abbiamo già visto quanto sia difficile uscire dallo schema del farmacista come mero dispensatore del farmaco. Ma è innegabile che l'evoluzione della sanità in tutto l'Occidente industrializzato ci viene in aiuto. La valorizzazione del territorio nel trattamento della cronicità, la consapevolezza che la terapia farmacologica deve la sua efficacia in buona misura ai servizi di supporto al paziente che la accompagnano, la stessa tendenza a remunerare il farmaco in funzione dei risultati che ottiene, sono tutti aspetti che chiamano in causa il farmacista, per la sua prossimità ai cittadini, la sua capacità di partecipare al processo di cura portandovi la sua specificità di specialista del farmaco.

Tuttavia questi elementi favorevoli vanno sfruttati proponendo noi un'iniziativa forte, ed è per questo, e ritorno sul punto che ho illustrato in precedenza, che vogliamo

lanciare un nuovo documento federale della professione a 10 anni di distanza dal primo. Vogliamo organizzare e standardizzare le buone pratiche della professione, in modo da creare una demarcazione netta tra chi vi si adegua, e opera come un professionista della salute, e chi fa scelte differenti, uscendo dal ruolo del farmacista che opera all'interno di una struttura, la farmacia, che è innanzitutto un presidio sanitario.

Indipendentemente da chi la possiede una farmacia svolge la sua funzione di tutela della salute solo a queste condizioni. Ed è alla rappresentanza professionale che spetta farsi garante della difesa e della crescita di questo patrimonio comune a tutela della collettività e della comunità dei farmacisti. Non siamo un attore economico, un player, come dicono i giornali, ma siamo il custode del capitale più importante quando si tratta di operare per la salute pubblica: il capitale umano. In questo momento di grandi cambiamenti e grandi incertezze, ho voluto condensare in questa relazione il senso e l'impegno della sfida che abbiamo di fronte, ma rappresentare, soprattutto, la voglia di guardare con fiducia al nostro futuro.