



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

Relazione del Presidente

10 maggio 2019
Ore 14,30

Nobile Collegio Chimico Farmaceutico
Universitas Aromatariorum Urbis
Via in Miranda, 10
Roma

Prima di dare inizio al Consiglio voglio ricordare un amico e un collega, Osvaldo Molledo, che purtroppo ci ha lasciato poche settimane fa. Un collega di cui tutti abbiamo apprezzato le grandi capacità professionali, già come presidente della Fenagifar, di cui fu tra i fondatori, poi nell'Ordine e nel sindacato dei titolari, del quale nel 2017 era stato eletto segretario nazionale, ma anche e soprattutto le grandi qualità umane, la sua disponibilità e la sua capacità di ascolto. Ci mancherà.

Do ora il benvenuto nel Consiglio nazionale al neoeletto presidente dell'Ordine di Brindisi, Antonio Maria Di Noi, che succede nella carica a Gabriele Rampino. Buon lavoro. Benvenuto e augurio che rivolgo a Mario Bilardo, che sostituisce alla guida dell'Ordine di Palermo Antonino D'Alessandro.

Vorrei cominciare questa relazione dall'analisi di un documento che non è stata sviluppato dalla Federazione, e nemmeno da un attore nazionale. Si tratta di "Farmacia 2030: Una visione per la farmacia di comunità in Europa", pubblicato dal PGEU il 1° febbraio 2019. E' interessante leggere le raccomandazioni che riassumono le proposte contenute nel documento:

- Massimizzare i benefici che l'intervento del farmacista di comunità arreca al paziente e al servizio sanitario sviluppando servizi a supporto dell'aderenza alla terapia e della sicurezza
- Coinvolgere i farmacisti di comunità in modelli di assistenza collaborativi
- Garantire al farmacista l'accesso ai dati sanitari del paziente, in particolare all'elenco dei farmaci che assume
- Coinvolgere il farmacista nella digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, metterlo in condizioni in quanto fonte di informazioni affidabili.
- Integrare nella pratica professionale la conoscenza della farmacogenetica, delle linee guida validate e dei dati "real world" per migliorare la sicurezza del paziente
- Far sì che le farmacie di comunità offrano screening, campagne di educazione sanitaria e promozione della salute per ridurre l'impatto delle malattie croniche
- Creare un quadro normativo che esalti il valore della rete delle farmacie come presidio più facilmente accessibile dalla comunità che assistono
- Garantire che le farmacie offrano ai pazienti tutti i farmaci e i dispositivi di cui hanno bisogno
- Stabilire una remunerazione del farmacista che rifletta il suo contributo al miglioramento delle cure, riducendo il carico di lavoro degli altri presidi e collaborando alla sostenibilità dei servizi sanitari.

Credo che tutto questo vi suoni familiare, perché è quanto avevamo scritto a chiare lettere nel Documento federale sulla professione del 2006. E' quanto abbiamo sostenuto con forza quando si è trattato di ottenere la Legge sulla Farmacia dei servizi e di presentare questo modello come una risposta efficace ed efficiente alle necessità del cittadino e del nostro SSN. Ma non c'è solo questo: nel documento trovano riscontro la nostra azione costante per contrastare la distribuzione diretta e l'esclusione della farmacia di comunità dal circuito dell'innovazione farmacologica. Trova riscontro anche la nostra preoccupazione che il ritorno degli innovativi potrà avvenire solo se tutto il corpo professionale sarà preparato adeguatamente, se dei nuovi farmaci avremo la stessa conoscenza che abbiamo delle molecole che abitualmente dispensiamo. E ancora si possono ritrovare molti altri aspetti che abbiamo sempre considerato importanti e per la cui realizzazione ci siamo adoperati e ci stiamo adoperando, come la costruzione di un Fascicolo sanitario elettronico in cui il farmacista fosse non solo inserito nel flusso dei dati ma apportasse un contributo importante o la realizzazione di una efficace collaborazione interprofessionale. E lo stesso vale per il criterio della remunerazione, che oggi tutti riconoscono non possa più basarsi esclusivamente sul margine commerciale ma debba riconoscere il valore delle prestazioni professionali, dei servizi cognitivi.

Quanti anni sono passati dal 2006? E dal 2009? Non pochi, certamente, ma sono stati anni preziosi per costruire quanto serve a promuovere l'evoluzione della professione e a mettere nelle mani dei colleghi gli strumenti necessari a una nuova pratica professionale. E' tanto vero che nel documento del PGEU tra gli esempi citati come pratiche di eccellenza figura, a pagina 15, il nostro Progetto I-MUR.

La medicine use review nasce in Gran Bretagna, ma è il nostro progetto che ha dimostrato per primo in uno studio randomizzato e controllato che l'intervento a supporto della terapia è – cito testualmente – “sia efficace sia costo-efficace”.

Avevamo una visione chiara di quanto si doveva e si deve fare e malgrado lo scetticismo di qualcuno avevamo ragione allora e abbiamo ragione oggi, come ci viene riconosciuto anche da questo documento. La nostra elaborazione teorica, il nostro impegno concreto, l'efficacia del nostro messaggio sono stati anche il catalizzatore di altre iniziative e tutto questo oggi ci viene riconosciuto nei fatti. Mi sembrava doveroso aprire con questo punto specifico, ma sul tema tornerò più avanti. Lo scenario economico in cui ci muoviamo non è mutato e non si intravedono misure anticicliche all'orizzonte. L'economia è stagnante se non peggio, il debito aumenta ed è lecito temere che la riproposizione della spending review non sia altro che il preludio a nuovi tagli lineari. E purtroppo sappiamo che questo tipo di misura inevitabilmente va a colpire il comparto sanitario, che ha già

abbondantemente dato il suo contributo. L'ultima conferma viene dall'audizione, a proposito del DEF, nelle Commissioni Bilancio di Camera e Senato, del presidente della Corte dei Conti Angelo Buscema. Lì è stato mostrato con la massima evidenza che nel 2018 la spesa sanitaria ha raggiunto i 115,4 miliardi, cioè un miliardo in meno rispetto alla previsione della Nota di aggiornamento al DEF (116,3 miliardi) dello scorso settembre. Molto si deve al fatto che era stata prevista una spesa per il personale superiore a quanto poi si è verificato: il 2,5% invece del 4,4% che era stato previsto. E difatti resta intatta la pressione sugli organici del servizio sanitario.

La cosiddetta spesa per consumi intermedi, in cui rientra anche la spesa farmaceutica, è sì aumentata, ma in linea con le previsioni, peraltro piuttosto conservative: complessivamente l'1,7% in più. E' vero la spesa farmaceutica è cresciuta del 6,5%, ma va considerata con un sguardo più analitico: se la spesa diretta, un tempo chiamata ospedaliera, ha superato il tetto di ben 2,2 miliardi, quella convenzionata è calata del 4,1% ed è rimasta significativamente inferiore al tetto programmato.

Per il prossimo triennio (2020-2022) la spesa dovrebbe crescere ancora più lentamente e, alla fine raggiungerà il 6,4% del PIL, tra i valori più bassi tra i principali paesi UE. E già nel 2018 la spesa sanitaria a consuntivo è risultata inferiore in termini assoluti di ben 6 miliardi rispetto alle previsioni. Il presidente della Corte dei Conti ha commentato che "Il governo della spesa in campo sanitario si è rivelato più efficace rispetto al complesso della pubblica amministrazione". Tradotto in altri termini: abbiamo continuato a finanziare il sistema al di sotto dei bisogni e se ancora possiamo vantare risultati eccellenti in termini di indicatori generali, l'aumento dell'aspettativa di vita, e più specifici, come la sopravvivenza all'infarto, lo dobbiamo a questo punto anche a fattori esterni alla sanità. Ma non possiamo continuare così: lo ha ribadito anche l'Ufficio Parlamentare di Bilancio: ulteriori tagli rischiano di incidere sulla qualità dei servizi offerti o sul perimetro dell'intervento pubblico nella tutela della salute, cioè meno prestazioni per il cittadino in seno al SSN.

Finora, per adeguarmi ai documenti ufficiali, ho usato il termine spesa, ma le risorse destinate alla sanità sono un investimento che produce ricchezza e genera minore spesa, e non solo nel capitolo sanitario. Un recente studio condotto da Francesco Saverio Mennini, dell'Università di Roma Tor Vergata, ha mostrato come l'implementazione dei programmi di screening per le neoplasie mammarie e del colon retto abbia diminuito la spesa per gli assegni e le pensioni di invalidità, perché l'inizio precoce delle cure determina minori disabilità e conseguenze permanenti per i pazienti. Questo va a ridurre il prelievo dalla fiscalità generale e a liberare risorse. Se questo non è un

investimento, non so più che cosa si possa considerare tale. Continueremo a fare tutto il possibile perché venga interrotta la tendenza a considerare una spesa la sanità.

Vi abbiamo informato che lo scorso 21 marzo si è insediato il Gruppo di lavoro sulla farmacia dei servizi promosso dal Ministero della Salute, che vede la partecipazione delle rappresentanze di medici, infermieri, le società scientifiche, tra le quali l'UTIFAR, e dell'ISS, ma anche di Cittadinanzattiva, oltre, ovviamente ai funzionari del Ministero. E' un passo decisivo in quella implementazione sperimentale del nostro modello, quella che è cominciata con lo stanziamento di 36 milioni, destinati a 9 regioni, previsto nella Legge di bilancio 2018. Stanziamento che, è bene ricordarlo, la Conferenza delle Regioni ha deciso di ampliare, attingendo al fondo per gli obiettivi di piano, per consentire alle altre Regioni che desiderino partecipare a questa fase che prevede la remunerazione alle farmacie dei servizi e prestazioni resi al cittadino. Decidere come attuare la sperimentazione è, quindi, l'obiettivo di questo Gruppo di lavoro, al quale abbiamo partecipato io e il Vicepresidente Luigi D'Ambrosio Lettieri, che avrà quattro mesi di tempo per portare a termine questo compito. E' evidente che l'insieme dei servizi tra i quali operare la selezione è quello previsto dal DLgs 153 del 2009 e gli altri che lo hanno seguito, ma già nella seconda riunione del 17 aprile sono stati stabiliti tre aspetti fondamentali, tre punti ben definiti. Il primo è l'individuazione degli ambiti principali di intervento della farmacia, che sono i servizi cognitivi, con particolare riferimento al supporto all'aderenza terapeutica, le campagne di screening, sul modello di quello del colon retto, e le funzioni di front-office, come il servizio CUP o la consegna dei referti. Il secondo punto affrontato è che le attività professionali del farmacista, soprattutto il supporto all'aderenza terapeutica, sono da realizzare in team, in sinergia con gli altri attori del processo di cura, a cominciare ovviamente dai medici. Il terzo punto è che, come recita il decreto istitutivo del gruppo di lavoro, andranno stabilite anche le modalità concrete di erogazione, così da raggiungere una standardizzazione che consenta sia l'omogeneità nel territorio nazionale delle prestazioni rese sia la misurazione dei risultati clinici e socio-economici, da cui dipende la remunerazione delle prestazioni stesse.

E' evidente che l'aspetto della rilevazione e della valutazione sul piano dell'efficacia e del ritorno economico dell'intervento del farmacista e della farmacia di comunità sarà uno dei passaggi cardine. Mai come oggi è fondamentale dimostrare la validità di quanto si propone e, tornando al documento del PGEU, la sua costo-efficacia. E una volta avviata la sperimentazione, lo ripeto, non saranno ammesse scorciatoie: sarà necessario il massimo impegno, la massima apertura alla collaborazione con le strutture sanitarie e con gli altri professionisti, premesso che nel gruppo di lavoro saremo

attenti a costruire uno schema in cui siano ben chiari i limiti delle competenze di tutti e sia stabilita una corretta comunicazione tra tutte le figure impegnate nel processo di cura.

E' un passaggio cruciale, nel quale sarà confermata la necessità di standardizzare, di fissare requisiti di qualità delle prestazioni e dei servizi che andremo a offrire, ed è anche possibile che si giunga a forme di accreditamento. Del resto in Gran Bretagna è da molti anni che i servizi resi dalle farmacie sono suddivisi in essenziali, avanzati (come l'MUR) e commissionati dalle autorità locali (come lo screening e il trattamento della infezioni da clamidia) e sono molti anni che per i servizi diversi da quelli essenziali le farmacie devono ottenere un accreditamento, basato anche sulla struttura della farmacia ma soprattutto sulle competenze professionali acquisite attraverso percorsi formativi riconosciuti. Qualità e standardizzazione sono le premesse non soltanto per erogare prestazioni efficaci, ma per far sì che la rete delle farmacie offra in tutto il paese la stessa affidabilità. Mi piace fare un esempio concreto: quando un paziente porterà al medico il risultato della misurazione di una glicemia, o della pressione arteriosa, non dovrà essere il dato della farmacia Rossi, ma il dato della farmacia italiana. E a maggior ragione questo dovrà valere per i servizi cognitivi: per il supporto dell'aderenza alla terapia, per la riconciliazione farmacologica e gli altri che rientrano nella pharmaceutical care.

Non sono ammesse scorciatoie anche per un altro aspetto: la contendibilità delle nostre prestazioni professionali.

Quanto più una prestazione è completa e complessa, nel senso positivo del termine, tanto più resta patrimonio del professionista del farmaco. Tutte le professioni stanno attraversando, sulla spinta della crisi economica ma anche dell'evoluzione tecnologica, una sorta di rimescolamento delle competenze e delle funzioni. Non dobbiamo contribuire a questo gioco perverso sminuendo noi stessi il nostro operato.

E tra le complessità della nostra professione che dobbiamo tutelare c'è il rapporto con il cittadino, la comunicazione costante, la capacità di ascoltare e di essere empatici. Voglio essere molto esplicito: dobbiamo coltivare questo rapporto, renderlo sempre più stretto, perché è su questo terreno che nessun competitor come Amazon potrà mai farci concorrenza.

In prospettiva sono possibili sviluppi che vanno anche oltre il dettato dei decreti applicativi della Legge sulla farmacia dei servizi. Dimostrare di saper operare per la qualità è la chiave anche per ottenere altri risultati, come la dispensazione sul territorio dei farmaci innovativi. Ma ci sono anche altri aspetti, per esempio il capitolo delle vaccinazioni e della prescrizione sulla base di protocolli condivisi.

Avevamo introdotto il tema della vaccinazione in farmacia, non da parte del farmacista, in occasione della reintroduzione dell'obbligo, mettendoci a disposizione per sopperire alla prevedibile congestione dei centri vaccinali. Ipotesi che è stata respinta, ma soprattutto fraintesa con esiti a volte anche comici – noi non volevamo vendere vaccini contro l'epatite B o la febbre gialla e nemmeno contro il morbillo. Puntualmente i disservizi si sono presentati in diverse aree del paese. Ma fare della farmacia un punto di informazione sulle vaccinazioni e, entro un quadro ben definito, di erogazione non è una pratica d'emergenza, ma una modalità riconosciuta per aumentare le coperture. Dal 1983, per esempio, in Argentina è stata autorizzata l'inoculazione da parte del farmacista di buona parte delle immunizzazioni previste dal piano nazionale: epatite B, Haemophilus influenzae e il trivalente difterite/tetano/pertosse per citarne alcune. Come riportato da un rapporto della FIP, la Federazione Farmaceutica Internazionale, complessivamente sono 20 i paesi che prevedono la possibilità di ottenere in farmacia almeno una vaccinazione, e sono 13 quelli in cui è lo stesso farmacista, opportunamente formato, a praticarla. Qualcuno, sbagliando, potrebbe pensare che l'Argentina sia un paese lontano dal nostro per organizzazione sanitaria, ma tra questi paesi rientrano, dal 1994, gli Stati Uniti, dove l'attività delle farmacie ha condotto in 10 anni a più che raddoppiare la copertura tra i giovani adulti. In Europa contiamo Danimarca, Irlanda, Portogallo, Svizzera e Gran Bretagna, mentre in Olanda è possibile recarsi in farmacia ma la vaccinazione viene praticata da un altro professionista sanitario abilitato. In tutti questi paesi può essere praticato il vaccino antinfluenzale - che è la base: in Portogallo oltre il 40% di queste vaccinazioni è praticato nelle farmacie – mentre l'Irlanda prevede anche l'antipneumococcica e quella contro l'Herpes zoster tra i maggiorenni; anche la Svizzera prevede altre immunizzazioni come quella per l'epatite A. A questi paesi si è aggiunta ora la Francia, paese per molti aspetti più simile al nostro, che ha introdotto stabilmente, a partire dalla prossima campagna, la vaccinazione antinfluenzale in farmacia dopo una sperimentazione biennale che ha coinvolto complessivamente in quattro Regioni. Ritengo che il percorso seguito Oltralpe possa essere un approccio corretto anche in Italia. Né si può trascurare, una possibile evoluzione, come quella del farmacista quale supplementary prescriber, cioè il professionista che, dopo un corso universitario ad hoc, prescrive direttamente i farmaci previsti all'interno di un piano di gestione clinica concordato con il paziente e il medico. E' una pratica introdotta nei primi anni 2000 nel Regno Unito e di cui si sta discutendo anche in Francia. Ma tutte queste ipotesi, indipendentemente che siano più o meno realizzabili nel medio termine, non prescindono dalla formazione, dalla certificazione, dalla preparazione di linee guida e dal controllo della qualità del servizio reso. Lo dico molto chiaramente: si farà fatica, perché oggi, per

usare una metafora cara a Ronald Regan, “non ci sono pasti gratis” e dimostrare il valore di quanto si fa è indispensabile per ottenere un riconoscimento.

E anche una volta ottenute eventuali abilitazioni resta la necessità di continuare ad aggiornarsi, di mantenersi al passo con i tempi. E qui entriamo in un tema, quello dell’ECM, che è stato trattato questa mattina. Dal lato dell’offerta formativa, la Federazione ha fatto tutto il possibile non solo per agevolare l’assolvimento degli obblighi formativi, ma anche per cambiare la filosofia dell’aggiornamento. Non si tratta di raccogliere punti in modo indiscriminato, ma di compiere un percorso al termine del quale si hanno più conoscenze e si è migliorata la propria professionalità in un mondo – quello delle scienze mediche e del farmaco – che si evolve con una rapidità sconvolgente. E infatti abbiamo ottenuto, con l’istituzione del Dossier formativo, di poter ridurre il numero di crediti necessario proprio perché seguire il dossier significa aumentare realmente le proprie competenze in aree rilevanti in funzione delle esigenze della collettività e del servizio sanitario. Come è stato illustrato stamattina, però, se l’offerta è adeguata alle linee che ho esposto, la partecipazione effettiva resta ancora insufficiente e questo non è accettabile. Chiedo a tutti voi di moltiplicare gli sforzi per ottenere il massimo coinvolgimento possibile degli iscritti, anche in considerazione del fatto che il non raggiungimento degli obiettivi formativi è un’infrazione al codice deontologico. Ricordo che da quest’anno, con l’entrata in vigore del Manuale sulla formazione continua”, ogni singolo professionista sanitario sarà personalmente coinvolto e responsabile della gestione del proprio percorso formativo, compresi esoneri ed esenzioni. E’ stato un passaggio impegnativo per la cui gestione va un ringraziamento a Giovanni Zorgno.

E’ fondamentale, dunque, che in ogni provincia si faccia un’opera costante di informazione e, direi, di persuasione degli iscritti, mettendo in luce che oltre alle finalità professionali dell’ECM, vi è anche un aspetto più che concreto: alcune compagnie assicurative, subordinano la copertura della polizza di responsabilità professionale all’assolvimento dell’obbligo formativo. Tra l’altro, come avete letto nella nostra circolare abbiamo dato un ulteriore impulso all’autoformazione.

C’è un altro aspetto che negli ultimi tempi sembra essere uscito dalla consapevolezza del farmacista, ed è la farmacovigilanza. E’ un’attività fondamentale per tutti professionisti sanitari, ovviamente, ma ritengo che in modo particolare noi farmacisti, gli specialisti del farmaco, dobbiamo mettere la farmacovigilanza tra le priorità della pratica professionale come sottolineato anche dall’OMS nel suo documento che sistematizzava il ruolo del farmacista nei servizi sanitari. Ancora oggi, però, se si esaminano le segnalazioni di ADR da gennaio 2014 a marzo 2017, il 67% viene da medici e solo il

16% da farmacisti, e gli infermieri contano per il 7%. Un dato che va pesato tenendo presente che la gran parte dei farmacisti segnalatori sono ospedalieri. C'era stata una parziale inversione della tendenza quando l'Ordine di Milano e la Federazione misero a punto il sistema di compilazione online della scheda di segnalazione ma in seguito la tendenza non si è confermata. Oggi il nostro esperimento è stato ripreso a livello nazionale, con il sito Vigifarmaco: a questo punto credo che sia nostro dovere avviare una campagna per la segnalazione attraverso questo strumento. Comprendo che ci sono molte difficoltà pratiche, come la pressione in aumento sui colleghi che lavorano al banco, la difficoltà di ritagliare un momento di tranquillità per procedere alla compilazione. Temo però che ci sia anche una sottovalutazione della farmacovigilanza dovuta in parte al fatto che nella farmacia di comunità finora transitano molecole ben conosciute, di cui magari si pensa siano già ben note le principali ADR, ma non è corretto pensare che per questo le segnalazioni sono inutili. Anche le lesioni del tendine di Achille causate dai fluorochinoloni sono un evento avverso noto di un farmaco da tempo sul mercato. Eppure è grazie alle segnalazioni e agli studi di fase IV che si è appurato che di questi farmaci si faceva un uso eccessivo o improprio, così da far prevalere il rischio sul beneficio. E faccio presente che, come ci è stato ricordato anche in un recente corso organizzato dalla Regione Lombardia, dimostrare di essere attenti e proattivi su questo aspetto della sicurezza del medicinale è una condizione necessaria al rientro degli innovativi nella farmacia di comunità. Si può cercare di rendere più agevole la segnalazione prevedendo l'incorporazione di Vigifarmaco nei software gestionali o con altre modalità da studiare, ma è necessario recuperare terreno. Da parte nostra abbiamo contattato AIFA e Centro Regionale di Farmacovigilanza del Veneto, che ha sviluppato il software e cui spetta l'elaborazione statistica, per capire se non sia possibile ottenere i dati relativi alle segnalazioni dei farmacisti, così da poter coinvolgere i colleghi e meglio mirare la formazione su questo aspetto. Allo stesso tempo, esorto tutti a considerare anche l'esistenza di Vigierbe, il sistema gemello che raccoglie le segnalazioni di inconvenienti successivi all'assunzione di integratori, vitamine, probiotici, prodotti erboristici, tisane, medicinali omeopatici, preparazioni galeniche e/o magistrali, preparati delle medicine tradizionali. Siccome da sempre le indagini di mercato relative a questi prodotti segnalano che la farmacia è di gran lunga il principale canale di distribuzione, dobbiamo dimostrare di essere in grado di gestirli con gli stessi standard con cui dispensiamo il farmaco.

Concludo questo passaggio sulla farmacia dei servizi sottolineando l'importanza di un'iniziativa, che suona tanto come un importante riconoscimento di ciò che abbiamo realizzato finora quanto come un ulteriore stimolo a proseguire sulla strada che stiamo percorrendo. Come illustrato questa

mattina dal Generale di Divisione Vito Ferrara, Direttore di Sanità dell'Arma dei Carabinieri, la Società Italiana di Cardiologia, Federfarma e la Federazione hanno stretto con l'Arma un accordo, al quale hanno manifestato interesse ad aderire anche Assofarm e Farmacie Unite, che permetterà a tutti i militari di recarsi presso le farmacie per la rilevazione dei valori di colesterolemia totale, glicemia e pressione arteriosa, così da procedere al calcolo del rischio cardiovascolare.

Lo stesso 21 marzo in cui si insediava il Gruppo di lavoro sulla farmacia dei servizi si è tenuta, sempre al Ministero della salute, la riunione di insediamento del Tavolo di confronto permanente con le professioni sanitarie, che ha lo scopo di intensificare la collaborazione con i professionisti del Servizio sanitario e con le loro rappresentanze. Questo tavolo è un primo risultato concreto dell'assemblea congiunta di tutte le professioni sanitarie che si è svolta il 23 febbraio al Teatro Argentina di Roma. Come ricorderete, questa assemblea, la prima mai tenuta da quando esiste il Servizio Sanitario Nazionale, è stata indetta ponendo al centro il tema delle disuguaglianze di accesso alle prestazioni nel nostro paese che, dati alla mano, rischia di costruire un'assistenza sanitaria a diverse velocità. Questo non significa, lo abbiamo anche fatto presente nel corso della manifestazione, penalizzare la sperimentazione di modelli organizzativi differenti, anche allo scopo di generalizzare esperienze positive. Quello che però chiedono tutti i professionisti della salute -siamo più di un milione e mezzo - è che le decisioni sulla governance che si impongono, vengano elaborate e discusse coinvolgendoci. Come riportato nella dichiarazione congiunta, siamo i portatori di un bagaglio enorme di competenze, che possono e devono essere spese anche sul versante organizzativo, sulle priorità, sui processi decisionali. Siamo noi che concretamente realizziamo il processo di cura, ci confrontiamo con i cittadini e non si può più prescindere dalla nostra competenza, e dalla nostra esperienza, se si ha realmente a cuore una sostenibilità del Servizio sanitario che garantisca anche una concreta tutela dei cittadini. Il tavolo permanente dovrà infatti affrontare anche tematiche oggetto del Patto della Salute: le risorse, la revisione dei ticket, la riorganizzazione della assistenza territoriale, i fabbisogni di personale, l'interconnessione informatica, l'edilizia sanitaria, il ruolo delle professioni sanitarie. Ma deve affrontare alcuni nodi importanti anche per la vita professionale, a cominciare dai decreti applicativi della Legge di riforma degli Ordini che ancora mancano all'appello. Questioni come la revisione del procedimento disciplinare e

delle funzioni della CCEPS, la qualifica degli Ordini stessi come enti sussidiari dello Stato richiedono un significativo approfondimento. E accanto a questi temi c'è quello delle forme di avvalimento tra gli Ordini Provinciali che è stato affrontato questa mattina sul piano tecnico. Non intendo ritornare sui dettagli, ma ribadire che questo strumento è fondamentale per due aspetti. Il primo è fare fronte all'aumento degli obblighi e delle funzioni amministrative dovuti a provvedimenti come il nuovo Regolamento europeo per la tutela della privacy, il Codice degli appalti, gli adempimenti previsti dall'Agenda digitale, a cominciare dalla dematerializzazione degli archivi e le altre novità che abbiamo più volte richiamato. Ma non si tratta di rispondere solamente a quella che possiamo definire una vera e propria emergenza. Riunire le forze, mantenendo l'autonomia politica degli enti, consente di offrire agli iscritti un ventaglio più ampio di servizi come la consulenza legale o previdenziale, o la formazione. Questa è anche l'unica possibilità di svolgere quelle funzioni che ci permetterebbero di monitorare realmente quanto accade all'interno della professione e al comparto farmaceutico: parlo della disoccupazione, del livello di formazione, anche dell'evoluzione della struttura della distribuzione, dal momento che la stessa Legge sulla concorrenza affida a Ordini e Federazione la tenuta dell'albo delle società che possiedono farmacie.

Come vi ho illustrato nello scorso Consiglio Nazionale, avevamo immediatamente proposto al Ministero, come prevede la Legge di Riforma, uno schema di associazione, quello costruito dalla Federazione per i servizi degli Ordini della Lombardia, Brescia, Como, Lecco e Milano-Lodi-Monza Brianza e sollecitando più volte una risposta. Finalmente, il 14 marzo, dal Ministero è giunta una risposta positiva, per la precisione che "non vi sono osservazioni in merito".

Vi ricordo, infine, che, dopo la costituzione dell'aggregazione, gli Ordini aderenti dovranno darne comunicazione alla Federazione, la quale provvederà a informare il Ministero della salute. Come sempre gli Uffici federali sono pronti a fornire la massima assistenza. Al termine di questo complesso iter, è doveroso un ringraziamento al dottor Carlo Salis, Segretario dell'Ordine di Milano, cui si deve la realizzazione concreta di questo progetto.

Con l'assemblea del 23 febbraio e con l'istituzione del Tavolo permanente, però, ci auguriamo si apra una stagione in cui la collaborazione tra professionisti faccia realmente un passo avanti, perché è una condizione indispensabile per il progetto di una nuova sanità centrata sul territorio. Per fare un esempio concreto, la richiesta della FIMMG di allargare la prescrivibilità dei nuovi ipoglicemizzanti al medico di famiglia è centrale anche dal punto di vista del farmacista di comunità, e non a caso siamo intervenuti pubblicamente in appoggio alla loro richiesta. Anche la realizzazione del corso ECM sulla Ricetta veterinaria elettronica in collaborazione con la FNOVI costituisce un esempio di come già oggi, e ancora di più in futuro, dobbiamo agire sui temi trasversali della pratica professionale.

Passo ora ad affrontare un tema che purtroppo è una presenza costante nei discorsi sulla professione, e cioè i livelli occupazionali. La situazione economica delle farmacie non accenna a migliorare, è evidente se non altro dagli annunci di fallimenti che continuano a giungerci. Lo scorso 2 aprile è cominciato il processo discussione del fabbisogno delle diverse professionalità sanitarie in seno al Ministero della Salute. Le stime di quest'anno riportano un numero di farmacisti attivi pari a 68.648 ma con un numero di attivabili, cioè che non lavorano ma potrebbero farlo, pari a 7.703. Quanto agli occupati, si concentrano nelle classi tra il 1976 e il 1985, restituendo – come abbiamo sempre sostenuto – il ritratto di una professione relativamente giovane nella quale è arduo prevedere un forte turn-over per i prossimi anni. Ciononostante le Regioni e le Province autonome hanno stimato un fabbisogno per l'anno 2019-2020 pari a 1281 farmacisti. La nostra stima, provocatoriamente, è stata invece, come proposto per lo scorso anno, pari a zero, quando di fronte a un dato delle Regioni pari a più di 800 il Ministero concluse salomonicamente per 448. In realtà esce confermato il quadro di una professione in cui la domanda è destinata a restare costante a fronte di un numero di laureati superiore alla richiesta: anche se le fonti non concordano si stima che ogni anno siano circa 5000, e oltre 4000 si iscrivono all'Ordine. Sono dieci volte il fabbisogno programmato per il 2018-2019. Come è stato chiaramente illustrato dal vicepresidente Luigi D'Ambrosio Lettieri, che colgo l'occasione di ringraziare, intervenendo per la Federazione nell'audizione alla Commissione Cultura della Camera, se non si interviene immediatamente nell'arco di un ventennio vi saranno circa 50.000 farmacisti disoccupati che andranno ad aggiungersi agli attuali. La Federazione ha ribadito

che prima di qualsiasi altro intervento si deve ancorare la programmazione degli accessi al fabbisogno reale di farmacisti. Vanno rivisti anche i criteri di selezione all'ingresso, oggi affidata a quiz generici non idonei a stabilire le reali capacità dello studente in relazione al corso di studi e, in prospettiva, a ricoprire il ruolo professionale corrispondente. Occorre una selezione meritocratica durante il corso di studi, non uno sbarramento all'ingresso: tutti devono potersi presentare al nastro di partenza e, in caso di difficoltà, poter imboccare un'altra strada. La proposta federale per i corsi di laurea in Farmacia e CTF prevede l'iscrizione diretta al corso universitario prescelto e, al termine del primo anno di studi, una selezione per l'iscrizione al secondo; chi non supera la selezione potrà comunque richiedere l'iscrizione a un altro corso di studi. Ma è evidente che questa è una soluzione realizzabile con tempi non compatibili con la gravità della situazione, quindi abbiamo richiesto in audizione l'introduzione transitoria del numero programmato a livello nazionale.

E accanto alla questione dell'accesso va anche affrontata quella di una rivisitazione periodica del piano di studi, che deve potersi adattare all'evoluzione di conoscenze scientifiche e mercato del lavoro. La Federazione sta inoltre riflettendo se sia utile mantenere due distinti corsi di laurea – Farmacia e CTF – o non sia opportuno ammodernare i due curricula universitari all'interno di un unico corso di laurea magistrale. Infine abbiamo sottolineato, ancora una volta, la necessità di adeguare il numero dei posti di specializzazione in farmacia ospedaliera alle effettive esigenze ad oggi non soddisfatte e di contrattualizzare i nostri specializzandi come previsto per quelli dell'area medica. Una questione che non intendiamo certo lasciar cadere. Anche l'Esame di Stato richiede una riforma che potrebbe anche favorire ampliamento del corso di studi nella direzione delle nuove esigenze della pratica professionale, e di questo si sta occupando uno specifico gruppo di lavoro federale.

Continua l'attività di Farma Lavoro, con numeri costantemente in crescita: l'ultimo rilevamento segnala circa 949.000 utenti unici, 2.756.000 sessioni e 14,5 milioni di pagine viste, un totale di 23.450 iscritti con 9.704 inserzioni di ricerca di collaboratori pubblicate. Le inserzioni archiviate, cioè giunte a buon fine, sono state 3445; in 800 casi gli inserzionisti, farmacie, parafarmacie e aziende, hanno dichiarato di avere individuato il candidato attraverso la nostra piattaforma, e ricordo che l'inserzionista non è tenuto a questa comunicazione. Tuttavia, anche da esperienze personali, ho avuto modo di rendermi conto

che sono ancora molti i colleghi, in particolare proprio i giovani in cerca del primo impiego, che non sono al corrente di questa opportunità. Invito tutti voi a sviluppare la massima informazione su Farma Lavoro, per esempio facendo del link alla piattaforma un elemento standard dei siti degli Ordini.

L'accento a Farma Lavoro introduce l'argomento della Fondazione Cannavò, nata per valorizzare e tutelare la figura del Farmacista e promuovere il costante aggiornamento, tecnico, scientifico e culturale, tra le cui iniziative rientrano appunto sia la piattaforma Farma Lavoro sia il nostro Congresso Nazionale FarmacistaPiù, la cui prossima edizione si terrà il 4 e 5 ottobre a Milano. Come sapete, alla presidenza della Fondazione siede ora Luigi D'Ambrosio Lettieri, che succede a Enrica Bianchi, e quindi colgo l'occasione per rinnovare qui i ringraziamenti a Enrica per tutto il lavoro svolto finora e i miei auguri a Luigi per il lavoro che lo attende. La Fondazione ha nella sua mission obiettivi strategici per l'evoluzione della professione: l'aspetto della formazione continua, certamente centrale, ma anche l'elaborazione di nuovi progetti, il monitoraggio delle nuove tendenze che emergono nella scienza medica e nell'organizzazione dei sistemi sanitari, come emerso dalla prima riunione del Comitato scientifico. Ma sarà Luigi D'Ambrosio Lettieri a entrare nel dettaglio di questa nuova fase.

E nel segno di un scambio sempre più intenso e di una collaborazione sempre più stretta con tutte le componenti della professione si iscrive anche la partecipazione della FOFI alla Farma Academy della Fenagifar, alla cui presidenza è stato eletto Maurizio Pace. Farma Academy ha come scopo la formazione delle nuove leve così da creare un raccordo tra il percorso di studi e la formazione alla pratica professionale concreta. Un altro aspetto strategico perché i giovani sono il nostro futuro. Anche in questo caso non vado oltre nel dettaglio che sarà illustrato da Maurizio Pace.

E a proposito di iniziative della Federazione, non possiamo dimenticare i 10 anni dell'Associazione farmacisti volontari per la Protezione civile che, come hanno ricordato i giornali, è nata l'indomani del terribile sisma dell'Aquila, e da allora si è guadagnata il riconoscimento dei colleghi e delle popolazioni colpite dalle purtroppo numerose sciagure che hanno colpito il nostro paese, così come la stima e la considerazione della stessa

Protezione Civile, di cui oggi costituiscono uno dei pilastri del volontariato. Un riconoscimento che va alla capacità organizzativa e alla competenza, ma anche all'abnegazione dei nostri volontari tutti: persone che si sono dimostrate pronte a lasciare il lavoro e la famiglia per accorrere là dove c'era bisogno. A tutti loro, a cominciare dalla presidente Enrica Bianchi, va il nostro grazie per avere dimostrato al massimo grado il forte spirito di solidarietà che è patrimonio della nostra professione. E a questo proposito vi comunico che lo scorso 3 maggio è stata inaugurata la farmacia didattica dell'Università di Camerino, una struttura d'avanguardia che, come ricorderete, è stata realizzata grazie ai fondi che abbiamo raccolto dopo il terribile sisma del 2016. E' stata una cerimonia toccante anche e soprattutto per la grande voglia di ricostruire e la proiezione verso il futuro che quella terra sta dimostrando. Non posso che ringraziare chi ha contribuito con generosità anche in questa occasione e, per la loro opera instancabile, i presidenti delle Marche: Piero Maria Calcatelli, Luciano Diomedi, Ido Benigni e Romeo Salvi.

Siamo in una fase cruciale del nostro percorso, come ho detto aprendo questo Consiglio Nazionale. Non soltanto le nostre proposte sono ora parte integrante dei progetti di ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale, ma la rappresentanza della professione è presente in tutti i tavoli importanti, da quello dedicato al Piano nazionale della cronicità alla Cabina di regia per l'implementazione del Fascicolo sanitario elettronico e altri ancora. E a questo proposito ringrazio Luigi D'Ambrosio Lettieri, Maurizio Pace, il Tesoriere Mario Giaccone. Ma non si può dimenticare il grande apporto di tutti componenti, indistintamente vecchi e nuovi, del Comitato Centrale e i Presidenti che si sono spesi per rappresentare la Federazione in queste istanze. Abbiamo fatto un grande gioco di squadra. E ringrazio qui il Direttore Generale Antonio Mastroianni e gli Uffici federali per il loro instancabile supporto. Come accennavo prima, siamo riusciti anche in un altro obiettivo – la massima collaborazione tra tutte le componenti professionali – che riteniamo fondamentale per mantenere il processo di evoluzione del ruolo del farmacista che è il nostro obiettivo. Anche la presenza della Federazione nella trattativa per il rinnovo della Convenzione, per gli aspetti professionali, è il segno di una rinnovata e più profonda collaborazione.

Però, restano sul tappeto problemi che devono necessariamente essere risolti perché costituiscono un ostacolo al dispiegarsi di un reale rinnovamento. Il primo è la questione delle parafarmacie: occorre trovare una soluzione che chiuda con la stagione delle liberalizzazioni improprie e delle riforme fatte in nome del servizio al cittadino, ma in realtà avendo ben presenti gli interessi di altri attori economici, ma nello stesso tempo risolva le oggettive difficoltà dei colleghi che hanno creduto alla parafarmacia – questo istituto che non ha eguali al mondo – come a una possibile soluzione. Come sapete, abbiamo avviato un Tavolo con i rappresentanti dei titolari di parafarmacia, nel quale è stata successivamente coinvolta anche Federfarma, per trovare una via di uscita che tuteli i colleghi titolari di sola parafarmacia impedendo nel contempo che proceda lo scardinamento del servizio farmaceutico, che proprio nella legge 405 sulla distribuzione ausiliaria e successivamente nelle liberalizzazioni del 2006 ha le sue origini. E' evidente che la ricerca di un compromesso non è semplice, ma è altrettanto evidente che un'ulteriore riduzione del perimetro delle attività esclusive delle farmacie non può che costituire un formidabile regalo a soggetti economici estranei alla professione. Questa è la linea elaborata dal Comitato Centrale, approvata dal Consiglio Nazionale, che è stata alla base del lavoro del tavolo e va affermata con coerenza sul territorio.

Vengo alla seconda questione ancora aperta: l'ingresso dei capitali nella proprietà della farmacia. Credo che solo con una buona dose di malafede si possa sostenere che la Federazione non si sia opposta alle norme della Legge Concorrenza. Abbiamo fatto tutto quanto era possibile per impedire che l'apertura ai capitali si traducesse in un'autostrada per la concentrazione in mano a pochi grandi gruppi di una rete di presidi fondamentale per il Servizio sanitario. Anzi, possiamo rivendicare con orgoglio di essere stati tanto efficaci da indurre persino i relatori della Legge al Senato a dichiarare pubblicamente l'inadeguatezza dei limiti previsti: quel tetto del 20% delle farmacie a livello regionale che di fatto è il via libera alla creazione di un oligopolio. Il capitolo, però, non è chiuso, ma è chiaro a tutti che la partita si gioca con antagonisti di considerevole peso economico, il che spiega come sia stato sistematicamente respinto ogni tentativo di introdurre correttivi in diversi provvedimenti. Ma è altrettanto evidente che nella politica, trasversalmente, c'è una forte consapevolezza della pericolosità di questa strada, e lo prova la presentazione del DdL

dell'Onorevole Giorgio Trizzino, che non a caso è medico e vanta una carriera di dirigente sanitario, che prevede che le società proprietarie di farmacie vedano la maggioranza del capitale in mano alla componente professionale. Non sarà una battaglia facile, e con tutta probabilità i veri protagonisti non sono ancora scesi in campo: attualmente le acquisizioni sono condotte da gruppi finanziari, non tanto da società intenzionate – verosimilmente – alla gestione diretta delle farmacie. Questa dilatazione dei tempi, peraltro, può essere un vantaggio per le aggregazioni di professionisti, come lo stesso progetto Farmacia Italia e quelli messi in campo dalle cooperative di farmacisti, in quanto le cosiddette catene virtuali hanno un ritmo di crescita e una duttilità superiori rispetto alle catene di farmacie di proprietà. Quello che è certo è che noi saremo sempre in prima linea per difendere il nostro modello della farmacia retta da professionisti che, al di là della ragione sociale, siano sempre liberi di operare in scienza e coscienza per la salute della collettività.

Questa fase delicatissima richiede un impegno sempre maggiore di tutta la rappresentanza professionale a tutti i livelli: credo che la Federazione, con passione e tenacia, abbia messo a disposizione degli Ordini quanto serve per essere protagonisti nei territori e continueremo a farlo, come abbiamo fatto con la sessione di questa mattina. Ma spetta a tutti noi come Presidenti di Ordine informare, guidare e soprattutto coinvolgere i nostri iscritti, rispondere alle loro domande, indicare le soluzioni, offrire supporto e le competenze necessarie.

Anche questo è un compito sempre più difficile, ma le tante iniziative organizzate dagli Ordini cui ho preso parte in questi mesi, la partecipazione che ho potuto toccare con mano, mi fanno dire che siamo sulla strada giusta. Dobbiamo continuare, tutti insieme, raddoppiando gli sforzi, perché non esiste un “piano b” esiste solo quel “piano” della professione che abbiamo presentato a Palazzo Marini nel 2006, e che ora siamo sul punto di vedere concretizzato.