



**CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FEDERAZIONE DEGLI ORDINI  
DEI FARMACISTI ITALIANI**

**Relazione del Presidente**

31 maggio 2013

Ore 10.00

UNA HOTEL

Via Giovanni Amendola, 57

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@pec.fofi.it](mailto:posta@pec.fofi.it) - [posta@fofi.it](mailto:posta@fofi.it) – sito: [www.fofi.it](http://www.fofi.it)

E' inevitabile aprire questa relazione con un accenno alla situazione politica generale, che è caratterizzata da una fase per molti versi inedita e, soprattutto, differente da quella che chiunque poteva ipotizzare prima dell'ultima consultazione elettorale. Il Governo attuale, retto da un'ampia coalizione, ha le potenzialità per porre mano ai problemi reali del paese - il rilancio dell'economia e dell'occupazione, innanzitutto - e a quelle poche ma fondamentali riforme che finora sono restate bloccate. Mai come oggi tutto dipende dalla volontà e dalla chiarezza degli obiettivi che ci si pone di fronte.

Quanto al mondo del farmaco, è con preoccupazione che vediamo confermate le tendenze che da tempo abbiamo sottoposto all'attenzione della professione e che suonano come un'esortazione al cambiamento delle modalità di organizzazione del servizio, ma soprattutto all'evoluzione della prestazione resa dal farmacista e, di conseguenza, alla riforma della remunerazione. E' un discorso che riguarda in modo evidente i colleghi che operano nella farmacia di comunità ma, come sappiamo, non soltanto loro: nuove posizioni funzionali, una diversa partecipazione alle attività di ricerca e produzione e al processo di cura e assistenza sono il traguardo fondamentale per i farmacisti che operano nell'industria e nell'ospedale.

Partendo dagli aspetti economici, continua la discesa dei prezzi dei medicinali della farmaceutica territoriale e, soprattutto, a breve andrà a esaurimento il numero dei medicinali coperti da brevetto. Ma al di là dell'effetto di trascinamento che la genericazione ha sul prezzo delle specialità a brevetto scaduto, va considerato che questa circostanza, unita alle misure adottate in precedenza dal Governo Monti, indurrà un'ulteriore discesa del prezzo dei medicinali della territoriale. Infatti, le nuove norme sulla prescrizione, cioè l'indicazione obbligatoria del principio attivo, presto o tardi faranno sì che il richiamo del marchio perda ulteriormente appeal e, con l'aumentare dei volumi di vendita, le industrie del generico potranno ridurre ulteriormente il prezzo ex factory e la tendenza è già in atto dall'autunno scorso come mostrano gli ultimi dati di AssoGenerici, che segnalano un aumento generalizzato in tutte le Regioni. Vorrei richiamare la vostra attenzione sul fatto che la dicotomia tra industrie del generico e industrie del branded va sempre più riducendosi: da una parte uno dei principali player degli equivalenti, Teva, è impegnata nella produzione di farmaci di ricerca, dall'altra giganti del branded quali Novartis, Pfizer e Sanofi - sia pure con modalità differenti - producono equivalenti. E, per inciso, secondo gli analisti di mercato sono queste aziende "bifronti" ad avere i risultati economici migliori. E' evidente l'effetto moltiplicatore che questa trasformazione avrà sulle dinamiche dei prezzi.

Già nel 2010, un confronto con i paesi europei e gli Stati Uniti vedeva l'Italia molto indietro quanto a penetrazione del generico, ma è evidente che l'obiettivo è raggiungere quei livelli, che già in quell'anno vedevano Gran Bretagna e Germania viaggiare ben al di sopra del 60% di equivalenti. Lo conferma il fatto che la sola misura significativa per il comparto farmaceutico indicata dal comitato dei saggi costituito dal Presidente della Repubblica sia proprio la rimozione degli ostacoli all'ingresso sul mercato dei medicinali generici.

C'è poi un altro aspetto da considerare. Secondo l'ultimo documento economico-finanziario, mentre è continuata la discesa del valore della singola ricetta e della spesa complessiva, circa il 9% in meno, per la prima volta nel 2012 il numero delle prescrizioni a carico del Servizio sanitario è rimasto stabile nella media nazionale e in calo in alcune Regioni. Un dato sostanzialmente confermato anche da Federfarma, che però ammette diverse spiegazioni, per esempio il fatto che la distribuzione diretta e quella per conto sono oggi proporzionalmente più importanti in alcune realtà.

Questi fattori sono a loro volta esasperati dagli effetti della crisi sulla capacità del cittadino di sopperire ancora a lungo, con la spesa privata, alla continua riduzione del perimetro delle prestazioni rese dal Servizio Sanitario. Già alla fine dello scorso anno il 46° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese stimava in 28 miliardi di euro la spesa diretta del cittadino e, in un'altra indagine del Censis, il 47% dei cittadini dichiarava di aver visto aumentare la spesa diretta sostenuta per l'acquisto di medicinali. Difficile dire fino a che punto questa supplenza sia sostenibile nel tempo.

Non è purtroppo una sorpresa, dunque, che si contino svariate chiusure di farmacie. Peraltro, fonti non legate alla professione, ma alla distribuzione intermedia, valutano in 3000 il numero delle farmacie in difficoltà economiche e in 600 quelle a rischio fallimento. E non è soltanto una tendenza italiana, visto che in Germania il numero delle farmacie, nel 2012, è sceso ai livelli del 1994. Una riprova, se ce ne fosse stato bisogno, che laddove esiste una programmazione meno stringente delle aperture delle sedi farmaceutiche, la risposta del mercato è la concentrazione delle farmacie, non la loro proliferazione.

Di fronte a questo quadro, che da tempo denunciavamo come pericoloso per la sopravvivenza del servizio farmaceutico, gli interventi del Governo tecnico sono stati quantomeno contraddittori e incoerenti con i dati di fatto. In primo luogo, infatti si è proceduto ad ampliare ope legis il numero delle farmacie esistenti sul territorio, attraverso un allentamento dei parametri della pianta organica per il tramite di un concorso straordinario per soli titoli congegnato in modo da penalizzare il merito dei partecipanti. Per la verità, su questa manovra il Ministero della salute aveva operato una forzatura, sostenendo che il dettato del Decreto Cresci Italia avrebbe di fatto abolito la pianta

organica. Da subito la Federazione aveva contestato questa interpretazione della norma, facendo leva sul fatto che nello stesso decreto si faceva uso del concetto di zonizzazione delle farmacie, ragion per cui restava un criterio geodemografico nella determinazione delle nuove sedi. Un'interpretazione che anticipava le pronunce del giudice amministrativo, a cominciare dal Consiglio di Stato. La sentenza 1858/2013 del 3 aprile 2013, dice infatti: "Benché la legge non preveda più, espressamente, un atto tipico denominato "pianta organica", resta affidata alla competenza del Comune la formazione di uno strumento pianificatorio che sostanzialmente, per finalità, contenuti, criteri ispiratori, ed effetti corrisponde alla vecchia pianta organica e che niente vieta di chiamare con lo stesso nome". Constatiamo quindi con piacere che quando si tratta dei principi cardine del servizio farmaceutico italiano, alla fine, anche le controversie legali, alla corte di Giustizia Europea come nelle Corti nazionali, si risolvono a favore di chi ha sempre sostenuto che questi principi servono innanzitutto a garantire un elevato standard di assistenza ai cittadini.

Infine, su tutta la materia pesa la decisione assunta dal TAR del Veneto, che ha giudicato rilevanti e non manifestamente infondate le questioni di legittimità costituzionale delle norme che conferiscono al Comune il compito di procedere alla zonizzazione delle sedi farmaceutiche. L'ordinanza, depositata il 17 maggio scorso, ha avuto origine da un ricorso presentato contro una delibera del Comune di Treviso e dispone dunque che gli atti siano rinviati alla Corte Costituzionale. E' facile comprendere che se la Corte Costituzionale decidesse per l'illegittimità di queste disposizioni, contenute nell'ormai famoso articolo 11 del Decreto "Cresci Italia", verrebbe automaticamente invalidata la determinazione delle nuove sedi farmaceutiche operata dai Comuni in tutta Italia e, di conseguenza, annullati tutti i concorsi.

Difficile immaginare un epilogo più disastroso per un provvedimento che si proponeva di favorire i giovani e lo sviluppo del Paese.

L'altro importante aspetto è la riforma della remunerazione della dispensazione dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario. Ricapitolando brevemente la vicenda, l'accordo sottoscritto a fine ottobre sotto il coordinamento dell'AIFA prevedeva, in ossequio ai Decreti Legge 78/2010 e 95/2012, una quota fissa preponderante e una piccola percentuale sul prezzo di cessione del farmaco.

Come è noto, l'accordo è stato respinto dal Ministero della Salute e da quello dell'Economia, e di lì a poco è stata presentata una loro controproposta che, sostanzialmente, va contro il dettato della Legge, poiché prevede una parte preponderante della remunerazione ancora affidata al margine commerciale. Infatti, nella proposta ministeriale sui farmaci di prezzo inferiore ai 50 euro la remunerazione è determinata dal

17% sul prezzo di vendita più una quota fissa di 0,55 centesimi a confezione, e altri 50 centesimi se si tratta di un farmaco non coperto da brevetto; per i farmaci di prezzo superiore a 50 euro, che sono l'oggetto principale delle forme di distribuzione alternative alla farmacia di comunità, il sommarsi di una quota fissa più alta, 5,50 euro a confezione, e di un margine del 10% non favorisce certo una maggiore distribuzione nelle farmacie di comunità dei medicinali innovativi. A questo si aggiunge un altro aspetto, vale a dire il grave pericolo in cui viene messa la rete delle farmacie rurali sussidiate, perché la maggiorazione di 10 centesimi a confezione individuata dal Ministero non può in alcun modo salvare le farmacie dei piccoli e piccolissimi centri dalla chiusura nel momento in cui il valore delle ricette diminuisce costantemente.

Visto il rifiuto di questa soluzione da parte dei rappresentanti dei titolari di farmacia e delle farmacie comunali, si è andati a una proroga fino al prossimo 30 giugno del regime attuale, un termine ormai vicino, ragion per cui a breve si capirà quali intenzioni ha il nuovo Governo a questo proposito. Da quanto ho detto finora, è evidente che il mantenimento del margine come elemento principale della remunerazione si configura come un risparmio insperato per le Regioni vista la costante discesa dei prezzi.

A questo punto, è fondamentale riuscire a ottenere uno schema basato in misura preponderante sulla quota fissa, altrimenti non potrà che continuare l'emorragia e, nel contempo, resterà il solito comodo alibi economico al mantenimento dei farmaci innovativi al di fuori della farmacia. Questa posizione l'abbiamo assunta più volte di fronte alla pubblica opinione e avevamo altresì scritto all'allora Ministro Balduzzi, sottolineando le gravi conseguenze insite nella sottovalutazione di questa autentica emergenza.

Ma mentre si cerca contro ogni logica di aumentare il numero delle farmacie, pensando di migliorare il servizio reso ai cittadini, non si aumenta il numero dei farmacisti laddove possono da subito migliorare qualità e sostenibilità delle cure, come provano le stesse sperimentazioni del Ministero della Salute. Mi riferisco ai colleghi che operano nel Servizio sanitario che, secondo i dati ufficiali del 2010, divulgati a fine aprile, sono in totale 2500, meno della metà dei veterinari e degli psicologi e un terzo in meno rispetto ai biologi. Se tutti concordiamo sulla centralità del farmaco in tutti i processi di cura e in tutti gli ambiti assistenziali, mi sembra inutile commentare ulteriormente questo dato.

La Federazione, in questi anni che ci separano dal documento di Palazzo Marini, non si è limitata all'enunciazione di un problema o alla denuncia di una tendenza. Abbiamo operato per trovare risposte concrete, e la nostra azione si è svolta in due fasi.

La prima fase è stata la ricognizione delle possibilità che si aprivano alla professione e delle minacce che potevano prospettarsi. In questi anni, dunque, abbiamo prodotto

attraverso il nostro Osservatorio sul futuro della professione alcune ricerche finalizzate all'indagine sui diversi aspetti enunciati nel Documento federale.

La prima è quella dedicata alla farmacia dei servizi, all'accettazione da parte del pubblico e degli altri protagonisti del comparto farmaceutico (l'industria, il servizio sanitario nazionale), un lavoro importante e, ricordiamolo, condotto precedentemente all'approvazione del Dlgs 153, quindi in grado di misurare effettivamente l'orientamento di cittadini e stakeholder senza le interferenze che avrebbero potuto essere causate dalla discussione della Legge sui mezzi di comunicazione.

I risultati furono indubbiamente positivi e, in particolare, venne dimostrata la propensione del cittadino a pagare di tasca propria le prestazioni che successivamente abbiamo ritrovato nella Legge sulla farmacia dei servizi. La presentazione della ricerca avvenne nell'ottobre del 2009, ed è buffo – a dire il meno - vedere ancora oggi esperti di marketing rifarsi a studi stranieri per dimostrare questo aspetto che il nostro Osservatorio aveva provato per l'Italia in tempi non sospetti.

L'altra ricerca per noi fondamentale è quella che per brevità possiamo definire come dedicata ai nuovi sbocchi occupazionali. In questo studio, i ricercatori dell'Osservatorio si sono concentrati sui settori nei quali il farmacista opera tradizionalmente per individuare le nuove posizioni funzionali per le quali il farmacista può candidarsi e determinare quali fabbisogni formativi comportano. I settori in questione sono l'industria farmaceutica, la distribuzione intermedia, le aziende sanitarie e, naturalmente, la farmacia di comunità. Tutti ambiti nei quali è apparsa evidente la necessità di creare figure professionali con competenze più vaste di quelle attualmente fornite dal sistema formativo. Le competenze richieste dalle nuove figure appaiono oggi sempre più estranee al percorso universitario, ma mentre all'estero si osserva una rapida evoluzione verso la specializzazione, questo non avviene in Italia. Si rischia così che le scelte all'interno di questi settori di impiego possano orientarsi verso figure diverse da quelle del farmacista ma in possesso delle specificità richieste.

La ricerca ha dimostrato che di questa necessità di specializzazione si deve tener conto anche nella costruzione del sistema della farmacia dei servizi. Per arrivare a questo obiettivo è indispensabile innanzitutto che i farmacisti di comunità siano disposti al cambiamento e a un'intensa attività di formazione che consenta ai professionisti di svolgere queste nuove prestazioni rivolte al cittadino. La ricerca, poi, sottolineava la necessità di standard qualitativi elevati e procedure operative certificate per mantenere ai farmacisti l'immagine di operatori sanitari qualificati e metterli in condizione di svolgere un ruolo più ampio e articolato nel processo di cura, fianco a fianco con gli altri professionisti della salute presenti sul territorio.

Anche in questo caso le conclusioni della nostra ricerca coincidevano con quelle tratte a livello europeo e che hanno mosso la costruzione del progetto Pharmine, con il quale la Commissione europea ha dato il via a una ricognizione a tutto campo della formazione dei farmacisti dell'UE per giungere a formulare un aggiornamento del piano di studi tale da renderli sempre più centrali nella vita dei servizi sanitari. E a questo punto è il caso di anticipare che uno degli aspetti sui quali vogliamo impegnarci in collaborazione con la Conferenza dei direttori delle scuole di Farmacia è proprio la riforma del corso di laurea che, coerentemente con quanto indicato dai documenti del progetto Pharmine, non solo deve rendere più clinica la professione del farmacista, ma deve operare un cambiamento ulteriore. Passare cioè dalla formazione intesa come acquisizione di un sapere alla formazione come acquisizione di un sapere e di un saper fare. Infatti, entrare con un ruolo più forte nel processo di cura significa rendere una prestazione al paziente e questo ha riflessi la cui importanza è evidente soprattutto sulla formazione del professionista, quella curricolare e quella post-laurea.

Un altro nodo da affrontare è l'attuazione del numero programmato. Abbandonando la politica del particolare, l'Università deve valutare la situazione complessiva del comparto in cui opera la professione e stimare in modo realistico quanti laureati richiede ciascun settore. E' una terminologia che non mi piace, ma occorre avere presente che cosa chiede il mercato se non vogliamo produrre ogni anno un certo numero di professionisti disoccupati.

Come saprete, è stato istituito un tavolo paritetico tra la Conferenza e la Federazione per affrontare questa tematica. Abbiamo già indicato i nostri tre rappresentanti, che come primo atto, però, incontreranno tutte le componenti della professione, per effettuare una ricognizione esauriente della situazione nei diversi ambiti e raccogliere le indicazioni necessarie a orientare correttamente i lavori del tavolo.

Ho richiamato queste attività federali per diversi motivi. Il primo è dichiarare chiusa la fase delle indagini conoscitive e dei sondaggi se non intervengono fatti nuovi: i dati di scenario li abbiamo tutti e continuare oggi a proporre fotografie dell'esistente può solo servire ad autograticarsi nel constatare il gradimento dei cittadini per il nostro operato oppure a lanciare l'ennesimo grido di dolore per gli aspetti che non ci piacciono.

E' venuto il momento di passare a costruire concretamente le proposte che abbiamo dedotto dallo studio delle tendenze in atto. Ed è quello che abbiamo cominciato a fare con il progetto pilota per l'applicazione in Italia dell'MUR. Per la farmacia italiana si tratta di una esperienza senza precedenti, che vale la pena di ricapitolare. L'MUR è una delle prestazioni avanzate della farmacia britannica, introdotta nel 2005, che consiste nel

controllare l'uso che il paziente fa dei medicinali prescritti, rilevando tutte le circostanze che possono portare alla non aderenza o al fallimento terapeutico. La prestazione in Gran Bretagna ha avuto un notevole successo, tanto che recentemente è stata rifinanziata dal Ministero della Salute, così come altre affidate al farmacista.

E' giusto ricordare che il progetto patrocinato e sostenuto dalla Federazione è nato sulla base dell'esperienza che era stata avviata con la Medway School of Pharmacy dell'Università del Kent dall'Ordine di Treviso, dall'Associazione dei titolari di quella provincia e da Farmarca, con la collaborazione dell'Università di Padova. Con il nostro sostegno si è potuto allargare la sperimentazione a quattro province - si sono aggiunte Pistoia, Torino e Brescia - e di conseguenza a un numero più ampio di farmacisti. Il progetto pilota si è rivelato un successo, come prova la presentazione dei dati preliminari al Meeting annuale dello European Pharmaceutical Care Network, lo scorso 8 febbraio, e il fatto, recentissimo, che è stata accettata la presentazione dei dati finali al Congresso dell'International Pharmaceutical Federation (FIP) . Questo congresso rappresenta l'evento scientifico più importante per la professione a livello mondiale: mai un lavoro scientifico dedicato alla farmacia di comunità italiana ha ottenuto riconoscimenti internazionali tanto prestigiosi.

Il Progetto pilota aveva come scopo dimostrare che il farmacista italiano, opportunamente formato, può erogare questa prestazione avanzata all'interno della farmacia italiana e valutare l'impatto sull'attività quotidiana e la propensione/soddisfazione per le nuove attività di alto livello professionale. In seconda istanza lo studio è stato disegnato in modo da valutare se questa prestazione aveva una sua necessità nella realtà italiana. Ho detto "aveva" perché poi in effetti il protocollo che è stato impiegato in Italia, e qui dobbiamo un grazie particolare al professor Manfrin, che ha coordinato la ricerca sul campo, rappresenta un step ulteriore rispetto al protocollo impiegato in Gran Bretagna, tanto che si è pensato di battezzarlo Italian MUR. Di conseguenza i nostri dati dimostrano anche la validità della nuova formulazione della prestazione.

Rapidamente voglio qui dare conto dei risultati, non ancora definitivi: non tanto nel segno, che è più che positivo, ma nell'analisi di tutte le implicazioni statistiche. Degli 80 farmacisti reclutati, 76 hanno completato lo studio e, in totale, hanno sottoposto all'MUR 898 pazienti affetti da asma bronchiale. Quindi, la prima risposta ottenuta è positiva: dalla quantità e dalla qualità dei dati ottenuti dai farmacisti è evidente che anche nel setting della farmacia italiana è possibile svolgere questo servizio in modo efficiente. Ma c'è bisogno in Italia di questo intervento del farmacista a supporto dell'aderenza alla terapia? I dati sono chiari:

quasi la metà del campione esaminato dichiara di aver dimenticato di assumere il farmaco almeno una volta; un dato che sale ulteriormente se si valutano le risposte alla domanda di controllo. Naturalmente anche molti altri indicatori mostrano un uso inadeguato dei medicinali prescritti: in 152 casi il paziente assumeva una dose diversa da quella prescritta, in 88 si registrava una potenziale o sospetta reazione avversa, in 66 casi il paziente assumeva altri farmaci che avevano un'interazione negativa con la malattia asmatica. Nell'8,29% dei casi, e non è poco, il paziente assumeva invece medicinali con potenziali interazioni negative con la terapia antiasmatica: betabloccanti e ACE inibitori, per esempio. In definitiva, applicando l'analisi statistica multidimensionale, è quasi l'80% dei pazienti a presentare qualche problema legato all'assunzione dei medicinali, problemi che vanno dagli effetti collaterali noti (come il tremore per i beta-agonisti) all'inefficacia della terapia, problemi che conducono alla mancata aderenza per un 45% dei pazienti. Quindi, la seconda conclusione certa è che dell'MUR c'è bisogno anche in Italia: per migliorare lo stato di salute del paziente in trattamento, per far sì che le risorse investite dal Servizio sanitario nelle cure farmacologiche non vadano sprecate, e per evitare ulteriori accessi a prestazioni di secondo livello – ben più costose - inevitabili quando una malattia non è controllata.

Accanto a questa analisi quantitativa ne è stata condotta una qualitativa, che permette di rispondere al secondo quesito: qual è stato l'effetto del nuovo modo di lavorare sul farmacista? Era difficile immaginare un'adesione più piena, dai colleghi collaboratori come dai titolari. Uno di loro, nel corso dei focus group ha dichiarato: “..ho provato entusiasmo nel partecipare, mi sono sentito di indossare finalmente un camice da farmacista...”. Un altro, ha voluto sottolineare : “non avevo mai partecipato ad un progetto che non fosse stato legato alla titolarità: qui si parla di professionalità”. Tutti, poi, hanno confermato come cambiasse anche l'atteggiamento del cittadino, che finalmente vedeva nel farmacista un professionista che si prendeva cura di lui. Basti dire che è anche capitato che il cittadino abbia addirittura telefonato in farmacia per prenotare un appuntamento con il farmacista che aveva effettuato l'MUR.

Insomma, si apre una prospettiva nuova, nella quale ciò che abbiamo sempre fatto, almeno per alcuni aspetti centrali, viene messo a punto, sistematizzato e reso un'attività professionale completa e riconoscibile immediatamente da parte del cittadino e, di conseguenza, anche dal decisore politico.

Occorre però chiarire adeguatamente il senso di questa sperimentazione. Dal punto di vista tecnico è stata scelta l'asma come malattia perché il paziente asmatico si rende

immediatamente conto se qualcosa non va, mentre la persona ipertesa è per definizione asintomatica, così come è immediatamente evidente l'effetto dell'intervento correttivo: il paziente smette di avere crisi. L'asma, inoltre, è una di quelle condizioni che seppur facilmente diagnosticabili e per le quali esistono cure efficaci, risulta spesso trattata inadeguatamente sul territorio, esattamente come l'ipertensione o altri fattori di rischio cardiovascolare. E' evidente che esistono malattie – o fattori di rischio – che toccano più direttamente la sensibilità collettiva, ma il follow up necessario a stabilire l'efficacia di un nuovo intervento dura anni, non settimane.

E qui veniamo ai futuri sviluppi del Progetto pilota. La prossima fase, che partirà questa estate, prevede la realizzazione di focus group con i pazienti e con i medici di medicina generale. I primi serviranno a verificare l'accoglimento da parte del paziente della nuova prestazione di cui ha usufruito e, in qualche misura, anche l'eventuale modificazione dell'atteggiamento nei confronti della malattia di cui soffre e delle cure che gli sono state prescritte. I focus group con i medici di medicina generale, invece, serviranno a raccogliere il loro punto di vista, la segnalazione di eventuali aree non coperte, ma soprattutto serviranno a creare un coinvolgimento e un rapporto diretto, chiarendo che l'attività del farmacista non si sostituisce a quella del medico e che, anzi, l'attività di queste due figure deve sostenersi a vicenda. E' un fatto importante, anzi fondamentale per il successo dell'introduzione della pharmaceutical care in Italia e questo coinvolgimento dei medici fin dalle prime battute è un altro dei tratti che distinguono il nostro MUR da quello britannico. Oltremania, infatti, l'aver proceduto dall'alto in basso, per così dire, ha creato qualche attrito tra le due professioni.

Siamo soddisfatti di quanto fatto finora, ma non abbiamo concluso il lavoro. Deve essere chiaro che questa prima fase non risponde alla domanda centrale per la professione, e cioè la valutazione dal punto di vista clinico degli effetti della prestazione del farmacista e, successivamente, del suo impatto economico. Perché è chiaro a tutti che nessun servizio sanitario nazionale e nemmeno nessuna assicurazione privata, oggi, rimborsa prestazioni di cui non sia evidente il buon rapporto costo-efficacia. Sulla fiducia, soprattutto in epoca di crisi, non si investe più. E' un dato che la stessa industria del farmaco sperimenta quotidianamente da tempo: sempre più spesso, il rimborso del medicinale da parte dello Stato è subordinato al risultato terapeutico, con la formula del payment by results. Ma lo stesso principio vale per i dispositivi medici, persino per le nuove metodiche chirurgiche o le nuove modalità organizzative all'interno degli ospedali. E per ottenere questi dati è necessario condurre uno studio di confronto, cioè paragonare il destino clinico dei pazienti asmatici sottoposti all'MUR con quello di un gruppo di pazienti omogeneo per caratteristiche che, invece, non è stato sottoposto alla revisione della terapia. Ed è questo

il prossimo impegnativo passo che la Federazione vuole promuovere, perché è questo il salto di qualità che dobbiamo fare.

Vorrei fosse chiaro a tutti che se si assume un atteggiamento scientifico per sostenere la necessità e l'efficacia del nuovo modello della farmacia di comunità, non possiamo saltare nessun passaggio, non esistono comode scorciatoie. Quanto abbiamo realizzato finora, assieme alle evidenze anche economiche prodotte nei paesi in cui le prestazioni avanzate sono da tempo rimborsate, è fondamentale per chiedere oggi un tavolo in cui si affronti la questione delle nuove prestazioni al quale presentarsi, domani, con i dati completi. In altre parole, abbiamo dimostrato oggi di poter operare come i colleghi britannici o australiani, i quali nei loro paesi hanno determinato un certo risparmio di risorse pubbliche; possiamo quindi presumere a buon diritto di poter ottenere risultati simili, ma resta ancora da determinare in quale misura.

Questa è la linea della sperimentazione patrocinata dalla Federazione, che ha un suo percorso ben preciso, dettato non da scelte politiche, ma dalle regole metodologiche che reggono qualsiasi sperimentazione che voglia definirsi tale. E' facile organizzare una domenica in piazza con un glucometro e magari far scrivere l'indomani sui giornali che sono state eseguite migliaia di glicemie. Ma a quale costo? Con quali risultati a breve e a lungo termine? Con quale vantaggio per il cittadino e la collettività? Questo genere di iniziative ha avuto un senso e un effetto positivo nel richiamare l'attenzione sulla professione ma sono ormai superate dalle necessità attuali.

Il fatto che la linea della sperimentazione sia univoca non significa rifiutare o escludersi da altre esperienze analoghe che possano svilupparsi sul territorio, magari da precise esigenze del servizio sanitario regionale o da singole ASL. E' sbagliato pensare a un modello unico a uno schema imposto dall'alto a tutte le farmacie, senza considerare né il particolare fabbisogno del territorio, né le forme organizzative presenti nelle diverse realtà. In Gran Bretagna, per fare un esempio, il servizio sanitario del Galles ha richiesto alle farmacie di comunità di collaborare allo screening di massa per il diabete Tipo 2, mentre in Inghilterra o in Scozia questa attività non è stata richiesta, perché ritenuta non necessaria o non prioritaria. E' un fatto normale.

Anche a casa nostra, peraltro, vediamo che la convenzione della medicina generale è declinata su base regionale e perfino aziendale. Ma questo non viene interpretato come una frattura della categoria. Non dobbiamo dunque avere paura di essere interlocutori aperti delle iniziative che sul territorio si sono presentate e si presenteranno. Finché si

tratta di sperimentazioni, di esperienze pilota che non ledono i diritti della professione nel suo complesso è sbagliato sottrarsi. Anche perché, nel momento in cui si andrà a trattare concretamente, la controparte sarà rappresentata dalle Regioni stesse che manifestano queste esigenze e la cosa più facile è che a chiusura si contrapponga chiusura, con gli esiti che facilmente immaginiamo.

L'attività federale, il programma che proponiamo, non si esaurisce qui. Parallelamente alla sperimentazione dell'MUR, stiamo avviando, con gli Ordini della Lombardia, un modulo didattico che trasferirà le conoscenze e i risultati acquisiti dalla sperimentazione a una più vasta platea di colleghi, che saranno impegnati su un ciclo pluriennale, che per il primo anno verterà ovviamente sull'asma. Nell'arco di cinque incontri verranno trattati, da altrettanti specialisti, i presupposti e la natura della pharmaceutical care, le caratteristiche nosografiche della malattia, le caratteristiche epidemiologiche, l'uso di Internet per l'aggiornamento in merito alle tematiche trattate, l'esecuzione dell'MUR e la discussione di casi clinici affrontati nel corso della sperimentazione.

Il modulo didattico consentirà di sperimentare anche una diversa modalità di fruizione del corso: infatti, i relatori saranno fisicamente presenti in una sola sede collegata alle altre in audio e video, quindi con la massima interattività tra relatori e colleghi e tra le diverse sedi. Da questo corso, se la formula si rivelerà efficace e potrà essere estesa alle altre regioni, ci aspettiamo di far crescere progressivamente il numero dei colleghi in grado di svolgere l'MUR nel momento in cui partirà il riconoscimento ufficiale a livello nazionale o regionale. Prevediamo altresì di avviare il convenzionamento con l'Università del Kent e altri atenei italiani per far sì che la frequenza ai corsi valga per ottenere l'abilitazione britannica all'MUR con l'intento di stabilire uno standard nazionale.

Nel presentare la sperimentazione dell'MUR avevamo detto che non avremmo lasciato indietro nessuno, e con questa nuova iniziativa muoviamo il primo passo per mantenere questo impegno.

Un'altra iniziativa importante, che abbiamo annunciato nello scorso Consiglio Nazionale, è quella mirata all'occupazione giovanile. Avevamo chiesto il vostro contributo in termini di idee, e le vostre proposte non sono certo mancate. Sono state molte e molto interessanti, anche se non facilmente concretizzabili oggi. Abbiamo dunque deciso di rivolgerci ad alcuni esperti in questo campo, affinché ci aiutassero, con la loro professionalità e le loro competenze, a mettere a punto un progetto comune che tenesse conto dei vostri importanti suggerimenti. Maggiori dettagli su questo progetto verranno forniti dal professor Giorgio Del Mare. Qui mi limiterò ad anticipare che l'elemento centrale è lo sviluppo di percorsi formativi post-laurea formulati per rispondere alle caratteristiche dei

ruoli che vengono a crearsi nelle realtà produttive e per i quali il farmacista può competere. Il modello che abbiamo in mente è relativamente poco praticato in Italia e vedrà compenetrarsi sia la didattica tradizionale sia la formazione sul campo, all'interno di aziende, laboratori, strutture sanitarie. Vogliamo così offrire sia innanzitutto un'occasione importante al neolaureato, a chi si affaccia al mondo del lavoro e cerca di percorrere nuove strade ma anche a chi, ed è purtroppo una situazione sempre più frequente, si trova a perdere il lavoro nei settori tradizionali e attraverso quella che viene definita riconversione può cercare di ricollocarsi. Questo tipo di iniziative all'estero è una pratica diffusa e si imporrà in Italia: è importante che sia la rappresentanza della professione ad aprire questa strada, per evitare che si formi un processo esclusivamente in mano al mercato e sottratto al controllo di chi tutela il professionista e il cittadino che di lui si avvale.

Per quanto giustamente orientata alle esigenze del mondo produttivo, questa non deve essere "formazione spazzatura", come si dice nel gergo dell'informatica, cioè quelle nozioni utili soltanto a interfacciarsi con un certo sistema operativo ma che poi divengono inutili quando si cambia il software. Dovrà essere un percorso di specializzazione che va a completare la polivalenza della formazione del farmacista, ma non la diminuisce né la cancella.

Collateralmente a questo progetto vogliamo avviare un programma di formazione per i presidenti di Ordine. Oggi l'ambiente in cui operiamo, come professionisti ma anche come rappresentanti della professione, è profondamente mutato e sempre più spesso dobbiamo confrontarci con realtà differenti da quelle cui tradizionalmente ci siamo trovati di fronte. Il peso sempre maggiore della farmaco-economia, per fare solo un esempio, il mutare della stessa natura del farmaco e del comparto industriale a questo legato, il presentarsi di nuovi interlocutori e la necessità di stringere rapporti diversi con gli altri professionisti della salute, ci impongono l'acquisizione di nuove conoscenze e di nuovi approcci metodologici. A queste necessità la Federazione intende rispondere, avviando un percorso che tenga presenti le esigenze pratiche dei Presidenti ma anche il fatto che ora più che mai anche noi dobbiamo portare su un livello più alto il nostro intervento quotidiano.

C'è infine un altro aspetto al quale forse in passato non abbiamo guardato con la dovuta attenzione: la responsabilità sociale. E' invece un concetto che è ben chiaro a chiunque svolga un'attività economica, industriale o professionale ed è attualmente una delle chiavi per ottenere la giusta visibilità e la giusta considerazione. E' chiaro che, se guardiamo alla definizione classica della responsabilità sociale, possiamo dire che in realtà siamo sempre stati, per così dire, in regola. Infatti, leggendo il testo accettato dall'Unione Europea, si trova che la Responsabilità Sociale d'Impresa è "un'integrazione volontaria delle

preoccupazioni sociali ed ecologiche delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate". Nell'attività del farmacista, come in quella del medico o dell'avvocato, all'attività economica è sempre stato imposto un limite etico, anzi è solo alla luce del rispetto del codice deontologico che si giustifica l'utilità economica del professionista. E del resto è quella differenza rispetto alla società di capitali che la stessa Corte di Giustizia ci ha riconosciuto nella sentenza che ha confermato la liceità della riserva al farmacista della titolarità della farmacia. Ma resta il fatto che oggi occorre fare di più. Siamo già sulla strada giusta, lo siamo da quando, l'indomani del terremoto dell'Aquila, abbiamo costituito l'Associazione dei Farmacisti Volontari per la Protezione civile. Dall'estate del 2009 questa nostra iniziativa è cresciuta, sia nel numero dei partecipanti sia nel livello di partecipazione. Oggi le Associazioni di volontari strutturate sono presenti a Cuneo, il nucleo storico, Cagliari, Agrigento, Reggio Emilia e si sono organizzate su base regionale in Campania e Puglia. Ultima iniziativa in ordine di tempo, quella dei giovani dell'Agifar di Agrigento, grazie al cui lavoro anche il Mezzogiorno può contare su un camper farmacia. Ma ve ne sono state anche molte altre. Per esempio, su sollecitazione del responsabile del Dipartimento sanità della Protezione Civile nazionale, il dottor Federico Federighi, a Cuneo è stato organizzato un corso rivolto al farmacista della farmacia di comunità finalizzato a metterlo in grado di agire nel modo più efficace in caso di emergenza. Corso che è stato poi presentato all'Associazione di Agrigento così da diffondere questa modalità formativa. Mi permetto di sottolineare che anche in questo caso abbiamo seguito il metodo della Federazione: condurre un'esperienza nuova dove è più semplice organizzarla e poi, se si rivela positiva, operare per diffonderla al maggior numero possibile di colleghi. Dal punto di vista istituzionale, dopo la revisione dello Statuto necessaria per l'iscrizione nel Registro nazionale del volontariato, contiamo entro l'anno di ottenere l'accreditamento nazionale e quindi di vedere riconosciuta l'Associazione come interlocutore della Protezione Civile nazionale. Il lavoro dei nostri volontari è già enormemente apprezzato, ma anche questo aspetto apparentemente formale ha un'enorme importanza. La macchina, dunque, funziona e, purtroppo, non sono mancate le occasioni per dimostrarlo.

Ma questo ancora non basta. Abbiamo visto nei mesi scorsi quanto le campagne mediatiche possono danneggiare una categoria che singolarmente ciascun cittadino apprezza, ma che poi è pronto a etichettare come casta nel momento in cui qualche singolo farmacista esibisce comportamenti illeciti che per quanto gravi sono comunque responsabilità individuali, non collettive di una professione. Dobbiamo a questo punto sviluppare un'azione che rafforzi la nostra immagine di professionisti portatori di valori di solidarietà, rispetto per la vita e l'ambiente. Nessuno ha una soluzione pronta, ma è certo

che su questo fronte dobbiamo passare all'offensiva: dimostrare la continuità del nostro impegno per il bene comune anche quando non si tratta direttamente della salute del cittadino. Vi porgo queste considerazioni come uno spunto perché voi ci offriate le vostre riflessioni, suggerimenti e indicazioni. Dobbiamo impegnarci tutti perché sia chiaro che il farmacista non dimentica il suo ruolo e il suo impegno verso la collettività una volta che ha tolto il camice bianco.

Spero di essere riuscito a rendere il senso e l'impegno concreto che ha sorretto l'azione Federale in questi ultimi anni e di aver rappresentato adeguatamente l'investimento di risorse umane ed economiche che ha richiesto. Non ho finora ringraziato nessuno in particolare, perché ritengo più giusto ringraziare ora tutto il Comitato Centrale, tutti voi e gli Uffici federali. Davvero in questi anni abbiamo lavorato con dedizione e competenza: una grande squadra capace di operare al meglio anche nelle situazioni meno favorevoli.

In questo periodo non facile abbiamo operato per mantenere unita la professione e promuoverne il ruolo, pur esposti alle conseguenze di una crisi globale che non ha risparmiato nessuno e agli effetti altrettanto negativi delle ricette sbagliate con le quali si è cercato di rispondere alla crisi stessa. Non è stato facile reagire efficacemente, ma anche quando è sembrato che non si riuscisse a far prevalere i nostri argomenti, nel tempo abbiamo avuto la conferma che avevamo visto giusto, e che le nostre ragioni coincidevano con il rispetto dei principi che hanno ispirato la nascita del servizio farmaceutico. Basti ricordare quanto dichiarato dal Ministro Balduzzi a proposito della liberalizzazione dell'etico di Fascia C, che a posteriori ha giudicato essere un errore, fortunatamente evitato.

La nostra forza è la capacità di non perdere di vista i principi che reggono il nostro agire in seno alla società e di riportare a quei principi le sfide e gli obiettivi che si presentano. Sappiamo chi siamo e qual è il nostro compito e questa è la migliore garanzia per riuscire ad affrontare questa stagione difficile che non va subita, e lo diciamo da sempre, ma affrontata sapendo che, di fronte a tanti fautori del cambiamento a tutti i costi, siamo noi i portatori della vera innovazione. Quella che rispetta le identità di tutti e salvaguarda i valori senza i quali un professionista perde la sua ragion d'essere.