

RAPPORTO SULLA SITUAZIONE ITALIANA

Nel 2013 ogni italiano ha consumato in media 1,7 dosi di farmaci al giorno (1.679 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti).

Il 70,4% di questi farmaci è stato erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro (+2,3%rispetto al 2012).

I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani, seguita dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, dai farmaci del sangue ed organi emopoietici, dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale e dai farmaci dell'apparato respiratorio.

Le donne consumano più farmaci degli uomini, in particolare nella fascia di età 15-64 anni con una differenza media tra i due sessi dell'8%.

Dai dati ASL emergono bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, gli antidepressivi e i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Livelli di inappropriatelyzza si registrano soprattutto nell'utilizzo degli inibitori di pompa,degli antibiotici e degli inibitori della dipeptidil-peptidasi IV.

Confermata anche per il 2013 la variabilità regionale nel consumo per area terapeutica. L'Umbria è la prima per consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, la Sicilia per gli antiacidi e gli antiulcera e la Campania per antiaggreganti e anticoagulanti e antibiotici.

Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-SSN, il Lazio è la Regione con maggiori consumi, seguita da Calabria e Sicilia. La Sicilia è la Regione con la spesa lorda procapite maggiore, seguita dalla Campania e dalla Puglia. La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa e il minor consumo.

I farmaci a brevetto scaduto hanno rappresentato il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8 punti percentuali rispetto al 2012). Il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (erano il 13,4% nel 2012).

Migliora il sistema di farmacovigilanza: le segnalazioni di sospette reazioni avverse crescono del 41% rispetto al 2012. Oltre la metà è pervenuta da medici ospedalieri. Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale. Lombardia e Toscana rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

Il consumo di farmaci

Nel 2013 in Italia sono state consumate 1.679 dosi di medicinali al giorno ogni 1.000 abitanti (inclusi i consumi erogati dalle farmacie territoriali a carico del SSN e del cittadino e i consumi in ospedale); in media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco meno di 1,7 dosi di farmaco). Il 70,4% dei consumi è stato erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre il restante 29,6% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione).

La spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto al 2012), di cui il 75,4% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di circa 436 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento rispetto al 2012 del +1,7% ed è stata pari a 19.708 milioni di euro.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata¹ e in distribuzione diretta e per conto² di classe A, è stata di 11.866 milioni di euro (+0,4%).

1 Farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso le farmacie pubbliche e private.

2 La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali ad assistiti in dimissione da ricovero ospedaliero o a seguito di visite specialistiche; questa distribuzione può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private e in tal caso si tratterà di distribuzione per conto.

La spesa a carico dei cittadini, comprensiva della compartecipazione del cittadino, dell'acquisto privato di fascia A, della spesa per i farmaci di classe C con ricetta e di Automedicazione, ha registrato un aumento del +3,8% rispetto al 2012. La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, ecc.) è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2012 del +6,2%.

Le categorie più prescritte

I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (525 DDD ogni 1.000 abitanti die) e a maggior spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite). Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo sia in termini di consumi (251 DDD ogni 1.000 abitanti die) sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.601 milioni di euro). Al terzo posto per consumi i farmaci del sangue ed organi emopoietici (249 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale (164 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (97 DDD ogni 1.000 abitanti die).

Consumo e spesa per età e genere

La prevalenza d'uso di farmaci è stata del 57,2% (53,6% negli uomini e 60,7% nelle donne). Differenze nei consumi fra i generi si evidenziano nella fascia di età 15-64 anni (la prevalenza d'uso è maggiore del +8% nelle donne rispetto agli uomini).

La percentuale di assistibili che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno.

Alti livelli di prevalenza si riscontrano nelle fasce di età estreme: il 50% dei bambini e quasi il 90% degli anziani (con età superiore ai 75 anni) hanno ricevuto almeno una confezione di medicinali.

Le fasce di età superiori ai 65 anni evidenziano una spesa pro capite per medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 65 anni, il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare una spesa farmaceutica 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per uno individuo appartenente alle fasce di età inferiori.

La popolazione con età superiore ai 65 anni assorbe il 60% della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (ad esclusione dei consumi ospedalieri) e il 65% dei consumi.

Le donne fanno registrare una prevalenza d'uso più alta rispetto agli uomini nell'impiego dei farmaci antineoplastici e immuno modulatori (a partire dai 35 anni), dei farmaci per il Sistema Nervoso centrale e degli antimicrobici, specie nelle fasce d'età adulta.

Consumo e spesa: variabilità regionali

La spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata è stata pari a 8.863 milioni di euro a fronte di 608 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di farmaci dispensati. Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-SSN, il Lazio è la Regione con quantità massima di consumi (1.190 DDD/1000 ab. die), seguita da Calabria (1.146,1 DDD/1000 ab. die) e Sicilia (1.140,5 DDD/1000 ab. die). La spesa lorda pro capite maggiore è della Sicilia (235,9 euro pro capite), seguita dalla Campania (228,0 euro pro capite) e dalla Puglia (219,2 euro pro capite). La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa con 129,1 euro di spesa pro capite e il minor consumo con 756,6 DDD/1000 ab. die.

Per quanto riguarda la spesa convenzionata, le Regioni del Nord registrano livelli inferiori alla media nazionale, le Regioni del Centro, del Sud e delle Isole mostrano valori di spesa superiori. Si confermano significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica. L'Umbria è la prima per consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, la Sicilia per gli antiacidi e gli antiulcera e la Campania per antiaggreganti e anticoagulanti e antibiotici.

Farmaci a brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012), di cui il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto della copertura brevettuale), in crescita rispetto al 2012 (in cui rappresentava il 13,4%).

Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento rispetto al 2012. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa convenzionata: irbesartan e idroclorotiazide (nell'ambito del Sistema Cardiovascolare) e rizatriptan (nell'ambito del Sistema Nervoso Centrale).

Nel 2013, pantoprazolo, lansoprazolo e omeprazolo, tutti inibitori di pompa, continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

L'Italia è al terzo posto in Europa in termini di spesa per farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale.

Sono stati registrati rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari del filgrastim.

Consumo e spesa di antibiotici

Nel 2013 aumenta del +3,5% il consumo di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4%. I maggiori consumi in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi. Le categorie maggiormente impiegate sono state le associazioni di penicilline, seguite da amoxicillina+acido clavulanico e macrolidi e lincosamidi. Gli antibiotici a brevetto scaduto rappresentano il 90,2% delle dosi di antibiotici totali e il 68,2% della spesa totale per antibiotici.

Appropriatezza d'uso dei farmaci

Dai dati ASL sono emersi bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, per i farmaci antidepressivi e per i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Si continuano ad osservare elevati livelli di inappropriatezza nell'utilizzo dei farmaci antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche con particolare impatto per la laringotracheite (49,3%) e la cistite non complicata (36,3%). La percentuale di pazienti avviati al trattamento con epoetina alfa biosimilare è in forte aumento (+71,6%) ed è pari nel 2013 al 41,0%.

Per quanto riguarda gli inibitori di pompa è stato evidenziato che il 46,5% dei pazienti è stato trattato senza i criteri di rimborsabilità indicati dalla Nota 1 e dalla Nota 48, in crescita nel 2012 rispetto al 2011 del +5,5%.

Andamento delle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci

Durante il 2013 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 40.957 segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci. Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti e nel 2013 rispetto al 2012 è stato registrato un incremento del +41%.

Oltre la metà delle segnalazioni è pervenuto da medici ospedalieri (52%), seguono quelle di farmacisti (16%) e specialisti (9%). Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale

(7%). È stato registrato un notevole incremento delle segnalazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche (+729%) e dai pazienti (+268%).

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2013 ha riguardato gli antineoplastici (18%), gli antimicrobici (16%), i farmaci del sistema nervoso centrale (15%), del sangue (12%), del sistema cardiovascolare (9%) e muscolo scheletrico (8%). I principi attivi per cui è stato ricevuto il maggior numero di segnalazioni sono il warfarin, l'acido acetilsalicilico e l'amoxicillina associata all'acido clavulanico.

Lombardia e Toscana sono le Regioni con il più alto tasso di segnalazione e rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

Distrazione di farmaci attraverso la distribuzione diretta, riduzione del prezzo medio dei farmaci per via dell'inserimento di nuovi generici nel prontuario, e incremento dello sconto sui prezzi dei farmaci coperti dal SSN sono ormai da tempo le principali cause della crisi di redditività delle nostre farmacie.

Oggi oltre 3.000 farmacie italiane sono in sofferenza economica e almeno 600 tra queste è a rischio di chiusura. Come è emerso da una ricerca promossa dalla nostra Federazione e che in seguito illustreremo meglio, il sistema delle Farmacie comunali risponde meglio a questa situazione. I casi di crisi grave sono pochi e la maggior parte delle nostre associate continua a produrre utili.

Certo, il nostro compito primario non è questo, e d'altronde siamo solidali con quelle farmacie in difficoltà nel denunciare e combattere ogni provvedimento legislativo che nei fatti depaupera il nostro sistema.

Riteniamo però che ben più grave sia quel complesso di azioni istituzionali provenienti da più parti che negli ultimi anni cercano progressivamente di marginalizzare la farmacia italiana prendendola per così dire *per fame*.

Perdiamo margini e fatturati perché perdiamo competenze e spazi di azione. La farmacia può legittimamente chiedere più risorse non perché vanta un diritto divino alla sopravvivenza, ma perché crede a ragione di poter dispensare un servizio suo proprio e unico, in maniera più efficiente di altri e con livelli di qualità sanitaria superiore.

Non è accettabile sentir dire che la sofferenza economica di oltre 3.000 farmacie italiane e il rischio chiusura di almeno 600 di esse sia un effetto della crisi. La crisi c'è, lo sappiamo, ma il disastro ormai imminente è un problema politico, non di mercato.

La soluzione sta insomma in **un riposizionamento della farmacia territoriale nel riassetto del Sistema Sanitario Nazionale**: le nostre potenzialità di integrazione con ospedali e medici di base, il contributo al controllo della spesa grazie allo sviluppo della *pharmaceutical care*.

Nessuno può accusare Assofarm di appoggiare questo dibattito con posizioni conservatrici. A puro titolo di esempio, ricordiamo che nel settembre scorso abbiamo accettato con atteggiamento costruttivo le critiche riguardanti la possibilità di distribuire farmaci innovativi attraverso le farmacie territoriali.

Conosciamo tutti fin troppo bene le diverse argomentazioni impiegate negli ultimi tempi da chi privilegia la distribuzione diretta rispetto a quella via farmacia territoriale: costa meno al SSN, viene effettuata da farmacisti più aggiornati e specializzati su farmaci effettivamente "complessi".

Non condividiamo la prima argomentazione, perché basata su interpretazioni assai discutibili di dati solamente numerici di costo, ma non tengono conto di altri parametri complessi quali il tempo impiegato dal paziente per raggiungere l'ospedale e le potenzialità offerte dallo sviluppo della *pharmaceutical care*.

Sentiamo invece di dover opporre minore resistenza alla critica mossa alle competenze tecniche dei nostri farmacisti. Il problema ovviamente non sta nelle capacità professionali in sé, ma in una minore esperienza di somministrazione di questi farmaci e minore aggiornamento professionale su questo ambito.

La soluzione che proponiamo è diametralmente opposta a quella di altre organizzazioni di farmacie: avviare dei percorsi di aggiornamento che prevalentemente certifichino la capacità di gestire buona parte dei farmaci innovativi, e una volta ottenuto questo riconoscimento, pretendere una maggiore partecipazione adeguatamente remunerata a questa specifica distribuzione. Insomma, prima dimostrare le nostre capacità, poi pretendere che vengano valorizzate.

È finito il tempo degli ottenimenti sulla fiducia. La farmacia italiana deve accettare il fatto che questa fiducia non c'è più. Lo dimostrano i provvedimenti legislativi degli ultimi anni, quasi tutti penalizzanti in termini di marginalità. Lo dimostrano le dichiarazioni di alcuni politici e dell'Antitrust che perseverano a considerarci una casta protetta, e in un certo modo il sentire dell'opinione pubblica che pensa al farmacista come un lavoro privilegiato.

C'è però anche una fiducia che continua a resistere e su cui dobbiamo fare leva: quella dei cittadini nei confronti delle competenze dei farmacisti e dell'utilità reale nell'avere una farmacia vicino a casa.

Capacità di rimettersi in gioco, serietà professionale e potenzialità geografiche sono altre parole-chiave con cui arricchire il nostro programma di rinnovamento.

Come sappiamo tutti, da sempre ci sono ampi settori del mondo politico e della burocrazia statale che spingono per la dismissione delle Farmacie Comunali da parte dei Comuni. Il tema non deve essere confuso con i tentativi, raramente andati a buon fine, di alcune amministrazioni locali di mettere sul mercato le loro farmacie in modo da sistemare i conti comunali. Qui stiamo parlando di provvedimenti legislativi che in modo coercitivo impongano a tutti i Comuni di disfarsi di un patrimonio pubblico creato in decenni di buona amministrazione e ancora oggi socialmente utile e quasi sempre economicamente redditizio.

Sappiamo che alla base di tali disegni c'è non poca ignoranza sulla realtà e le potenzialità delle farmacie pubbliche, e in seconda istanza il persistere di ideologie radicalmente liberiste in tema di servizi pubblici locali.

A tal riguardo nelle settimane scorse abbiamo incontrato il **Commissario alla Spending Review Carlo Cottarelli** che in una sua recente relazione pubblica aveva messo in dubbio la necessità per i Comuni di mantenere la proprietà delle Farmacie Comunali.

Durante questo confronto abbiamo portato avanti due elementi a favore del permanere di una presenza pubblica nel settore delle farmacie.

Il primo, forse poco noto a tanti, riguarda lo status istituzionale garantito dalla legislazione italiana alla nostra presenza. La legge 833/78 istitutiva del SSN, all'articolo 28, prevede infatti che le ASL *"possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonché il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale"*. Il legislatore affida a noi, e a nessun altro, un compito distributivo prevedendo in esso proprio quelle potenzialità di controllo dei costi che dovrebbe essere l'obiettivo ultimo dell'operato del Commissario alla *Spending Review*.

In seconda istanza, abbiamo avuto il piacere di illustrare al dottor Cottarelli in anteprima nazionale i risultati straordinariamente positivi della ricerca promossa da Assofarm, tramite l'Ufficio studi, riguardante la situazione economica delle oltre 1.000 farmacie ad essa associate.

Vale la pena di riassumere sinteticamente quanto emerso. L'indagine ha riguardato i bilanci di oltre 1.000 farmacie comunali presenti in tutto il territorio italiano per il triennio 2010-2012. **I circa 150 milioni di euro di utili sono un dato netto, maturato cioè dopo il pagamento delle imposte. Ben il 90% delle farmacie comunali italiane presenta una situazione economico-finanziaria in attivo.**

Il restante 10% delle farmacie comunali presenta invece bilanci negativi, e una perdita complessiva di circa 10 milioni di euro. Va però considerato che il segno rosso di buona parte di queste realtà aziendali è determinato da crediti ancora non riscossi. Siamo insomma di fronte a problemi perlopiù di elastico finanziario o riconducibili alla generale crisi economica del paese.

I numeri ci danno il quadro generale della situazione ma non possono raccontare singole storie di successo, regolarmente sfuggite alla stampa nazionale.

Citiamo a tal proposito il caso Brindisi. Nella cittadina pugliese, in quel Meridione spesso additato come un buco nero senza speranza per le finanze sanitarie pubbliche, è stata avviata una procedura di revoca della messa in liquidazione delle farmacie comunali per via dei risultati di bilancio particolarmente positivi e grazie al ripiano dei debiti pregressi. Come è possibile imporre la vendita di un'azienda pubblica che ha chiuso l'ultimo esercizio con un +80%?

Una volta letti questi numeri e queste vicende è davvero difficile comprendere su quali basi (se non appunto il pregiudizio o la mancanza di conoscenza) ci sia ancora qualcuno che pensi che vendere le farmacie comunali sia un buon affare per i Comuni.

Noi non siamo spesa pubblica improduttiva, non siamo un ramo secco. Siamo un componente attivo del Sistema Sanitario Nazionale che fa la sua parte e che addirittura, come previsto da una legge di quasi quarant'anni fa, non è nemmeno sfruttato appieno. Siamo un investimento pubblico produttivo, incredibilmente produttivo nonostante tutti i prelievi forzosi operati a vantaggio di altri settori sanitari ricchi di sprechi e clientelismi.

Ricordiamo ancora una volta, che il Servizio farmaceutico italiano è uno dei migliori al mondo ed è fondato su due componenti: una pubblica e una privata.

La nascita e il consolidarsi di un sistema di farmacie comunali, seppur minoritarie rispetto alle farmacie private, non sono un incidente della storia o la declinazione del cosiddetto "Socialismo municipale".

Faccio miei alcuni passaggi della Sentenza n. 216/2014 della Corte Costituzionale, depositata lo scorso 18 luglio che, in linea con la precedente giurisprudenza, anche europea, sull'argomento, ha sancito che le norme che riservano alla farmacia la distribuzione dei medicinali di fascia C non ledono alcun principio costituzionale.

Scrivono la Consulta, nel motivare la sentenza *"Il legislatore ha organizzato il servizio farmaceutico secondo un sistema di pianificazione nel territorio, per evitare che vi sia una concentrazione eccessiva di esercizi in certe zone più popolose e perciò più redditizie e nel contempo una copertura insufficiente in altre con un minore numero di abitanti"*

Il giudice delle leggi ricorda quindi l'esistenza di una *"complessa regolamentazione pubblicistica dell'attività economica di rivendita dei farmaci (sentenza n. 150 del 2011) rispetto alla quale non è possibile isolare uno degli elementi senza tenere conto della disciplina nella sua globalità. In ragione di ciò, l'individuazione del punto di equilibrio tra i diversi interessi è affidato al legislatore, cui è rimessa la relativa valutazione, fermo rimanendo il limite della non irragionevolezza delle scelte compiute"*

Ecco, rivendichiamo proprio questa ragionevolezza che sta alla base dell'organizzazione del nostro sistema farmaceutico e che legittima l'esistenza di un sistema di farmacie comunali.

Certo, il futuro della Farmacia italiana si giocherà sull'equilibrio tra elementi di natura economico-commerciale e altri di servizio sanitario. Incredibilmente, dopo anni di dibattiti e tentativi di riforma, non è ancora chiaro come si raggiungerà questo assetto.

Se infatti è condivisa da tutti che la farmacia non potrà essere un "negozio che vende prodotti sanitari", pena il suo fallimento economico, la **Farmacia dei Servizi** rimane un concetto dai contenuti tutt'altro che definiti e condivisi.

Una nuova ricerca promossa da Assofarm nei mesi scorsi ha confermato che i servizi realmente forniti dalle farmacie comunali sono gli stessi dell'ultima rilevazione. Abbiamo invece nuove informazioni sui costi e sul rapporto con le ASL, che evidenziano come l'erogazione di tali servizi

in capo alle farmacie sarebbe vantaggiosa sia per il SSN sia per le farmacie stesse, nel caso essi venissero adeguatamente remunerati.

Il problema, emerso in questo studio, è che spesso le Aziende Sanitarie Locali non sono a conoscenza di quanto fanno le farmacie sul territorio.

Si tratta evidentemente di un problema di comunicazione istituzionale e di legittimazione del nostro operato. Senza il superamento di questi ostacoli, l'affermazione della Farmacia dei Servizi non è semplicemente possibile.

È anche a tal fine che lo scorso aprile Assofarm ha scritto alla Conferenza Stato Regioni esponendo i propri punti di vista sull'Accordo Governo-Regioni del 20 febbraio scorso, che destina 250 milioni di euro alla realizzazione della Farmacia dei Servizi. Assofarm ha proposto nel dettaglio una serie di servizi che possono essere attuati in farmacia: autonalisi del sangue, misurazione della pressione arteriosa, misurazione della vista e dell'udito, attivazione ADI, prestazioni amministrative come il CUP, informazioni di prevenzione sanitaria, controllo di intolleranze alimentari e di allergie, vari tipi di telemedicina, diversi tipi di trattamenti terapeutici. Al tempo stesso la nostra Federazione si è dichiarata disponibile ad attivare ogni forma di collaborazione e sperimentazione utile alla realizzazione della Farmacia dei Servizi.

Non ci è giunta alcuna risposta. A tale silenzio possono aver contribuito i ritardi legati al Patto per la Salute, le elezioni europee e le recenti dimissioni del Presidente della Conferenza Stato Regioni Vasco Errani. Certo è che ad oggi non è chiaro come siano stati destinati i 250 milioni di euro stanziati per le Case della Salute e la Farmacia dei Servizi.

Non è questa la sede per ribadire nel dettaglio quale è la nostra concezione di Farmacia dei Servizi. Non sono certo mancate le occasioni e i nostri conseguenti sforzi per rendere noto a tutti cosa intendiamo per Nuova Remunerazione o *pharmaceutical care*. E del resto, come nell'ultimo caso già citato del Commissario per la *spending review*, ci avvaliamo ogni volta di ricerche sempre più mirate e scientificamente solide.

A mancare, quindi, non sono né i contenuti né l'impegno. Il grande assente è uno spazio di dibattito costruttivo in grado di produrre risultati poi rapidamente concretizzabili. Viviamo insomma la profonda difficoltà nell'individuare stabilmente chi possa essere la nostra controparte istituzionale e ad intrecciare con essa un solido confronto. Una situazione resa ancora più amara dal fatto che col passare del tempo le nostre posizioni si fanno sempre più convincenti e validate dai fatti.