



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

Relazione del Presidente

19 ottobre 2015
Ore 10.30

Auditorium dell'UNICEF
Via Palestro, 68
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 - posta@fofi.it – sito: www.fofi.it

Sembra impossibile dare inizio a un Consiglio nazionale senza Giacomo Leopardi, il Presidente Leopardi. E' difficile anche soltanto pensare che non sarà più fisicamente qui. Ognuno di noi ha senz'altro un ricordo intimo e personale del presidente, tanto grandi erano la sua capacità di ascolto, la sua disponibilità, il suo interesse per tutti i colleghi. Ma non erano certo inferiori la sua intelligenza, la sua capacità di cogliere il quadro generale e di ricondurlo a una sintesi, a volte magari affidata a una sentenza ironica, la sua capacità di mediare senza scendere a compromessi deteriori, di essere fermo ma mai prepotente, autorevole ma non autoritario. Si potrebbe continuare a lungo a descrivere la sua personalità, e ancora sempre sfuggirebbe qualcosa, e ognuno di noi potrebbe aggiungere un elemento, un dettaglio, un aneddoto preso da quel suo ricordo personale, dal suo personale presidente. Tutti noi dobbiamo molto a Giacomo Leopardi che è stato e sarà sempre con noi.

Non come un'icona, ruolo che avrebbe rifiutato, e neppure come un "padre nobile" ma come il collega, uno di noi farmacisti, uno che ha saputo indicare una via.

Questa è anche la prima occasione per salutare e ringraziare i componenti del Comitato Centrale che hanno passato la mano dopo aver dato nel tempo il loro preziosissimo contributo: Felice Ribaldone, Graziano Santoro e Alberto Schiaretti. E ovviamente è anche l'occasione per dare il benvenuto ai nuovi componenti del Comitato Centrale: Andrea Carmagnini, Vitaliano Corapi, Giovanni Zorgno, ai quali auguro buon lavoro. Un grazie particolare a Luigi e Maurizio che per un altro mandato saranno al mio fianco, mentre saluto e ringrazio con un abbraccio Franco Cantagalli, che lascia l'incarico di tesoriere, benvenuto in questo ruolo a Mario Giaccone cui facciamo i nostri auguri.

La sanità italiana continua a presentare uno scenario caratterizzato da un costante sottofinanziamento che, come osservato anche da commentatori di diversi orientamenti in politica economica, viene pudicamente nascosto nella forma del mancato adeguamento. Come ha sperimentato ogni singolo settore del Servizio sanitario, mancati adeguamenti corrispondono a un taglio dello stanziamento: già basterebbe l'invecchiamento della popolazione a determinare una crescita annuale della spesa, a cominciare da quella della farmaceutica territoriale. Se questo non accade è semplicemente perché si ignora l'aumento del fabbisogno, scaricando la maggiore spesa sui fornitori di prestazioni, farmaci, beni e servizi. Del resto, sono ormai anni che la spesa sanitaria è in contrazione in termini di percentuale sul PIL e complessivamente ferma in termini assoluti, mentre per alcuni capitoli di spesa come la farmaceutica territoriale è in calo. Del resto lo stesso Governo, nella nota di aggiornamento del DEF ha reso manifesta questa tendenza.

Nel documento, infatti si prevede una spesa in aumento dai circa 110 miliardi del 2015 ai circa 120 del 2020, ma con una discesa in rapporto al PIL – che si prevede invece in aumento - dal 6,8 % al 6,5%.

E come avrete letto, l'aumento per il prossimo anno è già stato ridimensionato a 111,8 miliardi. Il Fondo sanitario previsto per il 2016 sarebbe dovuto crescere di 3,3 miliardi secondo la nota al DEF, ma evidentemente la Legge di stabilità ha preso un'altra strada. E anche questi tagli, come si diceva, sono stati apportati senza porre mano efficacemente ai meccanismi che determinano una maggiore spesa: dall'inappropriatezza alle duplicazioni di strutture, dalla medicina difensiva alla corruzione.

Invariabilmente, ogni qual volta si affronta questo nodo vengono riproposti i temi della spending review e dei costi standard, che però rischiano di diventare un feticcio, visto che concretamente non si vede nemmeno quali siano le linee di indirizzo dell'applicazione della spending review in campo sanitario.

Il recente decreto del Ministero della Salute che "taglia" 208 prestazioni diagnostiche non andava in questa direzione, anche a detta dei rappresentanti dei medici, visto che interpreta l'appropriatezza soltanto in termini di accesso alle prestazioni e non sulla base di evidenze scientifiche. Il Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva ha fatto presente a questo riguardo che in realtà, in Italia, cresce ogni anno il numero delle persone che rinuncia a ottenere una prestazione o per la lunghezza delle liste di attesa o per il peso del ticket. Secondo l'Istat era il 9% nel 2013 ed è salito al 9,5% nel 2014. Non c'è bisogno di tagli, anche qui, ma di elaborare protocolli diagnostico-terapeutici basati sull'evidenza, di formare e aumentare il personale. Quando si parla di spending review in sanità non si tratta soltanto di quantificare un risparmio immediato, ma di gettare le basi per affrontare il futuro dell'assistenza.

Nel caso dell'assistenza farmaceutica, per esempio, la questione dei farmaci innovativi non si limita certo ai nuovi antivirali per il trattamento dell'epatite C cronica. All'orizzonte si prospettano anticorpi monoclonali per il trattamento dell'ipercolesterolemia e farmaci biotecnologici per la terapia dell'Alzheimer, tutte condizioni che per la loro prevalenza nella popolazione generale costituiscono un capitolo di spesa ben più rilevante di quello dell'epatite C. Ma anche senza attendere le innovazioni prossime venture, già oggi ci sono questioni di cui poco si parla ma sono fondamentali, per esempio i nuovi ipoglicemizzanti che hanno mostrato di ridurre significativamente le complicanze del diabete e gli effetti collaterali dei trattamenti tradizionali, ma che per ragioni di costo restano confinati alla dispensazione diretta e alla prescrizione ospedaliera. Così si riduce l'esborso immediato

ma si limitano molto gli effetti positivi, anche dal punto di vista economico, di queste innovazioni. In altre parole, la politica dei tagli lineari conduce a impoverire il servizio sanitario, ma non lo rende né più efficace né più efficiente.

E a questo proposito, merita attenzione l'ultima misura sul prontuario contenuta nel DI enti locali, che ridefinisce il prezzo di riferimento non più per singolo principio attivo ma per raggruppamenti terapeuticamente assimilabili. Soprattutto valuteremo quali effetti potrà avere un'ulteriore riduzione dei prezzi non soltanto sull'economia e la funzionalità del comparto, a cominciare da quelle della rete delle farmacie. Non mi riferisco soltanto al valore medio della ricetta SSN, ormai in calo da tempo, ma anche alle difficoltà di approvvigionamento per le singole farmacie. Ormai sono tantissimi i colleghi che lamentano le costanti difficoltà per ottenere questa o quella specialità che, quando anche non è dichiarata mancante, è comunque carente in una o più aree del paese. Divaricare ulteriormente il prezzo italiano rispetto a quello in vigore negli altri paesi europei non contribuisce certo a rendere il nostro un mercato appetibile.

Dalle indiscrezioni filtrate sui giornali sembra sia previsto anche un intervento sui meccanismi di determinazione e controllo della spesa farmaceutica. Al momento sarebbero in discussione due ipotesi differenti. La prima, proposta dall'AIFA, prevede un unico tetto per la spesa ospedaliera e quella territoriale e un meccanismo di pay-back che ripartisce al 50% tra Regioni e filiera l'eventuale sfondamento, e un "fondo innovativi" il cui sfondamento sarebbe a carico delle aziende produttrici. Le Regioni avrebbero invece una visione alquanto differente: rifiutano l'idea del fondo separato per i farmaci innovativi, vorrebbero mantenere un tetto per la spesa territoriale convenzionata e uno per la spesa ospedaliera, quella relativa alla distribuzione diretta e "per conto" e per i farmaci innovativi; il pay-back resterebbe diviso a metà tra Regioni e filiera, con previsione di tetti regionali.

In un settore che ogni anno vede contrarsi i finanziamenti, dunque, è intervenuto il disegno di legge per il mercato e la concorrenza (AC 3012) la cui discussione alla Camera ha avuto inizio il 21 settembre ed ha ultimato l'iter pochi giorni orsono. Ora il provvedimento è stato assegnato alla sola Commissione Industria del Senato e non anche alla Commissione Finanze come invece avvenuto alla Camera. L'articolo 32, quello che si occupa della distribuzione del farmaco è immutato rispetto al testo uscito dalle Commissioni, che avevano introdotto alcuni emendamenti. In sintesi si prevede l'incompatibilità tra la partecipazione alle società titolari di farmacia (società di persone, anche quelle già costituite ai sensi della L. 362/1991, e società di capitali) e l'esercizio

della professione medica e si stabilisce, in allineamento a quanto disponeva l'articolo 8 della Legge 362/1991, l'incompatibilità tra la qualità di socio e le attività svolte nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia e qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato.

E' stata però eliminata l'incompatibilità tra la partecipazione alle società e l'attività svolta nel settore dell'intermediazione del farmaco, cioè la distribuzione intermedia.

Un altro emendamento stabilisce che, come avviene per le società di persone costituite ai sensi della L. 362/1991, "al fine di garantire la trasparenza della composizione della compagine sociale delle società titolari di farmacia, è stato previsto che lo statuto e ogni successiva variazione siano comunicate, entro 60 giorni, alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti italiani, nonché all'assessore alla sanità della competente regione o provincia autonoma, all'Ordine provinciale dei farmacisti e all'unità sanitaria locale competente per territorio".

Vi sono poi altre due novità non direttamente collegate alla titolarità della farmacia. La prima, che va a modificare l'articolo 2 della L. 475/1968, è la previsione che nei comuni fino a 6.600 abitanti, le farmacie che risultano essere soprannumerarie a causa della diminuzione della popolazione residente possono trasferirsi in ambito regionale, pagando una tassa di concessione governativa *una tantum* pari a 5.000 euro. La seconda è il nuovo articolo 32 bis - "*Orari e turni delle farmacie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale*" – gli orari e i turni di apertura e di chiusura delle farmacie stabiliti dalle autorità competenti costituiscono "il livello minimo di servizio che deve essere assicurato da ciascuna farmacia; è facoltà di chi ha la titolarità o la gestione della farmacia di prestare servizio in orari e in periodi aggiuntivi rispetto a quelli obbligatori, purché ne dia preventiva comunicazione all'autorità sanitaria competente e informi la clientela mediante cartelli affissi all'esterno dell'esercizio". Non è difficile immaginare che almeno la prima di queste misure potrebbe rinfocolare il contenzioso, peraltro mai spento.

Ho detto nell'ultimo Consiglio nazionale, quando insieme abbiamo analizzato il Disegno di Legge, che lo schema originario dell'articolo 32 del DdL era scheletrico, inadeguato a disegnare in modo coerente un'autentica rivoluzione dell'assetto del servizio farmaceutico. Oggi il quadro è stato precisato almeno per quanto riguarda il capitolo delle incompatibilità, visto che rimarrebbero quelle relative all'attività nella produzione farmaceutica e alle professioni sanitarie abilitate alla prescrizione. E' venuta meno quella con l'attività di grossista ma, come avevo già detto, era un'innovazione cui ha spianato la strada anche la

Legge 248/2006, che ha concesso al titolare di farmacia la possibilità di operare anche come grossista. L'integrazione verticale sarebbe dunque possibile, così come l'integrazione orizzontale, dal momento che non sono stati previsti limiti al numero delle farmacie che può detenere un singolo soggetto.

Il modello che ne esce, quindi, è assai più vicino a quello della Gran Bretagna, o di Belgio e Olanda, che non a quelli che prevedono limiti all'integrazione, come l'Austria o l'Ungheria o a quelli che pongono dei limiti al peso del socio di capitale all'interno della compagine titolare o, ancora, prevedono come obbligatoria la presenza tra i soci della componente professionale.

Nel resto dell'Unione Europea la situazione rimane molto differenziata e quindi, malgrado quanto è stato sostenuto ancora recentemente da alcuni commentatori, si tratta di tutt'altro che di una esigenza che viene dall'Europa, che queste richieste per ora le ha fatte soltanto alla Grecia.

Un'altra questione che rimane a oggi insoluta è la possibilità che vengano a crearsi posizioni dominanti. Se in Gran Bretagna il raffronto tra farmacie indipendenti e grandi catene vede un sostanziale equilibrio numerico, la Norvegia a seguito della riforma del 2001, ha subito la concentrazione dell'85% delle farmacie nelle mani di tre società multinazionali della distribuzione intermedia e la legge, dal canto, suo prevede un tetto alla concentrazione piuttosto alto: nessun soggetto può possedere più del 40% delle farmacie norvegesi. Anche questo è un aspetto a oggi non affrontato, eppure è fondamentale soprattutto per il cittadino che a parole si dice di voler favorire attraverso le liberalizzazioni. Gli studi condotti finora segnalano che la deregulation non ha aumentato il numero delle farmacie nelle aree rurali, e che l'integrazione verticale, in particolare con società di distribuzione, apre la possibilità che il distributore tenda a privilegiare le "sue" farmacie nella fornitura dei medicinali, potendo creare situazioni di reperibilità non uniforme di questo o quel farmaco. Allo stesso modo non è dimostrato un calo della spesa farmaceutica pubblica e/o privata, in particolare per il farmaco da banco. In ultimo, si assiste a uno spostamento del focus dell'attività dal farmaco etico agli altri prodotti non farmaceutici.

E' evidente che, se resta invariata la situazione per quanto riguarda la pianta organica – o zonizzazione che dir si voglia – e la riserva alla farmacia del farmaco soggetto a prescrizione, il quadro presenta minori elementi di gravità per la rete delle farmacie convenzionate rispetto alle ipotesi che erano state avanzate inizialmente.

Del resto, era abbastanza prevedibile che, nel momento in cui si apre al capitale un settore finora chiuso, non si volesse svuotare economicamente la rete delle farmacie. Sarebbe stato un business model senza alcuna attrattiva e, quindi, un'operazione fallimentare dal punto di vista economico.

E' chiaro che per la professione si apre una fase molto impegnativa, su diversi fronti.

Il primo è quello dell'autonomia professionale che andrà tutelata con la massima attenzione, perché per la prima volta ci troviamo di fronte a una situazione in cui il farmacista può trovarsi in posizione subordinata rispetto a soggetti che non hanno obblighi deontologici. In Gran Bretagna, all'interno delle società titolari di farmacia le scelte professionali sono riservate al farmacista e la sua autonomia è tutelata per legge, per esempio, mentre in Italia ancora questo aspetto non viene considerato.

In Italia la professione potrà e dovrà fare leva sulla legge 69/2009, sulla farmacia dei servizi, perché si passi a una politica di standardizzazione e accreditamento delle prestazioni rese dal farmacista in farmacia: anche questo è un aspetto fondamentale per l'autonomia professionale e per il rispetto dell'obbligo di agire secondo scienza e coscienza.

Accanto a questo capitolo c'è quello della sorveglianza sulle compagini societarie, per evitare infiltrazioni e conflitti di interesse più o meno mascherati. L'obbligo previsto dalla legge di comunicare l'assetto societario e lo statuto, entro 60 giorni, alla Federazione degli Ordini, all'assessore alla sanità, all'Ordine provinciale dei farmacisti e all'unità sanitaria locale è un fatto importante che non va sottovalutato per evitare che si trasformi in un adempimento burocratico.

C'è poi l'aspetto dell'associazionismo professionale. Ne abbiamo parlato anche nel Consiglio nazionale di aprile, quando richiamavo la necessità di non limitarsi agli anatemi di fronte a questo cambiamento.

Il sistema è in crisi da tempo, e finora lo strumento delle cooperative e delle società di professionisti, anche per i limiti imposti dalla normativa, non è stato sfruttato nel modo migliore. Non possiamo più permetterci errori e sottovalutazioni. Finora abbiamo affrontato il mercato in ordine sparso, per cominciare, trascurando che le economie di scala possono essere attuate da società di professionisti o anche da associazioni di farmacisti che comunque non rinunciano alla titolarità delle loro farmacie. Le esperienze estere, europee e americane, mostrano che è possibile per i professionisti costruire una massa critica adeguata a confrontarsi con gli altri attori e, soprattutto, a fornire ai cittadini servizi all'altezza della situazione.

Infine, diviene ancora più centrale la valorizzazione delle prestazioni professionali, il loro riconoscimento economico da parte del servizio sanitario e, in definitiva, lo sganciamento della sostenibilità economica della farmacia di comunità dal margine commerciale, perché è sul piano professionale che il farmacista può competere ad armi pari con altri attori economici. Come ho detto più volte, l'evoluzione mondiale dell'assistenza farmaceutica, sempre più orientata alle prestazioni professionali, ci offre un punto di forza che non avremmo se il quadro fosse ancorato esclusivamente alla funzione della dispensazione, dove la logica del "tot pezzi in tot minuti" potrebbe vedere vincente un modello commerciale della farmacia.

E a questo proposito è il momento di parlare della conclusione dello studio Re I-MUR, fase finale della sperimentazione della revisione dell'uso dei medicinali usando l'asma come modello, promossa dalla Federazione, coordinata dalla Medway School of Pharmacy ma, soprattutto, condotta con passione e impegno dai colleghi coinvolti.

E innanzitutto devo ringraziare tutti per il lavoro svolto, per l'impegno riposto nel superare le difficoltà che, inevitabilmente, si presentano in un lavoro così complesso affrontato per la prima volta e, a differenza di quanto avviene all'estero, a titolo gratuito. E ringrazio ovviamente l'infaticabile professor Manfrin. I risultati, che abbiamo presentato alla stampa e alla politica il 12 ottobre, alla sala Nassirya del Senato, sono stati più che ottimi, e hanno riscosso l'attenzione e l'interesse di tutti gli intervenuti, dai giornalisti ai rappresentanti dell'industria del farmaco, dai rappresentanti dei cittadini all'AIFA e al Ministero della salute. Qui mi limiterò a ricordare i dati cardine. Dopo l'intervento del farmacista, la percentuale dei pazienti che mostravano un controllo adeguato dell'asma saliva dal 43.7% a 54.4%, cioè aumentava del 25%.

Un altro aspetto importante è la razionalizzazione dell'uso dei medicinali: prima dell'intervento del farmacista il 43% dei pazienti utilizzava FANS, potenzialmente controindicati, dopo l'MUR la percentuale è scesa al 30% e, complessivamente, si è ridotto dell'8,2% il numero dei principi attivi impiegati, segno di una razionalizzazione della terapia condotta in collaborazione con il medico curante per quanto riguarda i medicinali soggetti a prescrizione e in autonomia dal farmacista per quanto riguarda l'automedicazione.

Qual è il valore economico dell'intervento del farmacista? La determinazione è stata condotta sulla base del fatto che un paziente la cui asma non è sotto controllo comporta

costi sanitari superiori rispetto al paziente che tiene sotto controllo la malattia. Ovviamente questi calcoli devono considerare diverse variabili: dal costo dei ricoveri, per esempio, a quello degli accessi ad altre prestazioni. Allo stesso modo, va considerato il compenso per il farmacista.

Secondo la valutazione condotta nel nostro studio, il risparmio generato dall'MUR per ciascun paziente varia dagli 86.96 euro l'anno dell'ipotesi più conservativa ai €296.76 l'anno dello scenario con i costi maggiori. Esaminando la questione da un altro punto di vista, per il servizio sanitario investire nell'MUR può generare un ritorno compreso tra il 44% e il 395%. Come dire che investendo un euro nella prestazione del farmacista può ottenere una riduzione della spesa che varia da 1,4 a quasi quattro euro. Un dato sorprendente? Per l'Italia, senz'altro, ma è quanto si è riscontrato negli Stati Uniti, in Canada, dovunque queste prestazioni sono state adottate e finanziate dal Servizio pubblico o dai piani assicurativi. Lo scopo della nostra sperimentazione era dimostrare che le prestazioni avanzate della farmacia, volte a migliorare l'aderenza alla terapia, potevano essere erogate anche dal farmacista italiano nel setting della farmacia italiana, che queste avevano un rilevante effetto positivo sulla salute del paziente e incontravano il suo gradimento, e infine, ma non per importanza, che l'intervento del farmacista può generare appropriatezza e risparmio per il servizio sanitario.

E tutto questo grazie esclusivamente al suo know-how, alla sua preparazione e al suo fortissimo rapporto di fiducia con il cittadino. Ebbene tutti questi risultati li abbiamo ottenuti con un lavoro, a cominciare dalla fase pilota, che ha riscosso interesse e plauso nella comunità scientifica internazionale in diversi congressi, a cominciare da quello della FIP, e ha già originato cinque pubblicazioni su riviste peer reviewed, dall' International Journal of Pharmacy Practice a BMC Health Services Research. Quest'ultimo studio randomizzato, inoltre, non è soltanto il primo condotto in Italia di queste dimensioni e di questa profondità, ma è l'esperienza di maggior rilievo condotta nel mondo sulla farmacia di comunità, come ci ha confermato nel corso della presentazione la professoressa Janet Kraska. E' con orgoglio, quindi, che rivendichiamo questa iniziativa, che ha costruito un riferimento per qualsiasi discorso sull'evoluzione dei farmacisti e della farmacia in Italia, sul loro ruolo nel futuro dell'assistenza e nell'opera per garantire la sostenibilità del servizio sanitario italiano.

Ci adopereremo perché quanto è stato dimostrato qui sia divulgato nella pubblica opinione, e sia posto all'attenzione dei decisori sanitari a livello centrale e locale. E qui invito tutti i presidenti e i delegati regionali a essere parte attiva in questa opera nei

confronti dei loro interlocutori istituzionali. E' evidente che, come abbiamo sempre sostenuto, questo risultato è a disposizione di chi deve affrontare il rinnovo della convenzione, perché è un patrimonio comune della professione che abbiamo il dovere di non sprecare. E a questo proposito il Comitato Centrale sta valutando quali possano essere ulteriori sviluppi.

Stiamo anche valutando di patrocinare l'iniziativa dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore che ha intenzione di creare un osservatorio sull'implementazione dei servizi e delle prestazioni avanzate nella farmacia.

L'Alta Scuola, diretta dal professor Americo Cicchetti, è una struttura di eccellenza, con la quale abbiamo già avuto rapporti a proposito del master in "Competenze e Servizi Giuridici in Sanità". Riteniamo, anche sulla base di quanto abbiamo detto fin qui, che sia venuto il momento di monitorare la situazione in modo sistematico e, come nella linea della Federazione, riteniamo sia opportuno affidarsi a una struttura indipendente.

La sperimentazione dell'MUR non è stata la sola iniziativa federale giunta a compimento in questi mesi. Come saprete, lo scorso giugno abbiamo presentato ufficialmente la piattaforma Farma Lavoro. Per l'occasione abbiamo commissionato una ricerca ad hoc al Censis, per meglio tarare anche lo sviluppo della piattaforma che, come lo stesso Censis ci ha confermato, è la prima iniziativa di questo genere avviata in Italia da una rappresentanza professionale.

La ricerca, il cui testo integrale vi è stato inviato, è intitolata *Nuovi scenari professionali dei laureati in farmacia* e costituisce il follow-up dell'indagine FOFI-Censis del 2006, l'anno in cui avevamo presentato il documento federale sulla professione. In questa occasione è stato sondato un campione di oltre 500 farmacisti iscritti agli Ordini con meno di 45 anni e non titolari o soci di farmacia, e se ha confermato le tendenze negative del settore, le stesse che avevamo individuato nel 2006, ha confermato anche gli elementi positivi dell'atteggiamento dei farmacisti in questa congiuntura difficile. E' aumentata la consapevolezza che la crisi economica sta incidendo in modo sensibile sulle prospettive occupazionali: per esempio, l'86,5% dei giovani farmacisti intervistati ritiene che vi sia un problema di collocazione (circa il doppio rispetto al 2006) ed è aumentata anche la percentuale di chi si dichiara pentito della scelta della facoltà di Farmacia, passata dal 25,0% al 37,4.

Come sottolinea la metà degli intervistati, non si tratta però soltanto degli effetti della crisi, ma anche di dinamiche interne alla professione del farmacista. In questo quadro va però segnalato che questo segmento della professione, i colleghi fino a 44 anni di età, ha un atteggiamento ben distante dalla passività. Per esempio, è diffusa la conoscenza delle possibilità di accedere a nuove posizioni nel mondo del lavoro, così come si attribuisce una grande importanza alla formazione post-laurea. In definitiva non è un ritratto negativo, rassegnato, della professione, anzi.

Peraltro l'indagine ha confermato che nella ricerca di lavoro, l'uso di Internet è un mezzo fondamentale, usato nell'ultimo anno dal 62,8%. Non stupisce quindi che due intervistati su tre pensino che la piattaforma Farma Lavoro possa rappresentare uno strumento di indubbia utilità per migliorare l'incontro tra domanda ed offerta di lavoro, in un contesto dove le opportunità di collocazione professionale dei farmacisti si stanno trasformando.

In effetti i "numeri" dell'attività della piattaforma sono incoraggianti: da aprile a oggi, abbiamo registrato 40.989 utenti unici, 108.754 visite al sito e 637.581 pagine viste. Sono 4.212 le registrazioni al portale, mentre le inserzioni pubblicate da farmacie/parafarmacie/aziende sono state 277. Le città dalle quali proviene il maggior traffico sono: Milano (23,4%), Roma (11,69%) e Torino (4,7%), mentre la durata media delle sessioni dei diversi utenti è di circa 4 minuti. Un buon risultato, che indica però anche ampi margini di miglioramento, soprattutto per quanto riguarda la diffusione sul territorio di questo strumento.

Siamo in tema di occupazione, ed è logico un accenno rapidissimo alle tematiche previdenziali. Mi limito a osservare che il tema di una riforma dei meccanismi previdenziali è oggi guardato con la dovuta attenzione da tutti.

Questa estate abbiamo anche annunciato un'altra iniziativa, vale a dire l'applicazione Bugiardino Digitale per smartphone che consente al farmacista di inviare al paziente in formato digitale i nuovi foglietti illustrativi all'atto della dispensazione di farmaci per i quali erano state previste modifiche del bugiardino. Se il paziente ha scaricato l'app sul suo cellulare, il sistema gestionale della farmacia può inviargli il foglietto aggiornato, che il sistema preleva direttamente dalla banca dati dell'AIFA.

La procedura viene automaticamente attivata dal gestionale della farmacia all'atto della lettura del codice a barre del medicinale.

Nel caso il paziente non disponga dell'applicazione, o non voglia comunicare il suo numero telefonico, il sistema consente anche l'invio del documento alla sua e-mail. Infine, una volta che il cittadino ha installato l'applicazione, leggendo col cellulare il codice a barre di qualsiasi medicinale potrà consultare il foglietto illustrativo corrispondente, ragion per cui si potrà anche ovviare alla cattiva abitudine molto italiana di gettare il bugiardino una volta aperta la confezione. Siamo profondamente convinti che aver posto fine allo spreco dovuto al ritiro dei lotti con la vecchia documentazione è un fatto positivo e in questo modo abbiamo anche ovviato alla necessità di stampare in farmacia il nuovo bugiardino, rendendo più rapido l'adempimento alla normativa e, in pratica, riducendone a zero il costo. Per inciso, la notizia ha avuto una notevole risonanza anche sulla stampa generalista e, aprendo una parentesi scherzosa, fa piacere vedere i farmacisti alla testa della digitalizzazione della sanità.

La versione per smartphone Android è disponibile da oggi su Google Play mentre per quella dedicata all'iPhone si dovrà attendere ancora qualche giorno.

Sempre in tema di digitalizzazione, è stato pubblicato il regolamento del Fascicolo Sanitario Elettronico. E' un fatto positivo, visto che dopo l'approvazione del Dl 69, nel giugno 2013, si poteva constatare una sostanziale stasi. Per quanto riguarda la professione, è importante rilevare che il dossier farmaceutico aggiornato dal farmacista rientra nel cosiddetto nucleo minimo di dati che il Fascicolo dovrà contenere, quindi è escluso che il dossier stesso possa essere adottato a discrezione delle singole Regioni. La Federazione si è battuta per l'inserimento nel fascicolo di questo strumento fondamentale per lo sviluppo della farmacia dei servizi, ma anche per la sicurezza del paziente.

Anche i recenti episodi in cui l'Agenzia del Farmaco e il Ministero della Salute sono intervenuti per modificare o interrompere l'impiego di alcuni farmaci sottolineano, per diverse ragioni, l'importanza di arrivare in tempi rapidi all'operatività del dossier farmaceutico. Infatti in questi casi – mi riferisco ai medicinali a base di diclofenac e alle preparazioni magistrali anoressizzanti - si è dovuto intervenire in via cautelare senza però disporre dei dati relativi alla tipologia del ricorso a questi medicinali. Come ho anche dichiarato pubblicamente, la rete delle farmacie, a oggi, fornisce già dati importanti sul consumo dei medicinali nel territorio, ma soltanto con l'introduzione del dossier, cioè con la registrazione della storia del singolo paziente, è possibile individuare con chiarezza se il

ricorso sia appropriato, se l'uso sia eccessivo o anche se invece l'uso sia irrazionale per difetto.

Poter disporre dei dati raccolti nel dossier consentirebbe di meglio mirare tutti i provvedimenti a tutela della sicurezza del paziente, così come i trattamenti e, allo stesso tempo, rendere ancora più utili le segnalazioni di eventi avversi, in quanto sarebbe possibile meglio delineare il quadro del paziente in cui si sono verificate.

Mi auguro che il percorso verso questo obiettivo sia da qui in avanti più rapido.

Colgo l'occasione offerta dalla questione delle preparazioni anoressizzanti per ritornare sul tema della galenica. Probabilmente il Ministero non poteva che proibire le preparazioni a effetto anoressizzante, è chiaro però che intervenendo soltanto sulle preparazioni galeniche non ha risolto il problema ma lo ha spostato: infatti analoghe associazioni possono essere ottenute anche prescrivendo il farmaco industriale, per esempio.

Come abbiamo dichiarato immediatamente, anche nel caso degli anoressizzanti, se fosse stato già operativo il dossier farmaceutico, il ricorso alle preparazioni avrebbe costituito un elemento di sicurezza in più: il paziente riceve un farmaco più maneggevole, con dosaggi fissi, evitando il rischio che deriva dal ricorso a più medicinali differenti. La galenica è una parte fondamentale del bagaglio tecnico-scientifico del farmacista e va difesa, anche attraverso una rivalutazione della tariffa, sulla quale continuiamo a insistere ma incontrando, come immaginabile, forti resistenze.

Veniamo alla vita della Federazione. Il Comitato Centrale ha ritenuto opportuno avviare la revisione del Codice deontologico per tenere conto delle novità legislative intervenute dall'ultima stesura, peraltro ancora in evoluzione. Molti i punti che richiedono approfondimenti, tra i quali i tre che vi abbiamo già segnalato. Il primo è la possibilità di allestire preparazioni galeniche officinali che non richiedono prescrizione, che la Legge 27/2012 ha consentito anche ai colleghi che operano nelle parafarmacie; di qui la necessità di aggiornare l'articolo 7, comma 1, del Codice Deontologico per estendere la prerogativa della preparazione galenica anche agli esercizi commerciali, in possesso dei requisiti richiesti e nel rispetto delle condizioni previste. Anche l'articolo 24, che stabilisce il dovere di non dispensare farmaci soggetti a prescrizione in assenza di una ricetta deve essere modificato alla luce della cosiddetta dispensazione condizioni di urgenza, disciplinata dal Decreto ministeriale 31 marzo 2008, che stabilisce a quali condizioni il farmacista può consegnare il farmaco anche se il paziente non presenta una ricetta.

Infine si deve intervenire sull'articolo 34, che nella formulazione attuale vieta la vendita di medicinali tramite internet o altre reti informatiche superato dalle disposizioni introdotte dal D.Lgs. 17/2014 in materia di vendita online di medicinali senza obbligo di prescrizione medica. Peraltro è il caso di ricordare che il Ministero della salute, entro il 1° luglio 2015, avrebbe dovuto predisporre il logo nazionale, conforme a quello approvato dalla Commissione Europea, che servirà a identificare ogni farmacia o parafarmacia che effettui vendita on line di farmaci. Ad oggi, tuttavia, questo logo non è stato ancora adottato dal Dicastero.

La scomparsa di Giacomo Leopardi, che rivestiva la carica di Presidente della Fondazione Cannavò, ha reso necessaria la ricostituzione del Consiglio di Amministrazione, nella riunione del 21 settembre scorso. Il nuovo Consiglio vede Enrica Bianchi alla presidenza, Gianfranco Picciau alla vicepresidenza, Alberto Melloncelli, consigliere e Felice Ribaldone, coordinatore del Comitato scientifico.

Auguro buon lavoro al nuovo Consiglio e sono certo che sapranno sviluppare l'attività della Fondazione, che sotto la guida del Presidente Leopardi ha dato un contributo fondamentale per consentire gratuitamente a tutti i colleghi il rispetto degli obblighi ECM.

Veniamo ora a Farmacista Più. La seconda edizione, che si è svolta a Milano dall'8 al 10 maggio, ha registrato un bilancio molto positivo a cominciare dall'affluenza: oltre 3.500 visitatori, il 50% in più rispetto alla prima edizione, e una presenza triplicata delle aziende del comparto. Ma soprattutto la manifestazione è stata una dimostrazione di grande vivacità culturale: oltre 200 relatori per 40 convegni sempre affollati ne sono la prova. Tre giorni di lavori che hanno affrontato il ruolo del farmacista nel processo di cura, ma anche la politica del farmaco, l'equilibrio tra solidarietà e mercato, il rapporto tra nuovi bisogni formativi e occupazione.

Tutte le componenti professionali hanno partecipato all'analisi di questo momento non facile, interpretando la situazione come una spinta all'evoluzione, per la quale hanno elaborato le proposte concrete, che sono state presentate e discusse con tutti gli altri attori del nostro comparto: il decisore politico, l'istituzione sanitaria, l'università e l'industria e ovviamente i rappresentanti dei cittadini. Non posso che ringraziare tutti coloro che hanno arricchito la nostra manifestazione, ma soprattutto un ringraziamento va al Comitato scientifico della manifestazione e al suo Presidente Senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, che ha saputo comporre questo complesso mosaico.

In questa giornata così particolare permettetemi però di ricordare qui il generale Piccinno, che del Comitato scientifico è stato uno dei protagonisti e che tanto crudelmente è venuto a mancare.

Per il prossimo anno l'appuntamento è fissato dal 18 al 20 marzo, a Firenze. Vi aggiorneremo via via che si preciserà il programma, ma ho il piacere di annunciare in anteprima che l'edizione 2016 vedrà la partecipazione istituzionale dell'Utifar, che ha deciso di non proseguire l'esperienza di Farmadays come manifestazione autonoma per riversarne i contenuti, importanti per la vita della professione, nell'ambito di Farmacista Più. Come dichiarato dal Presidente Eugenio Leopardi, la speranza dell'Utifar era che si potesse arrivare a un unico momento annuale di incontro dei farmacisti, e questa scelta dell'Unione è senz'altro un passo decisivo in questa direzione, che merita gratitudine. Un motivo in più, dunque, per far sì che l'edizione 2016 segni un'ulteriore crescita e siamo certi di poter contare sulla vostra collaborazione.

Infine, vi aggiorno su un'iniziativa che avevo anticipato nella precedente seduta del Consiglio nazionale. Il Comitato Centrale ha approvato la realizzazione per gli Ordini di un seminario di approfondimento sull'amministrazione e contabilità, che si svolgerà nei mesi di Novembre e Dicembre 2015 secondo un programma che vi abbiamo inviato. Il seminario è organizzato suddividendo gli Ordini che hanno adottato il Regolamento di Amministrazione e Contabilità (RAC) da quelli che non lo hanno fatto, e prevede la partecipazione 3 rappresentanti per ogni Ordine. In linea di massima a ciascuna giornata parteciperanno 15 Ordini per un totale di 45 partecipanti per ciascuna giornata. Tutti gli oneri relativi alle spese di trasferta e di partecipazione saranno sostenuti dalla Federazione.

Abbiamo ritenuto fondamentale questo passaggio viste le obiettive complessità emerse nel corso dell'adeguamento alle norme anticorruzione degli Ordini provinciali ai quali va riconosciuto l'impegno di essersi attivati responsabilmente, sulla base delle indicazioni fornite dalla Federazione.

A questo proposito voglio richiamare la vostra attenzione sull'intervento dell'ANAC dello scorso giugno. Con la determina n° 8/2015, l'Autorità ha infatti stabilito che agli enti di diritto privato in controllo pubblico, come le fondazioni di diritto privato, le Consulte regionali, le altre eventuali associazioni cui partecipano gli Ordini, si applichino gli obblighi in materia di trasparenza e anticorruzione e gli altri adempimenti che derivano dal codice degli appalti pubblici. In pratica fondazioni e consulte si trovano a dover sostenere lo stesso carico amministrativo e burocratico che è stato imposto agli Ordini, ed è previsto

per questi ultimi l'obbligo di vigilare sul rispetto della normativa. Mi sembra evidente che tutto questo complichino ulteriormente la vita di questi enti e richieda la massima attenzione da parte dei Presidenti.

Colgo l'occasione per sottolineare l'ottimo lavoro svolto, anche in questo delicato frangente, dagli Uffici federali, sotto la guida del Direttore generale, dottor Antonio Mastroianni. Un grazie anche a loro, che ci consentono di affrontare adeguatamente uno scenario sempre mutevole.

E siamo alle conclusioni. E' più che mai evidente che stiamo fronteggiando una fase cruciale non soltanto per il servizio farmaceutico, ma per la sanità e il welfare nel loro complesso. In tutta Europa si osserva un ridimensionamento dell'impegno pubblico nelle attività assistenziali, sanitarie e sociali, un ridimensionamento che è tanto più marcato quanto più forte incide la crisi nei diversi paesi. In realtà, l'Italia da tempo è alla testa di questa riduzione della spesa sanitaria e sociale, seconda soltanto a paesi sull'orlo del default come la Grecia. L'ultimo rapporto dell'OCSE segnala, non certo per la prima volta, l'urgenza di una riforma se si vuole mantenere l'attuale livello di prestazioni.

In realtà, spesso e soprattutto in Italia, il concetto di riforma è stato declinato, lo si è detto all'inizio, come una semplice riduzione del budget in funzione di esigenze immediate oppure come una più o meno articolata "apertura al mercato". Per inciso, c'è qualcosa di tristemente ironico nel fatto che proprio dagli Stati Uniti, paese in cui l'intervento pubblico è da sempre giudicato negativamente, giunga notizia che i candidati alle prossime presidenziali si stanno dando battaglia proponendo leggi per la regolazione del prezzo dei medicinali all'europea, vista l'impossibilità di garantire a tutti l'accesso a un bene essenziale sulla base della sola dinamica del mercato.

Riformare significa fare scelte nette, presentare strategie differenti, esattamente come fu fatto alla nascita del Servizio sanitario nazionale. E' difficile per ora intravedere un disegno complessivo di questa portata, ma è una scelta inevitabile.

L'ambiguità di questa situazione, però, rilancia il ruolo del professionista della salute - farmacista, medico, infermiere - come indispensabile garante del cittadino nelle scelte di salute, e con esso quello della rappresentanza professionale.

Nel nostro caso, l'apertura ai capitali rappresenta anche l'occasione per sviluppare per la prima volta in Italia il concetto di impresa civile, promuovendo e potenziando forme associative e societarie in cui la componente professionale sia maggioritaria e nelle quali il

perseguimento di un utile economico sia temperato, per usare le parole della sentenza della Corte di Giustizia europea del 2009, “dalla formazione [del farmacista], dalla sua esperienza professionale e dalla responsabilità ad esso incombente, considerato che un’eventuale violazione delle disposizioni normative o deontologiche comprometterebbe non soltanto il valore del suo investimento, ma altresì la propria vita professionale”.

Non solo, ma come rappresentanti della professione abbiamo il dovere di tutelare l’autonomia delle scelte professionali del farmacista indipendentemente dal contesto e dal ruolo aziendale in cui si trova e si troverà a operare, a tutela delle persone e dell’interesse della collettività. Ma l’indipendenza e l’autonomia non bastano se non si sviluppano anche le competenze e gli strumenti professionali che ci permettano di rispondere alle sfide che i cambiamenti della sanità italiana propongono con sempre maggiore urgenza. E su questo piano l’iniziativa federale ha già conseguito importanti risultati. Quando finalmente si attuerà la territorializzazione dell’assistenza, quando si deciderà di aggredire il problema dell’aderenza terapeutica, quando si avvierà la digitalizzazione della sanità, la nostra professione sarà presente all’appuntamento forte di proposte, di know-how e di strumenti. Quando la figura e l’attività del farmacista affronteranno quegli snodi evolutivi ormai inevitabili, che per primi abbiamo prefigurato, la Federazione non dovrà aspettare l’esperto di turno o rincorrere schemi e modelli altrui: parleremo con la forza delle nostre esperienze validate scientificamente; proporremo il nostro progetto di un servizio farmaceutico capace di rispondere a tre esigenze fondamentali: migliorare la salute del cittadino, contribuire alla sostenibilità economica dell’assistenza e dare un futuro a una professione, la nostra, che ha una lunga storia che deve continuare raggiungendo obiettivi sempre più importanti.

Non è poco, ed è quanto si è costruito insieme, nella certezza che mai come oggi il farmacista debba assumere un ruolo centrale nella sanità e nel processo di cura.

Come ha scritto Giacomo Leopardi nel suo ultimo libro, l’opera della Federazione “è stata fortemente sospinta dalla consapevolezza di quanto fosse cruciale la funzione di tutela della salute pubblica nell’esercizio della professione”. Per me, per Luigi, per Maurizio, per tutto il Comitato Centrale e, ne sono certo, anche per tutti voi, questa intuizione è l’eredità più importante che ci lascia il Presidente Leopardi e tutti insieme, come lui vorrebbe, abbiamo il dovere di difenderla e farla crescere.