



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

**Relazione del Presidente**

29 aprile 2016  
Ore 10.00

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

Vorrei esordire con la constatazione che tutto il paese sembra essere sospeso, e forse bloccato: mentre i vecchi meccanismi continuano a operare quasi automaticamente, e non sempre in senso positivo, il nuovo che è stato promesso, al di là dei giudizi di merito, tarda a presentarsi. Ovviamente non sfugge a questa situazione la sanità italiana e di conseguenza il servizio farmaceutico, e neppure il comparto del farmaco nella sua interezza.

E' di qualche giorno fa l'approvazione del Documento di economia e finanza, nel quale viene riproposta la stessa scelta che ha portato nei fatti al disconoscimento del Patto della salute. Si preventiva per il triennio 2017-2019 un aumento nominale del Fondo sanitario - 114,7 miliardi nel 2017, 116,1 miliardi nell'anno successivo e i 118, 5 miliardi nel 2019 – ma questo aumento in realtà determina una diminuzione rispetto al PIL previsto in aumento: si passerebbe infatti dall'attuale rapporto del 6,8% al 6,5%. Questo dato ha suscitato allarme anche tra gli esponenti della maggioranza, alcuni dei quali hanno ricordato che questa percentuale ci porterebbe ai livelli più bassi in Europa.

Ma non è questa la dimensione reale del taglio: già per quest'anno sono stati stanziati fondi inferiori al fabbisogno stimato ed è difficile dire che non si vada incontro a riduzioni di servizi e prestazioni. Ormai la rinuncia alle cure è un dato costantemente denunciato dai rapporti dei soggetti più accreditati: dal Censis, all'Istat a CittadinanzAttiva-Tribunale dei diritti del malato. A conferma, nell'ultimo rapporto del TDM si legge che “un cittadino italiano su dieci è escluso dalle cure a causa dei ticket e delle liste d'attesa, la prevenzione si fa a macchia di leopardo con un Sud che arranca e regioni importanti come Lazio e Veneto che fanno passi indietro rispetto a pochi anni fa”.

Malgrado una situazione obiettivamente critica per tutto il comparto, continuano a presentarsi ipotesi di cambiamento della governance della spesa farmaceutica, da sempre il bersaglio più facilmente aggredibile. Mi riferisco all'anticipazione pubblicata qualche giorno fa dal Sole 24Ore sanità, dove si attribuiva alle Regioni la proposta di istituire due tetti di spesa basati non sulla distinzione tra ospedaliera e territoriale, come oggi, ma sulla distinzione tra farmaci erogati in convenzione, cioè attraverso le farmacie, e farmaci acquistati direttamente dalla mano pubblica, si tratti di medicinali per uso ospedaliero o di quelli inseriti nella distribuzione ausiliaria. Inutile sottolineare come una soluzione di questo genere sancirebbe in pratica la stabilizzazione della distribuzione ausiliaria e, probabilmente, un suo ulteriore allargamento.

Esattamente il contrario dell'obiettivo perseguito, per esempio, con la revisione del PHT prevista dalla Legge di Stabilità 2014.

Sussiste la convinzione, anche in questa proposta, che sia possibile attribuire alla filiera il compito di ripianare qualsiasi spesa in eccesso rispetto a tetti programmati senza tenere conto delle reali esigenze della tutela della salute. Ma oggi la filiera, a cominciare dalle farmacie, non ha più margini sui quali intervenire per ripianare la maggiore spesa. Senza contare che il superamento dei tetti va riferito in buona misura a un fatto semplicissimo, nel quale il comparto del farmaco non ha alcuna responsabilità: il paese invecchia, anche se un po' meno secondo il Rapporto Osservasalute 2015 dell'Osservatorio dell'Università Cattolica di Roma, e le malattie croniche aumentano, non soltanto nel senso che cresce il numero, per esempio, dei pazienti diabetici ma nel senso che malattie che un tempo portavano rapidamente alla morte, come ad esempio l'infezione da HIV, oggi sono divenute malattie croniche.

Ancora poco, però, si vede sul fronte della cosiddetta *spending review*, del contrasto degli sprechi e delle duplicazioni dei servizi e della spesa inappropriata. E' vero che alcune operazioni di centralizzazione degli acquisti promettono di ridurre la componente impropria della spesa, e i giornali hanno riportato come un fatto importante che la CONSIP abbia pubblicato qualche giorno fa il primo bando di gara per la fornitura di aghi e siringhe alle strutture del Sistema sanitario nazionale. Ma non credo che tutto possa ridursi a questo, anche se dalle siringhe si passasse a forniture a maggior valore aggiunto. E, infine, continuano a non vedersi misure organiche per la lotta alla corruzione e al malaffare nella Sanità, malgrado le ripetute denunce, ultima in ordine di tempo quella del presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone. E a questa denuncia solo recentemente ha fatto seguito l'istituzione del Nucleo operativo di coordinamento (NuOC), composto rispettivamente da tre rappresentanti del Ministero della Salute, di ANAC e di AGENAS che coordinerà l'attività di controllo.

Del resto, la stessa 12<sup>a</sup> Commissione igiene e sanità del Senato ha approvato un parere sul DEF, il 21 aprile, che mette sul tavolo anche altri elementi fondamentali: la sottovalutazione della necessità di rivedere la spesa per il personale, sia per la revisione dei contratti, sia per contrastare la sempre maggiore precarizzazione del personale sia per fronteggiare il costante aumento dell'età media del personale in servizio.

In definitiva, però, si tarda a considerare la diseconomia più forte, cioè che a fronte dell'investimento in salute non sono ancora stati messi in opera meccanismi che controllino gli esiti di questo investimento, tanto più prezioso in un momento di crisi.

Vi invito, quindi, a considerare fondamentale questo aspetto, perché è qui che si incunea la nostra proposta di un nuovo e più ampio ruolo del farmacista. In un recente convegno, il direttore generale dell'AIFA, professor Luca Pani, l'ha detto chiaramente: sono in arrivo nuovi farmaci che promettono di cambiare radicalmente il corso di alcune malattie ancora oggi con esito infausto, non perché conseguono il prolungamento della fase terminale della vita, ma perché possono determinare la guarigione. Si tratta di farmaci costosissimi e che possono essere somministrati e assunti anche fuori dall'ospedale, ma richiedono un rispetto assoluto degli schemi terapeutici. E allora creare un supporto all'aderenza terapeutica sul territorio capace di guidare il paziente nel percorso di cura ma, al contempo, di generare un flusso di informazioni condiviso da tutti i professionisti della salute, diviene fondamentale. E al centro di questo processo c'è il farmacista come specialista del farmaco e la farmacia di comunità come presidio sempre accessibile al cittadino: senza impegnative, senza appuntamenti, senza barriere all'accesso.

Non dobbiamo mai dimenticare questo aspetto, anche perché siamo stati i primi a porlo con forza nel dibattito.

Detto questo del quadro generale non possiamo nascondervi che la scena è stata occupata in questi mesi dal percorso del DdL Concorrenza, oggi AS 2085. Come ricorderete, il DdL ha esordito, per quanto riguarda il nostro settore con un impianto minimale, che in sostanza prevedeva quattro punti: l'apertura alle società di capitali della titolarità della farmacia, la possibilità per i non farmacisti di partecipare alle società titolari di farmacia; l'obbligo di affidare la direzione della farmacia a un farmacista, anche non socio e l'eliminazione del

numero massimo di farmacie di cui può essere titolare ciascuna società. Nel passaggio alla Camera lo schema si è arricchito di alcune norme, a cominciare dall'incompatibilità con l'esercizio della professione medica e dell'attività nel settore del farmaco, ma con l'eccezione dell'attività di distributore intermedio.

Come già detto nel precedente Consiglio Nazionale, richiamo l'attenzione sull'emendamento che prevede che lo statuto e la composizione delle società titolari di farmacia, e le loro eventuali variazioni, siano comunicate entro 60 giorni dalla costituzione, alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti, all'assessore alla sanità regionale, all'ASL e all'Ordine provinciale competenti. Un elemento a tutela della trasparenza che non va sottovalutato.

Ricordo infine l'emendamento che tramuta gli orari e turni stabiliti dalle autorità competenti in un requisito minimo di servizio, dando facoltà alle farmacie di aumentare l'orario previa comunicazione all'autorità competente.

Il testo è stato trasmesso al Senato, dove è stato attribuito in sede referente alla sola Commissione Industria, e non anche alla commissione Finanze come alla Camera. Al Senato sono stati presentati 131 emendamenti agli articoli 48 e 49 che ci riguardano direttamente. Questi hanno toccato materie diverse e, in alcuni casi, anche estranee al campo del DdL e, naturalmente, non sono mancati quelli che prevedevano la vendita dei medicinali di fascia C anche agli esercizi di vicinato e ai corner farmaceutici della GDO.

Difficile dar conto rapidamente di tutti gli aspetti trattati dagli emendamenti, più semplice dire quali sono stati bocciati o accantonati dalla 10ª Commissione del Senato in sede referente.

Sono stati respinti o ritirati quelli volti a consentire la vendita dei medicinali di fascia C anche negli esercizi di vicinato, quelli finalizzati a sopprimere l'intero articolo 48 del ddl concorrenza e a vietare l'applicazione dell'istituto del *trust* alle società titolari di farmacia. Sono stati respinti anche gli emendamenti che reinserivano l'attività di intermediazione del farmaco tra le ipotesi di incompatibilità, gli emendamenti che prevedevano, in via sperimentale per il biennio 2016-2018, un'assegnazione di nuove farmacie in deroga alle norme sulla distribuzione territoriale delle farmacie e la loro assegnazione tramite concorso, nonché quelli che prevedevano l'applicazione anche alle società titolari di farmacia delle disposizioni di cui agli articoli 8, 9, 10, 11 e 12 del DM Giustizia n. 34/2013, sull'iscrizione all'albo professionale e sul regime disciplinare delle società tra professionisti. Ancora, sono stati dichiarati inammissibili gli emendamenti sui quali la 5ª Commissione Bilancio aveva dato parere contrario in sede consultiva, cito a esempio quelli che prevedevano limiti di partecipazione al capitale per i soci non farmacisti o un'assegnazione di nuove farmacie in deroga alle norme che prevedono la distribuzione territoriale delle farmacie e la loro assegnazione tramite concorso per il biennio 2016-2018.

Per gli altri dettagli vi rimando al materiale informativo, assolutamente completo, preparato dagli Uffici federali, e mi limito qui a ricordare l'approvazione dei quattro emendamenti presentati da me e dal vicepresidente della FOFI, Senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri.

Il primo prevede che i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili possano essere forniti, dai produttori e dai grossisti, anche alle farmacie che potranno distribuirli, in via esclusiva, alle strutture autorizzate ad impiegarli o agli enti da cui queste dipendono (centri ospedalieri e strutture di ricovero a carattere privato).

Il secondo riduce da dieci a tre anni il periodo in cui i vincitori in forma associata del concorso straordinario devono mantenere la gestione associata.

Il terzo emendamento consente alle società di farmacisti, in caso di sostituzione temporanea del direttore, la nomina di un farmacista in possesso dell'idoneità anche non socio.

Il quarto, che impone ai titolari di farmacia la comunicazione all'Ordine competente per territorio delle variazioni di orari e ferie rispetto al calendario approvato dalle ASL competenti.

A questo punto è doveroso ringraziare il Senatore D'Ambrosio Lettieri per l'ottimo lavoro che ha svolto: ancora una volta abbiamo collaborato proficuamente al fine di tutelare al meglio le prerogative del farmacista e della farmacia. E così ringraziare anche il Segretario Maurizio Pace, il Tesoriere Mario Giaccone e tutto il Comitato centrale per la preziosa opera collegiale che siamo stati in grado di svolgere.

Sempre a nostra firma era stato presentato anche un emendamento sulla cosiddetta eccezione galenica, dove veniva abrogato il divieto di cui all'articolo 68, comma 1, lettera c), del D. Lgs 30/2005, e, pertanto, consentire l'utilizzo di principi attivi realizzati industrialmente per eseguire preparazioni galeniche di medicinali protetti da brevetto. L'emendamento è stato trasformato nell'ordine del giorno G/2085/33/10, che impegna il Governo ad assumere iniziative normative volte, appunto, all'abrogazione di questo divieto. Come vedete, questo è un tema che consideriamo centrale e che continuiamo a riproporre ogni qual volta si aprano degli spazi.

E' più che probabile che i relatori, presenteranno ulteriori proposte emendative a seguito del confronto con il Governo ma anche del dibattito serrato con cui sono state affrontate le questioni emerse nell'ambito dell'esame del disegno di legge. Ed è altrettanto probabile che gli stessi relatori possano, quindi, recepire alcune tematiche oggetto degli emendamenti ancora accantonati. In particolare quelli che tendono a porre dei limiti alla libertà di azione del capitale nel nostro settore. E peraltro rimane in sospeso anche la questione dei rapporti tra l'ente di previdenza e le nuove società titolari di farmacie.

Ma è qui che è intervenuto lo stop dovuto alle ben note vicende che hanno determinato le dimissioni del ministro dello Sviluppo economico Federica Guidi.

A questo punto è necessario ricapitolare brevemente la nostra posizione per meglio inquadrarla nello scenario politico che si sta delineando. Come saprete, nelle audizioni parlamentari, ma anche in tutte le altre occasioni di confronto pubblico, abbiamo ribadito la nostra contrarietà allo schema proposto dal Governo. Riteniamo, e non da soli, che il cittadino sia meglio garantito da un servizio farmaceutico assicurato soltanto da professionisti, che l'integrazione verticale e orizzontale possa determinare criticità in alcuni ambiti particolarmente sensibili. Parliamo dell'abbandono delle zone meno appetibili dal punto di vista commerciale, dei possibili conflitti di interesse tra l'attività di distributore e quella di titolare di farmacie. Parliamo soprattutto della possibilità che un proprietario che persegue, sia pure a buon diritto, solo il fine del profitto e del ritorno sul capitale investito possa garantire alla società e al singolo lo stesso tipo di servizio reso da una rete di presidi sanitari, senz'altro operati da privati che però sono professionisti vincolati a un codice deontologico e, come ribadito dalla Corte di Giustizia Europea, animati da uno spirito e da finalità mai riducibili a quelli di un'attività commerciale. La si chiami impresa civile, la si

chiami in un altro modo, la farmacia non è e non può essere un “negoziò”. Abbiamo sempre detto, e ci è stato riconosciuto nel tempo, che il farmacista assiste anche chi non compra nulla e, soprattutto, che anche quando non dispensa un farmaco eroga un servizio, una prestazione, un consiglio che hanno il solo scopo di tutelare la salute del cittadino che si rivolge a lui. Perdere questa impostazione, procedere soltanto sulla base delle leggi di mercato pone a rischio tutto questo impianto e, come dimostrano le indagini condotte sul tema delle concentrazioni, mette a repentaglio la stessa distribuzione del farmaco etico, dal momento che oggi rappresenta nell’economia delle farmacie il segmento con la minore marginalità. All’estero si è assistito infatti a un progressivo spostamento dell’attività delle farmacie sul segmento del parafarmaco, della cosmetica e degli altri prodotti che offrono remunerazioni dell’investimento ben maggiori.

Siamo peraltro anche consapevoli che la rete delle farmacie non si trova in una situazione rosea, e nemmeno stabile, dal punto di vista economico. I dati di mercato ormai ripropongono uno scenario stabilmente negativo, che a volte risente di un miglioramento transitorio dovuto alla stagionalità, come è accaduto nel 2015. Infatti. I dati di quest’anno sul primo trimestre mostrano un calo del fatturato del 2,4%. Ma la percezione più corretta della crisi è data dal fatto che non passa giorno o quasi in cui in cui non si debba diramare una circolare sul fallimento di una farmacia o sulla cessione di un’azienda che gestisce farmacie comunali.

E’ evidente che occorre che nel sistema scorra nuova linfa, ed è altrettanto evidente che il Governo ha scelto in modo definitivo questa strada. Ma questo non significa che non possano esserci controlli e contrappesi in fatto di penetrazione delle società di capitali. Il correttivo che abbiamo proposto da subito è stata la previsione di un limite alla presenza del capitale nelle singole società titolari, sul modello delle altre società di professionisti; un’ipotesi che però ben difficilmente possiamo pensare venga accettata: a questo proposito sono stati presentati diversi emendamenti, per ora accantonati o bocciati.

Riteniamo invece che possa avere prospettive ben diverse un altro tipo di “paletto”, e cioè la previsione di un limite al numero delle farmacie che ciascuna società, di capitali, professionale o di tipo cooperativo, può possedere. Un limite che non può essere stabilito a livello nazionale, ma a nostro avviso deve essere calcolato su base regionale. Un tetto nazionale potrebbe infatti determinare squilibri molto pericolosi, per esempio, tra un Nord in cui le farmacie sono di proprietà di pochissimi soggetti, sul modello della Norvegia, e un Sud dove la situazione resta quella attuale, o viceversa. Il tetto regionale è l’unico sistema che può garantire un clima di reale concorrenza – se è questo che si vuole – in tutto il paese, altrimenti si percorre una strada che può portare esclusivamente alla creazione di oligopoli, come accaduto per tutte le altre liberalizzazioni, privatizzazioni e misure varie pro-concorrenziali che abbiamo visto fino a oggi: dai telefoni all’energia. Non è concepibile che una legge che si propone lo sviluppo della concorrenza si traduca in una misura che favorisce operazioni di oligopolio e di cartello.

Un altro aspetto sul quale dobbiamo e possiamo imporci è la tutela dell’autonomia del professionista che si troverà a dirigere la farmacia: non è nemmeno pensabile un servizio farmaceutico affidato ad assistenti alla vendita, sul modello dei *megastore* dell’elettronica di consumo.

Su questi punti, è importante sottolinearlo, si stanno ormai moltiplicando i consensi anche da parte di esponenti della maggioranza. Dal relatore del DDL al Senato, Luigi Marino, che sulla regolazione del ruolo del capitale ha svolto e svolge un'azione importante nei confronti del Governo, alla presidente della 12ª Commissione Commissione igiene e sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi, allo stesso Onorevole Federico Gelli, responsabile sanità del Partito democratico. E avendo toccato questo aspetto del dibattito, che è emerso con particolare chiarezza nel corso dei Convegni della terza edizione di FarmacistaPiù, è il caso di affrontare il tema dei farmaci di Fascia C soggetti a prescrizione. Se si esamina l'elenco degli emendamenti presentati al DDL è facile vedere come la liberalizzazione possa contare ancora dei sostenitori. Ma è altrettanto evidente che anche nel Partito di cui è stato segretario l'autore delle lenzuolate è in atto un radicale ripensamento dell'esperienza delle liberalizzazioni nel settore del farmaco. Sempre a FarmacistaPiù, l'uscita del farmacista dalla farmacia e la nascita delle parafarmacie sono state definite un errore proprio da esponenti della maggioranza e del PD. Colgo qui l'occasione per rispondere alle critiche che i colleghi impegnati negli esercizi di vicinato hanno rivolto alla Federazione in queste settimane, accusando tutti noi di non tutelarli come professionisti iscritti agli Ordini. Non è così: il Consiglio Nazionale, fin dal 2006, ha sempre sostenuto che l'istituto della parafarmacia, che non ha eguali nel mondo, costituiva una sorta di frutto avvelenato, un'attività commerciale destinata ad avere - come la nascita dei corner - un impatto trascurabile sulla dinamica dei prezzi dei prodotti oggetto della liberalizzazione, come ha ribadito lo stesso direttore generale dell'AIFA, dati alla mano, e un ampliamento altrettanto modesto del servizio reso alla collettività. Ma in compenso ha impegnato le risorse economiche di tanti giovani colleghi e di tante famiglie senza un ritorno adeguato. Non ci siamo certo impegnati in raccolte di firme o in altre attività di contrasto presso i tribunali, non abbiamo mai rifiutato il confronto e, anzi, ci siamo costantemente adoperati per cercare una soluzione, una mediazione tra le aspettative delle parti. Esattamente quello che deve fare un Ordine professionale che è la casa di tutti i professionisti. Detto questo, però, occorre essere chiari. L'assetto della professione come lo conosciamo oggi nasce, a ben vedere, dalla riforma Giolitti dell'esercizio farmaceutico, quella riforma nata per rimediare agli esiti nefasti della prima liberalizzazione, quella di Crispi. Nel nostro DNA c'è la visione del servizio farmaceutico come elemento fondamentale del Servizio sanitario sul territorio, non c'è l'idea dell'esercizio commerciale del farmaco. Oggi, sono i dati forniti dal PGEU, l'Italia è il paese dell'UE nelle cui farmacie di comunità opera il maggior numero di professionisti: sono quasi 70000. E allora, abbiamo a cuore il destino del servizio farmaceutico? E come potrebbe essere altrimenti, quando la nostra professione è nata lì e lì trova impiego la stragrande maggioranza dei colleghi? Forse che la Federazione degli Ordini dei Medici è indifferente rispetto alle sorti del Servizio sanitario nazionale? Non saranno comunque queste critiche a impedirci di continuare a cercare soluzioni eque a una situazione che non abbiamo voluto noi e che la stessa parte politica che l'ha voluta oggi giudica frutto di calcoli errati. E per non lasciare dubbi sulla nostra posizione, aggiungerò che va considerata un errore anche l'altra misura contenuta nella fatidica lenzuolata: aver rimosso l'incompatibilità tra la titolarità della farmacia e l'attività di grossista. E' un'innovazione che ha permesso a pochi di trarre profitto da una nuova attività contribuendo però a danneggiare la collettività e l'attività quotidiana di molti colleghi, sempre più spesso alle prese con la mancanza di questo o quel farmaco, quasi sempre fondamentali per il paziente.

Ho voluto riepilogare le posizioni che determinano la linea politica del Consiglio Nazionale e sulla quale rimarrà il Comitato Centrale fintanto che il Consiglio Nazionale stesso non muterà orientamento.

Infine, per chiudere questo ampio capitolo dedicato al DdL Concorrenza, un ultimo elemento su cui ci si dovrà impegnare: cercare di ottenere che il passaggio al nuovo assetto venga applicato prevedendo una qualche forma di gradualità.

Siamo nell'imminenza di un cambiamento radicale, ben differente da un cambiamento di insegna della farmacia, che mal si concilia con un'applicazione frettolosa. Anche qui non mancano nel passato esempi negativi.

Sta proseguendo il suo iter anche il cosiddetto DdL Lorenzin (AS 1324) recante norme varie in materia sanitaria, e che all'articolo 3 si occupa di Ordini delle professioni sanitarie. In Commissione sanità, il 26 aprile, è stato approvato un testo che recepisce numerosi emendamenti, anche a firma del vicepresidente e mia, e che accorpa anche alcuni disegni di legge presentati da esponenti della maggioranza e dell'opposizione. Tra questi mi preme mettere in evidenza il DdL 693, a firma Mandelli e D'Ambrosio Lettieri, che modifica l'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, così da permettere esplicitamente all'interno della farmacia l'esercizio delle altre professioni sanitarie con l'ovvia eccezione di quelle abilitate alla prescrizione: medico, odontoiatra e veterinario. È un passo importante, che finalmente allinea questa materia alle necessità del modello della farmacia dei servizi: un centro polifunzionale deve poter contare sull'apporto delle necessarie figure sanitarie. Ma accanto a questo aspetto ve ne sono altri importanti per la vita degli Ordini, a cominciare dall'affermazione che questi, pur restando enti pubblici non economici e organi sussidiari dello Stato, non si applicano le norme di contenimento della spesa pubblica.

Complessivamente possiamo dire che potremmo in tempi ragionevoli contare su un ammodernamento della normativa che regge le rappresentanze professionali. Lascio però la disamina approfondita del testo al vicepresidente Senatore D'Ambrosio Lettieri che della 12ª Commissione, come sapete, fa parte.

È recentissima la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del DLgs 50 del 18 aprile 2016, noto anche come nuovo Codice degli appalti pubblici. È un provvedimento che contiene novità rispetto alla precedente normativa in materia. Gli articoli 37 e 38 prevedono che, a seguito dell'adozione di specifico D.P.C.M. (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri), l'ente pubblico (quindi anche l'Ordine), quale stazione appaltante, possa procedere a gare di appalto di valore superiore a 40.000,00 Euro per acquisti di beni e servizi e 150.000,00 Euro per i lavori pubblici, solo qualora l'ANAC, a seguito di specifica procedura, lo individui quale stazione appaltante qualificata; i requisiti individuati in linea di massima dai citati articoli appaiono particolarmente stringenti e, pertanto, sembra difficile che gli Ordini possano ottenere la qualificazione dall'ANAC.

A questo punto, comunque, si impone una riflessione. Se da una parte il DdL Lorenzin va nella direzione di riconoscere una maggiore autonomia su alcuni punti all'Ordine professionale, dall'altra il nuovo Codice degli Appalti Pubblici, salvo ulteriori chiarimenti, tende piuttosto a complicare la vita delle rappresentanze professionali. Sarebbe invece il caso, in considerazione del fatto che gli Ordini non gravano in alcun modo sulle finanze pubbliche, evitare una serie di vincoli che non producono alcun beneficio né agli iscritti né



alla società nel suo complesso ma, in compenso, possono gravemente ostacolare l'attività degli Ordini stessi.

Altra notizia di rilievo per l'azione federale è che abbiamo riproposto, d'intesa con l'Istituto Superiore di Sanità, la necessità che il Ministero della Salute nomini la commissione per la Farmacopea, richiesta che da troppo tempo è rimasta lettera morta, impedendo una corretta trattazione di temi importanti per la professione.

Infine, a chiudere il capitolo sull'attività legislativa, è necessario soffermarsi sull'approvazione definitiva, lo scorso 12 aprile, del disegno di legge costituzionale, AC 2613, comunemente noto come DdL Renzi-Boschi. A proposito di questo provvedimento si è molto parlato del superamento del bicameralismo paritario – la cosiddetta abolizione del Senato - della riduzione del numero dei parlamentari e, ovviamente, del contenimento dei “costi della politica”.

Meno si è parlato, invece, della revisione del titolo V della parte II della Costituzione. E' proprio questo l'aspetto che ci riguarda da vicino come professionisti sanitari, dal momento che è nel Titolo V che si regolano i rapporti tra Stato e Regioni e, di conseguenza, buona parte dell'attività sanitaria.

Le disposizioni di interesse per la professione sono contenute nell'articolo 31 del disegno di legge che, modificando l'articolo 117 della Costituzione, amplierà le competenze statali. In base al nuovo testo, lo Stato avrà potestà legislativa esclusiva non solo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, ma anche in materia di “disposizioni generali e comuni per la tutela della salute”, di “previdenza sociale, ivi compresa la previdenza complementare e integrativa”, nonché in materia di “ordinamento delle professioni e della comunicazione”, che attualmente rientrano tra le materie di legislazione concorrente.

Sarà attribuita invece alle Regioni la potestà legislativa in materia “di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali”, e allo Stato il potere di “intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale”.

Abbiamo sempre sottolineato come fosse ormai insostenibile un servizio sanitario nazionale composto da 21 sistemi differenti, con 21 prontuari terapeutici regionali, con sistemi di partecipazione alla spesa differenti, con politiche di acquisto di beni e servizi divergenti e a volte addirittura opposte. Soprattutto un insieme di sistemi che spesso esibiscono livelli di efficienza molto differenti, tanto che, per restare a un esempio recente, ancora non si dispone di tutti i flussi necessari per chiudere la tormentata vicenda del *pay-back* per gli anni 2013 e 2014.

Queste difformità, oltre a contribuire significativamente alle diseconomie e agli sprechi, causano quella grave disparità di accesso alle prestazioni per i cittadini che a seconda della regione in cui risiedono possono avere cure allo stato dell'arte oppure livelli di assistenza inaccettabili. E' evidente, e anche questo lo abbiamo detto nel nostro Consiglio Nazionale, che organizzazione e programmazione devono competere alle istanze più vicine ai singoli territori, più immediatamente consapevoli di caratteristiche e bisogni particolari. Ma se la salute è diritto costituzionale per eccellenza, se la compatibilità economica della sanità è un obiettivo che deve accomunare tutto il paese, una regia centrale più forte è necessaria e

inevitabile, alla luce della situazione che si è andata determinando. Il tempo dirà se questa sarà stata effettivamente l'occasione per invertire la tendenza.

Un'altra conferma alle analisi e ai giudizi che la Federazione aveva formulato per tempo viene dalle vicende del Concorso straordinario istituito dall'art. 11 del D.L. n. 1/2012 che, quanto pesano le parole, portava anch'esso nel titolo la parola concorrenza. Avevamo dichiarato che la norma presentava molteplici elementi di debolezza e di farraginosità. Questo è tanto vero che, nonostante il supporto della piattaforma unica messa disposizione dal Ministero della salute, attualmente solo dodici Regioni hanno pubblicato la graduatoria, mentre le rimanenti sette (Umbria, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna) e le Province Autonome di Trento e Bolzano non hanno ancora concluso le procedure. Va da sé che a oggi, a più di tre anni dall'entrata in vigore della legge, nella maggior parte delle Regioni le sedi poste a concorso non sono state ancora attivate dai candidati risultati vincitori a causa di ritardi e lungaggini burocratiche.

Un esempio del contenzioso sempre crescente generato dal Concorso straordinario è il caso della Regione Sicilia. Con una delibera, la Regione aveva deciso, lo scorso gennaio, di procedere all'assegnazione delle sole sedi che non erano state oggetto di annullamento o contestazioni, sedi che, come è logico, erano poste in grandi centri e quindi particolarmente appetibili. Procedere all'interpello dei candidati escludendole avrebbe quindi significato penalizzare i professionisti con i punteggi più alti. Come ha sintetizzato il segretario Maurizio Pace, intervenuto immediatamente sulla questione a nome della Federazione, gli ultimi sarebbero divenuti i primi ma con esiti ben diversi da quelli del dettato evangelico. Fortunatamente, l'intervento federale ha indotto la Regione siciliana a rivedere la sua decisione che, oltretutto, avrebbe creato un'ulteriore serie di ricorsi. Accanto a quello che - ironicamente - potremmo definire il contenzioso normale, sono sorte due discrasie importanti. La prima è che, come chiarito anche dall'Ufficio legislativo del Ministero della salute, chi ha vinto una sede presentandosi in forma associata può sì costituire una società per la gestione della farmacia, ma la titolarità resta in capo congiuntamente ai soci in deroga a quanto previsto dall'articolo 7 della legge n. 362/1991. Si crea così una dissociazione tra titolarità e gestione della farmacia cioè una contitolarità che sta creando notevoli criticità interpretative e difformi applicazioni. Difatti, se la Regione Toscana ha assegnato le sedi farmaceutiche alla candidatura in forma associata delegando l'autorizzazione all'apertura della farmacia ai singoli Comuni, l'Emilia Romagna ha stabilito invece che su tutto il territorio regionale l'autorizzazione vinta in forma associata verrà rilasciata unica pro indiviso, con divieto di cumulo di due o più autorizzazioni in una sola persona, a pena di decadenza dell'intera autorizzazione nei confronti anche di tutti gli altri componenti il gruppo. La Regione Puglia, poi, ha stabilito di "assegnare alla candidatura in forma associata la sede farmaceutica e di disporre che, sulla base della normativa vigente, la titolarità della sede farmaceutica è in capo alla società costituenda". Infine, visto che nessuna norma lo vietava, va considerato anche il caso di un candidato che abbia partecipato al Concorso in più Regioni, ma con compagni differenti e che abbia ottenuto una sede in entrambe, con tutte le conseguenze del caso. La questione comunque è ora all'esame della giustizia amministrativa che, partendo dalla pronuncia in sede cautelare del TAR dell'Emilia Romagna, arriverà alla pronuncia del Consiglio di Stato, che chiarirà la materia.

L'altro importante nodo critico è la questione del punteggio da attribuire ai farmacisti che abbiano esercitato in farmacie rurali per almeno 5 anni. La Legge prevede una maggiorazione del 40% in base ai titoli relativi all'esercizio professionale, fino ad un massimo di 6,50 punti.

Il Consiglio di Stato, lo scorso 14 dicembre, si è pronunciato dichiarando l'illegittimità della clausola del bando che escludeva la predetta maggiorazione a favore dei farmacisti rurali una volta superato il punteggio massimo complessivo da attribuirsi per l'attività professionale svolta. La sentenza interveniva su altro concorso ordinario, ma enuncia un principio di diritto applicabile anche al concorso straordinario. Dal momento che la piattaforma unica impediva l'inserimento di ulteriori titoli una volta raggiunto il punteggio massimo complessivo fissato e, secondo alcuni partecipanti, questo in alcuni casi avrebbe impedito a chi ne aveva diritto di usufruire della maggiorazione. Su questi due temi abbiamo presentato con il Senatore D'Ambrosio Lettieri, due distinte interrogazioni al Ministro della Salute, senza ottenere a oggi risposta.

La questione dunque non è ancora risolta e le Regioni stesse hanno chiesto un intervento chiarificatore su questo aspetto, suggerendo di mantenere comunque il tetto massimo stabilito con il Concorso straordinario. Contestualmente hanno chiesto, a fronte dei ritardi di cui abbiamo dato conto, di poter prolungare la validità della graduatoria da due a sei anni. A questo tema si salda quello della disoccupazione. Come abbiamo dimostrato nel corso di FarmacistaPiù, la situazione è grave. Se non si pone mano a correttivi forti, di qui a venti anni avremo in Italia più di 60.000 colleghi senza lavoro. Sono dati che arrivano dalle stime della Commissione europea che valutano il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale per il periodo 2015-2040 nelle professioni sanitarie. Secondo questa analisi l'Italia ha un fabbisogno di circa 1.500 farmacisti l'anno. A fronte di questo dato si registrano circa 4.700 nuovi laureati in farmacia dei quali 4.000 si iscrivono all'albo con l'aspirazione di esercitare a pieno titolo la professione di farmacista. Secondo queste stime, si creeranno in un ventennio 50mila nuovi farmacisti disoccupati che si aggiungono ai quasi 13mila farmacisti che già oggi sono in cerca di occupazione.

Per fronteggiare questa che non è un'emergenza, ma una tendenza consolidata, abbiamo proposto anche per la laurea in Farmacia, il numero chiuso per le iscrizioni universitarie sulla base di una programmazione legata all'effettivo fabbisogno di ricambio generazionale e quindi stabilendo al momento una quota massima di iscrizioni per i prossimi anni accademici. E accanto al numero chiuso occorre anche una riforma del Corso di Laurea e va sottolineata l'iniziativa messa in atto dalla Conferenza dei Direttori di Dipartimento di Farmacia che ha prodotto una proposta che potrebbe costituire la base di una discussione che tenga conto anche delle osservazioni formulate alla Federazione da esponenti dell'Università in questi mesi.

Ma questo non basterà se non si dà piena applicazione:

- alla farmacia dei servizi, che non richiede tanto apparecchiature o *device*, ma soprattutto professionisti motivati
- alla nuova remunerazione basata prevalentemente sull'atto professionale,
- al ritorno in farmacia dei farmaci innovativi compatibili con l'uso sul territorio.

Tutti elementi, è il caso di ripeterlo, già previsti in diverse leggi.

E infine, ma non per importanza, incrementare gli organici dei dirigenti farmacisti ospedalieri nel SSN per adeguarli finalmente agli standard funzionali, e garantire la presenza del farmacista anche in quelle strutture dove, pur facendosi uso di farmaci, il farmacista non c'è. E sempre in tema di disoccupazione è giusto dare brevemente conto dell'attività del portale Farma Lavoro. Oggi sono oltre 8.500 le iscrizioni al sito, e sono state condotte 427.627 sessioni per un totale di 2.365.732 di pagine scaricate. A chi cerca occupazione, il portale ha proposto 900 inserzioni. Può sembrare un dato piccolo, ma è stato costruito da zero e, soprattutto, è in crescita costante.

Veniamo ora alle iniziative federali. Il Progetto I-MUR ha completato la sua ultima fase sperimentale, vale a dire l'analisi condotta dal dipartimento *Health and Social Care della London School of Economics* (LSE) sui risultati ottenuti dal nostro studio randomizzato e controllato. Quest'ultimo passaggio era fondamentale per almeno due motivi. Il primo è che questa analisi, condotta con gli strumenti dell'*Health Technology Assessment* rappresenta uno strumento fondamentale per le agenzie regolatorie più importanti, come il NICE britannico, per stabilire se una procedura, un farmaco o ancora un device offrono davvero un vantaggio al paziente e al servizio sanitario e se, in definitiva, vale la pena di rimborsarli. Il secondo aspetto è il prestigio dell'istituzione che ha condotto l'analisi: uno dei vertici dell'università britannica assieme agli atenei di Oxford, di Cambridge, e del King's College. L'LSE può vantare 17 premi Nobel, tra i quali economisti come Friedrich Von Hayek, Amartya Sen e Paul Krugman.

Questa analisi doveva chiarire alcuni aspetti cruciali per il decisore sanitario: la durata nel tempo dell'effetto della prestazione della farmacia e se questo effetto diminuisce, rimane stabile o aumenta nel tempo; ma soprattutto valutare quali sono le probabilità che I-MUR migliori la qualità della vita del paziente e sia più costo-efficace del normale servizio offerto nelle farmacie. La risposta ottenuta è stata positiva per tutti gli aspetti. I pazienti che si sono sottoposti all'I-MUR hanno evidenziato una probabilità percentuale di controllo dell'asma quasi doppia (1.8) rispetto a chi non ha ricevuto questa prestazione. Inoltre, l'effetto di I-MUR, collegato alla presa in carico dei pazienti, ha dimostrato che il controllo dell'asma non solo è aumentato 3 mesi dopo l'intervento, ma che questo effetto si è mantenuto nel tempo, consolidandosi e mostrando anche un ulteriore aumento a 6 mesi e a 9 mesi. Quanto all'aspetto economico, il lavoro condotto dalla *London School of Economics* dimostra che I-MUR è più costo-efficace rispetto al normale servizio offerto e che la probabilità di ottenere questo beneficio economico raddoppia nel tempo, passando dal 50% a 3 mesi al 100% a 9 mesi dall'intervento.

Con quest'ultima analisi dei dati è stato posto il sigillo alla dimostrazione che il farmacista, grazie agli strumenti della pharmaceutical care e in stretta collaborazione con il medico curante, non solo può dare un contributo importante al miglioramento dello stato di salute del cittadino e all'ottimizzazione dei costi diretti e indiretti, ma che questo risultato è acquisito nel tempo.

È stato un percorso lungo, metodico, sicuramente diverso dalle agevoli scorciatoie che in questi anni sono state proposte da chi ha cercato solo di impadronirsi della materia. Ma è questo il percorso che andava coperto per ottenere risultati inattaccabili.

Conoscete i riconoscimenti scientifici che ha ricevuto la nostra sperimentazione, il più grande studio a livello mondiale condotto sull'asma nella farmacia di comunità, ma oggi possiamo dire che siamo giunti al punto di ottenere il riconoscimento politico che ci eravamo

prefissi. Abbiamo avuto un primo riscontro quando Andrea Manfrin, della Medway School of Pharmacy, e Michela Tinelli della London School of Economics hanno presentato a FarmacistaPiù i loro risultati. Al convegno hanno partecipato il professor Americo Cicchetti Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari - ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, la dottoressa Anna Rosa Marra, Direttore Ufficio Valutazione e Autorizzazione AIFA e il dottor Vincenzo Pomo Coordinatore Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati. Per il professor Cicchetti le prove di efficacia presentate per l'I-MUR sono superiori a "a quelle di altre prestazioni che oggi il Servizio Sanitario eroga nelle sue strutture e rimborsa sul territorio". E tutti gli intervenuti, a cominciare dal dottor Pomo, che ha un ruolo chiave nella stipula delle Convenzioni, hanno detto in modo inequivocabile che una proposta basata su evidenze scientifiche di questa forza va discussa e inserita tra le prestazioni erogate a carico del SSN. Ricordiamo, tra l'altro, che proprio l'Università Cattolica ha promosso un Osservatorio indipendente che provvederà al monitoraggio dei risultati della farmacia dei servizi in Italia, al quale la Federazione ha dato il patrocinio.

Non sarà una strada in discesa: sarà necessario come sempre fare i conti con i vincoli di bilancio.

Prima ancora, però, abbiamo ottenuto un altro importante riconoscimento da parte del decisore politico e sanitario. Grazie all'approvazione di un mio emendamento alla Legge di Stabilità, abbiamo ottenuto l'istituzione, nello stato di previsione del Ministero della Salute, di un fondo finanziato con un milione di euro per l'avvio dell'applicazione sperimentale dell'MUR nei pazienti affetti da asma. Vi prego di notare che non si parla genericamente di pharmaceutical care, ma proprio dello strumento professionale che noi abbiamo proposto e sottoposto a validazione.

Stiamo già predisponendo una proposta per sfruttare questo fondo, ma è evidente che dovremo partire dalle forze già in campo: i farmacisti che sono già stati formati nel corso della prima e della seconda fase della sperimentazione.

Ma c'è anche un'altra ragione: non possiamo permetterci nessun errore in questa fase, nessuna approssimazione. Abbiamo imposto noi un paradigma di eccellenza e a questo dobbiamo attenerci rigorosamente, perché è il nostro paradigma. Contemporaneamente, però, stiamo elaborando un intervento sul piano della formazione, perché l'I-MUR deve entrare nel patrimonio culturale di tutta la professione, costruendo una rete, anche di rapporti, che permetta di soddisfare le necessità del territorio. Ovviamente è allo studio anche l'ampliamento dello strumento ad altre patologie, a cominciare da quelle respiratorie. A questo proposito dobbiamo considerare che esistono a livello mondiale tendenze differenti: c'è chi si concentra sulle patologie, come Canada e Belgio, e chi, come la Gran Bretagna, nel consentire l'applicazione a tutte le patologie, chiede che le farmacie di comunità garantiscano una quota consistente delle prestazioni ai pazienti in trattamento con alcune classi di farmaci: gli anticoagulanti, gli antiasmatici e i FANS. Qui si dovrà ovviamente tenere conto delle specifiche esigenze del nostro Servizio sanitario.

Come sempre, vi terremo aggiornati sugli sviluppi di questa attività oggi più che mai centrale per l'evoluzione della professione.

Ci sono anche altri due punti centrali. Del ritorno dell'innovazione farmacologica in farmacia ho già accennato. Aggiungo qui però alcuni concetti cruciali. Non si pensi che il farmaco

innovativo sia la versione 2.0 del vecchio medicinale *blockbuster*, che può essere “semplicemente” dispensato. Al contrario, si tratta di farmaci che richiedono una conoscenza specifica, un approccio personalizzato al paziente, una reale messa in rete delle informazioni tra tutti gli operatori sanitari coinvolti. Anche su questo tema stiamo elaborando delle proposte.

E qui vengo al secondo punto: il tracciamento e la condivisione delle informazioni. E' dagli anni novanta che in Italia è stato dimostrato come il medico curante, anche quello di medicina generale, non è al corrente di tutte le terapie che il paziente assume. Secondo uno studio dell'Istituto Mario Negri, del 1997, il paziente anziano assume un 20% di farmaci di cui il medico di famiglia non è al corrente. Grazie all'istituzione del dossier farmaceutico oggi il farmacista può colmare questa carenza informativa dalle conseguenze gravi per la salute dei cittadini, per la sicurezza dell'impiego del farmaco e per il buon impiego delle risorse. Gli strumenti necessari ad arricchire il nostro ruolo sono tutti a disposizione della professione, e rivendico con orgoglio il peso che ha avuto l'opera della Federazione nell'ottenerli.

Nell'affrontare i temi della relazione mi sono riferito più volte a FarmacistaPiù, la cui Terza edizione si è svolta a Firenze dal 18 al 20 marzo.

Questo è il segno di quanto il nostro congresso sia diventato non solo un evento centrale per noi, ma sia divenuto una delle occasioni più importanti per dibattere e approfondire non solo i temi più rilevanti della professione farmaceutica, quelli del mondo del farmaco e della stessa sanità italiana. Lo provano i 43 convegni, i 167 relatori, gli oltre 4000 colleghi che hanno partecipato con interesse e passione. Lo prova anche la grande attenzione che ci hanno riservato la politica e i decisori sanitari: dal Ministro Maria Elena Boschi al Vice Ministro Antonio Gentile dai Presidenti della Commissione Sanità di Senato e Camera Emilia Grazie De Biasi e Mario Marazziti oltre a quelli già citati in precedenza, come il senatore Marino e l'Onorevole Gelli. E accanto a loro gli esponenti dell'industria, come il presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi, la vicepresidente di Assogenerici, Cinzia Falasco Volpin, Ornella Barra, Executive Vicepresident di Walgreens Boots Alliance. L'elenco potrebbe continuare a lungo.

Ho sempre detto che mentre nelle altre manifestazioni si va per raccogliere gadget, ospiti in casa d'altri, a FarmacistaPiù, che è la nostra casa, si viene per raccogliere – e scambiare – idee. E questo è ogni anno più vero. Ringrazio il presidente di UTIFAR, Eugenio Leopardi, che quest'anno si è unita alla compagine organizzativa, portando il suo importante contributo. Ringrazio la presidente della Fondazione Cannavò, Enrica Bianchi, con tutto il Consiglio. E ringrazio il Senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, presidente del Comitato scientifico. Tutti insieme hanno costruito un programma di eccellenza, in cui tutte le anime della professione hanno potuto trovare elementi di interesse e una dimostrazione dell'attenzione che la Federazione ha per tutti i colleghi. Un particolare ringraziamento, infine, agli Ordini toscani. L'appuntamento è per l'anno prossimo, a Milano dal 17 al 19 marzo.

Non si esaurisce certo qui la nostra attività di questi mesi, nella quale siamo stati sostenuti in maniera esemplare dagli Uffici federali, guidati dal direttore generale Antonio Mastroianni, che come sempre ringrazio. Troverete nelle schede di approfondimento tutti

gli elementi che qui taccio per brevità, citerò, anche perché ve ne sarete accorti, il *restyling* dei nostri strumenti di comunicazione, il quotidiano Farmacista Online e il sito federale. Lo abbiamo deciso per rendere ancora più dinamica la nostra presenza nei media e per rendere ancora più fruibili i nostri contenuti, e vi ringrazio per il positivo feedback che ci avete manifestato.

Mi avvio alle conclusioni. Si apre una stagione di cambiamenti. Alcuni li abbiamo perseguiti e voluti, altri sono stati imposti dalle circostanze. Però, abbiamo cercato di affrontarli tutti in modo che ne derivi un beneficio. Per continuare a farlo occorre essere in grado di gestire le novità che si prospettano, e questo richiede preparazione, studio, organizzazione. Richiede la volontà di mantenere il controllo delle nostre azioni, la consapevolezza dei nostri obiettivi e dei passi necessari per raggiungerli. Ci si impone una sorta di rivoluzione culturale: la nostra attività non deve più restare nascosta dietro al farmaco che dispensiamo, e per portarla in primo piano dobbiamo renderla sistematica, verificabile e misurabile. Per troppo tempo quanto facciamo ogni giorno è rimasto invisibile agli occhi non del paziente, che ben sa che siamo costantemente al suo fianco, ma dell'organizzazione sanitaria, che ha potuto così contare sul nostro apporto senza doversi preoccupare di riconoscerlo dal punto di vista organizzativo ed economico.

E in questa rivoluzione culturale ha un peso enorme l'abbandono di una mentalità individualista che da tempo non è più all'altezza della situazione. Dobbiamo puntare sull'associazionismo professionale, sulla capacità di collaborare per costruire il superamento dello schema della farmacia del passato: un presidio indispensabile, che tanto ha contribuito ai risultati del welfare italiano, ma che oggi rischia di soffocare in primo luogo noi farmacisti. La farmacia di comunità è una struttura con potenzialità enormi, siamo stati in primo luogo noi a dimostrarlo dati alla mano. Ma dobbiamo far esprimere queste potenzialità e non potremo farlo se ognuno procederà isolatamente. In questi mesi, ogni volta che ho incontrato gli esponenti delle cooperative ho insistito sulla necessità di dare un nuovo impulso a questi strumenti fondamentali. La Federazione farà tutto il possibile per favorire questo processo. Dobbiamo avere timore delle catene? Soltanto se dimentichiamo che è nelle nostre mani la possibilità di costruire la più forte delle catene: quella in cui noi professionisti siamo gli anelli.

A breve, stando alle dichiarazioni di esponenti della Conferenza delle Regioni e della stessa SISAC, dovrebbe avviarsi il rinnovo della Convenzione. E' qui che dovrà tradursi in disposizioni concrete il nostro progetto. Alcuni segnali positivi, del resto, sono già venuti da alcune regioni: alludo alla nuova legge lombarda sul servizio sanitario, ma anche alle dichiarazioni dell'Assessore regionale toscano, Stefania Saccardi. Sta a chi parteciperà alle trattative far valere le possibilità di sviluppo e gli strumenti che abbiamo saputo costruire. Peraltro alla trattativa, per quanto riguarda gli aspetti professionali e il rapporto con le altre professioni, parteciperà anche la Federazione e sapremo far valere la nostra visione.

Al fondo penso che non è fuori luogo un certo ottimismo malgrado la complessità della situazione. Lo dico non perché sottovaluti i rischi e le criticità di questa fase, ma perché nei miei contatti con i colleghi ho certamente registrato preoccupazioni e timori, ma ho anche avuto netta l'impressione che i problemi che si sono presentati siano stati in qualche misura metabolizzati, e che oggi la professione sia pronta ad affrontare quello che sta oltre. Non ci siamo smarriti quando hanno cercato di metterci nell'angolo. Il Consiglio Nazionale ha

tenuto saldamente la rotta e tutti, insieme, stiamo costruendo, con pazienza e determinazione, la strada che porterà la professione nel futuro. E di questo dobbiamo essere tutti orgogliosi.