

L'allerta dagli ultimi dati FnomCeo: tra 2010 e 2012 calo di quasi 5mila specialisti delle branche principali

# Medici, flop delle specializzazioni

Inadeguata la copertura delle scuole universitarie: in bilico pediatri, igienisti e pneumologi

**C**inquemila specialisti in meno: è in netto calo il trend registrato dalla FnomCeo. Il confronto 2010-2012 parla chiaro: specialità-chiave come pediatria, ginecologia e ostetricia, chirurgia generale e cardiologia perdono dai 300 ai 500 professionisti. Molti di questi, usciti dall'albo per pensionamento, stenteranno probabilmente a essere rimpiazzati e rischiano di creare veri e propri "buchi" in ambito Ssn. A meno che alla programmazione dei contratti assegnati

alle scuole di specializzazione non si imprima un colpo di coda. Obiettivo per ora lontano: troppe incertezze nell'indicazione del fabbisogno, totale assenza di sistemi informativi capaci di far dialogare i diversi attori in campo. E allora emergono disparità evidenti: a forti fuoriuscite dalla professione corrisponde un'assegnazione dei posti nelle scuole inadeguata. Il bersaglio del giusto fabbisogno è ancora lontano.

A PAG. 2-3

## ■ Programmazione fuori bersaglio



Ultimi dati della FnomCeo sugli iscritti per branca: 4.972 medici "persi" tra 2010 e 2012

# Quei 5mila specialisti in meno

Fuori rotta la programmazione dei posti nelle scuole - Chi sale e chi scende

**T**ra il 2010 e il 2012 geriatria perde 61 professionisti ma guadagna 134 posti nelle scuole di specializzazione, pediatria ne perde per strada 507, di camici bianchi, ma si assicura non più di 315 contratti che non bastano a garantire la copertura dei posti tra chi lavora in ospedale e chi - i pediatri di libera scelta - sul territorio. E così via, dai casi più eclatanti a quelli meno stridenti, ma per i quali comunque manca un'evidente spiegazione. Mettere a confronto il trend degli specialisti negli ultimi anni e la distribuzione dei contratti di formazione 2011/2012, decisa per decreto dal ministro dell'Università Profumo (si vedano tabelle in pagina e articolo a pagina 4), conferma la mancata centratura di un target cruciale per il Ssn: costruire, ai fini della programmazione universitaria, «un progetto strategico che rimoduli e adegui fabbisogni, conoscenze e competenze professionali ai cambiamenti di contesto che caratterizzano il nostro servizio sanitario». Parole

che arrivano dal vicepresidente FnomCeo **Maurizio Benato**, medico di medicina generale a Padova che ogni anno, proprio per la mancanza di programmazione organizzata, contribuisce in prima persona alla definizione dei posti a bando per l'Università della sua città.

Ma se Benato si mostra sensibile al problema, pare che non altrettanto si possa dire della Federazione nel suo complesso. Spesso e volentieri, spiegano i tecnici della commissione Regioni-ministero chiamata a fissare il fabbisogno delle professioni sanitarie, i dottori latitano dalle riunioni in cui come "stakeholder" dovrebbero esprimere, accanto a Università e Regioni, le proprie richieste formative. Certo, il dialogo con gli atenei non è ancora avviato su una buona strada: dalla Federazione tengono a sottolineare le difficoltà di una programmazione «rigida perché disegnata soltanto sui posti messi a bando, legata essenzialmente ai

contratti offerti e alla disponibilità delle strutture universitarie». C'è poi la persistente difficoltà delle Regioni: quasi tutte profondamente distanti dal mettere a punto un piano per la formazione nelle singole branche che sia frutto di una raccolta sistematica e di un'analisi dei dati di "zona" - epidemiologici, di contesto, di popolazione, di andata in quiescenza dei professionisti - reali e utili alla definizione di una strategia.

Eppure a nessuno degli attori chiamati a determinare il fabbisogno si chiede di lavorare di fantasia: la legge (il Dlgs 502/1992 all'art. 6-ter) prescrive di tenere conto, per la definizione del numero di specialisti da formare ogni anno e per l'assegnazione dei posti a ogni scuola di specializzazione, delle esigenze di programmazione di Regioni e Province autonome con riferimento alle attività del Ssn. Più facile a dirsi che a farsi. Il processo di rilevazione del fabbisogno va a scontrarsi contro una grave carenza: l'assenza a tutt'oggi - come si sottolinea nell'ultimo documento elaborato dal coordinamento della commissione Salute delle Regioni e del ministero della Salute sulla determinazione dei fabbisogni formativi - di «una banca dati puntuale ed esaustiva della popolazione medica con il dettaglio per disciplina». Mancano le basi, insomma: oggi il Miur, chiamato ad assegnare

5mila contratti (a fronte degli oltre 8mila posti su cui da anni si è attestato il fabbisogno espresso dalle Regioni) dispone di statistiche ufficiali incomplete - basti pensare che il dato sulla specializzazione non è disponibile per circa il 16% dei medici Ssn - e le stesse informazioni che arrivano dalla Fnom scontano un margine di aleatorietà. La Federazione prevede infatti la non obbligatorietà della registrazione del titolo di specializzazione, la possibilità di indicare il doppio (o il triplo) titolo e, ancora, copre il dato al massimo al 65-70 per cento.

I dati Fnom sono comunque l'unica bussola per orientare la programmazione. Anche perché ormai fotografano la realtà occupazionale: la scelta di indicare la propria specialità al momento dell'iscrizione all'Albo indica la scelta professionale fatta. Il primo elemento che salta agli occhi, a guardare la tabella sul trend temporale degli iscritti, è che a fronte di incrementi anche rilevanti per singole specialità fino al 2005, da allora in poi si moltiplicano le percentuali di aumento precedute dal segno meno. Fino ad arrivare al confronto 2010-2012, in cui tutte le branche perdono. Fenomeno in gran parte attribuibile alla quiescenza (e in misura molto minore, per le specialità di più recente istituzione, alla "fuga di cervelli"). C'è tutta una classe di medici

nati negli anni '40 del secolo scorso che sta andando in pensione: i pediatri perdono 507 professionisti (nel complesso 1.456 tra

2000 e 2012), i chirurghi e i cardiologi rispettivamente 359 e 355, gli igienisti 385, i ginecologi sono 309 in meno. Ancora, ortopedici, esperti in malattie dell'apparato respiratorio e radiodiagnostici vanno ben oltre i 200 sotto. "Tengono" altre professioni che permettono l'impiego lavorativo privato: come oftalmologia e otorinolaringoiatria. Lievissimo il calo per la chirurgia maxillo-facciale e plastica o ricostruttiva (forse per effetto dei nuovi bisogni di cura), mentre registra una lieve flessione la nuova disciplina della genetica medica. Impossibile, invece, stimare l'andamento di alcune specializzazioni non certo trascurabili, come audiologia e neurofisiopatologia, che non compaiono nelle rilevazioni Fnom.

Saldo invariato per radioterapia, che mantiene esattamente lo stesso numero di iscritti alla Federazione. Ma è l'unico caso, mentre rischiano di andare in rosso i medici specialisti in igiene e medicina preventiva, che sono anche quelli a cui vengono affidate le direzioni sanitarie di Asl e ospedali e che quindi sono

esperti di programmazione e gestione, o i gastroenterologi e i medici legali, specialità sicuramente di punta sia per il diffondersi delle patologie gastriche legate ad ambiente e stress, sia - i medici legali - per tutti gli aspetti legati al contenzioso medico e alla medicina difensiva.

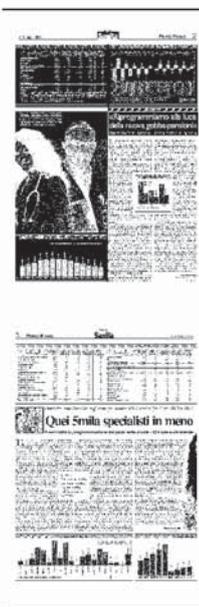
Avere ben chiaro il quadro dell'"emorragia" di iscritti per specialità è senz'altro un elemento utile alla programmazione dei posti messi a bando, se solo i medici da un lato e il sistema Regioni-Università dall'altro, sapranno dialogare meglio e riusciranno a dotarsi di sistemi informativi adeguati. Al contrario, nella situazione attuale la programmazione ferma al palo e la fuoriuscita di professionisti in settori strategici dell'assistenza rischiano di creare "buchi" poi difficili da colmare. Con buona pace del fabbisogno di cura e delle nuove sfide assistenziali espresse dal Servizio sanitario nel suo complesso.

**Barbara Gobbi**

di GIORDANA FALCETTI

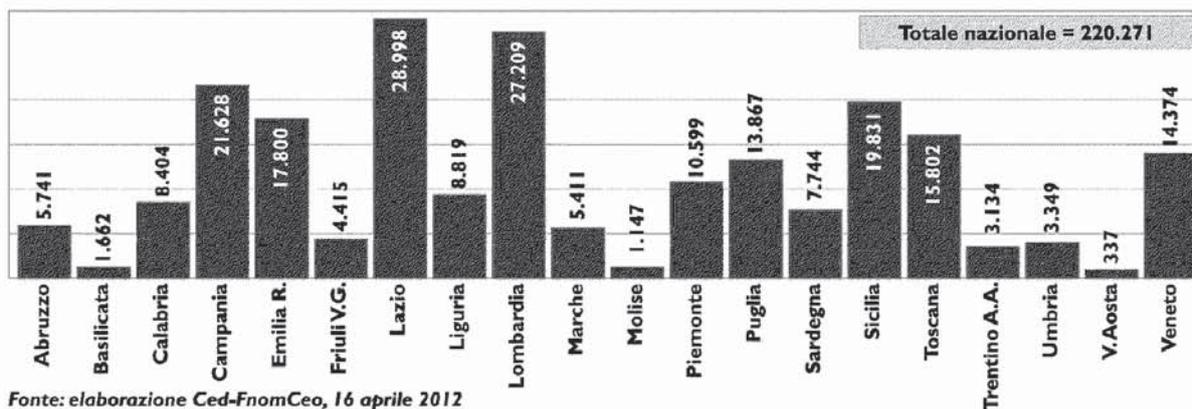
**Le specialità per anni e confronto**

Specializzazione	Specialisti 2012	Differenza 2000-2012	Differenza 2005-2012	Differenza 2010-2012	Posti a bando 2011-2012
Allergologia e immunologia clinica	2.114	121	-13	-13	30
Anatomia patologica	1.772	13	-76	-39	57
Anestesia e rianimazione	13.273	1.107	-233	-220	529
Biochimica clinica	588	20	0	-4	21
Cardiochirurgia	855	105	-12	-14	45
Cardiologia	15.642	-578	-831	-355	256
Chirurgia dell'apparato digerente	2.144	-18	-55	-17	22
Chirurgia generale	15.418	-672	-904	-359	278
Chirurgia maxillo-facciale	722	102	5	-2	30
Chirurgia pediatrica	812	21	-24	-13	12
Chirurgia plastica e ricostruttiva	1.651	121	-50	-37	40
Chirurgia toracica	1.506	-55	-92	-28	34
Chirurgia vascolare	2.329	25	-65	-32	47
Dermatologia e venereologia	5.492	201	-109	-64	63
Ematologia	4.620	-133	-204	-89	72
Endocrinologia e mal. del ricambio	7.134	24	-199	-87	68
Farmacologia	885	1	-19	-12	15
Gastroenterologia	6.701	-524	-452	-158	68



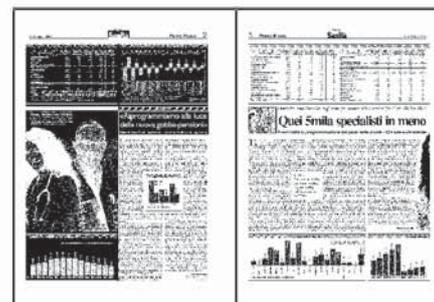
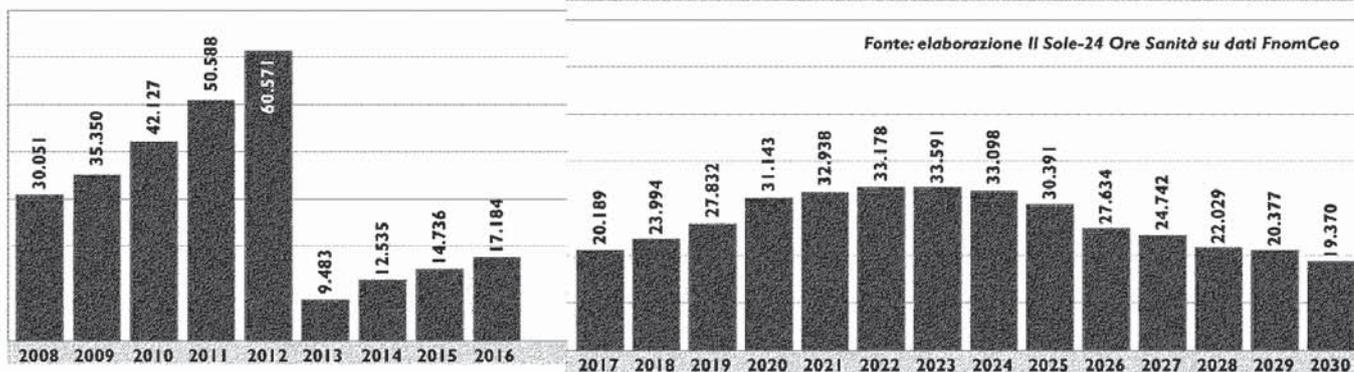
Specializzazione	Specialisti 2012	Differenza 2000-2012	Differenza 2005-2012	Differenza 2010-2012	Posti a bando 2011-2012
Genetica medica	339	57	7	-5	24
Geriatrica	5.319	279	-105	-61	134
Ginecologia e ostetricia	14.182	-466	-772	-309	219
Igiene e medicina sociale	13.190	-1.167	-1.044	-385	149
Malattie dell'apparato respiratorio	7.407	-783	-588	-208	80
Malattie infettive	3.321	-24	-124	-49	51
Medicina del lavoro	7.893	137	-307	-154	80
Medicina dello sport	4.595	16	-111	-53	32
Medicina di comunità	32	0	0	-1	4
Medicina fisica e riabilitazione	5.505	232	-137	-83	121
Medicina interna	11.836	-208	-616	-262	234
Medicina legale	5.054	-165	-308	-142	60
Medicina nucleare	1.286	46	-23	-16	47
Medicina tropicale	395	-23	-28	-4	4
Microbiologia e virologia	907	-19	-31	-18	19
Nefrologia	3.664	245	-31	-21	94
Neurochirurgia	1.147	146	5	-13	59
Neurologia	7.846	11	-302	-132	113
Neuropsichiatria infantile	3.274	249	-81	-44	68

**Gli specialisti per Regione**



Fonte: elaborazione Ced-FnomCeo, 16 aprile 2012

**L'evoluzione della gobba pensionistica dei medici ipotizzata dalla Fnom**

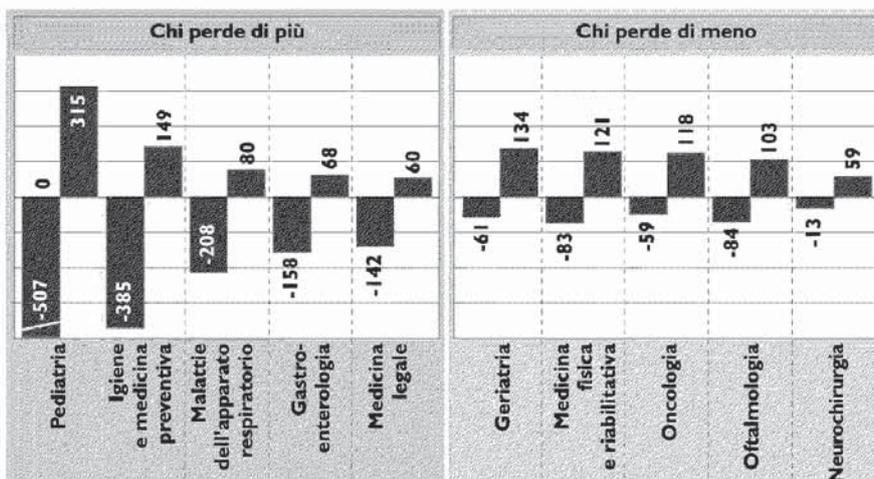


Specializzazione	Specialisti 2012	Differenza 2000-2012	Differenza 2005-2012	Differenza 2010-2012	Posti a bando 2011-2012
Odontostomatologia	12.975	-886	-406	249	-
Oftalmologia	7.225	299	-140	-84	103
Oncologia	4.596	123	-124	-59	118
Ortopedia e traumatologia	8.775	-25	-418	-205	201
Otorinolaringoiatria	6.619	-16	-233	-96	91
Patologia clinica	2.969	-113	-131	-54	50
Pediatria	20.373	-1.527	-1.456	-507	315
Psichiatria	10.306	839	-70	-111	185
Radiodiagnostica	9.335	47	-443	-231	343
Radioterapia	640	230	38	0	94
Reumatologia	2.239	170	-4	-16	34
Scienza dell'alimentazione	2.019	29	-58	-30	22
Tossicologia medica	1.018	-39	-46	-9	5
Urologia	4.420	-301	-367	-136	88
<b>Totali</b>	<b>274.359</b>	<b>-2.726</b>	<b>-11.787</b>	<b>-4.792</b>	<b>4.928 *</b>

\* Mancano nella rilevazione From le specialità di medicina d'urgenza, neurofisiopatologia e audiologia. Il numero dei posti a bando è ogni anno fissato in 5mila contratti a carico dello Stato ma per molte specialità i nuovi posti non coprono la riduzione degli specialisti mentre per altri sono superiori.

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Ced-FromCeo al 23 aprile 2012 e dati Miur

**Programmazione fuori bersaglio: l'esempio di dieci specialità**



- La specializzazione in Odontostomatologia non c'è più dal 1992
  - La specializzazione in Medicina di comunità non è riportata in quanto presenta valori estremamente bassi
- Diff. 2010-2012  
■ Posti a bando

Più risorse, corsi abbreviati a 4 anni ove possibile, finanziamento statale per tre anni e biennale con contratto di lavoro dipendente presso il Ssr, branche accorpate. Ecco le proposte delle Regioni per far fronte alla carenza di fondi destinati alle scuole di specializzazione.



*Professioni e lauree,  
 8.700 posti spartiti*

**U**na carenza di oltre 8.700 posti tra i bandi che l'Università dovrebbe

prevedere per il nuovo anno accademico delle 22 professioni sanitarie e la richie-

sta delle Regioni, analoga a quella delle categorie. Sono i dati che emergono per il fabbisogno di posti a bando

per i corsi di laurea delle professioni sanitarie rilevati dal ministero della Salute.

A PAG. 6

*UNIVERSITÀ/ Richieste di Regioni e categorie per la programmazione delle lauree delle professioni*

# Carenza in vista di 8.700 posti

**Servono più infermieri e meno tecnici - In radiologia i maggiori esuberanti**

**U**na carenza di oltre 8.700 posti tra i bandi che l'Università dovrebbe prevedere per il nuovo anno accademico delle 22 professioni sanitarie (da anni intorno ai 28mila posti) e la richiesta delle Regioni. Che a sua volta è di poco diversa numericamente da quella delle categorie professionali.

Questi i dati che emergono dalla raccolta per le procedure degli esami di ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie rilevati dal ministero della Salute.

Le novità sono: il pareggio di fabbisogno tra Regioni e categorie a quota 35mila, la maggiore richiesta delle Regioni su infermiere e la sovrastima per i tecnici di radiologia, di laboratorio, di neurofisiopatologia e per ostetrica.

Con questi dati entro il 30 aprile la Stato-Regioni dovrebbe determinare il fabbisogno formativo che sarà la base per la successiva ripartizione di corsi e posti per ognuna delle 42 Università con facoltà di Medicina e chirurgia, che emanerà il ministero dell'Università entro fine giugno.

Quest'anno per la prima volta il fabbisogno stimato dalle Regioni (35.650) supera di 921 posti (+2,7%) quello delle categorie (34.729). Un'inversione di tendenza "alterata" però dalla Sicilia che su infermiere ha triplicato il fabbisogno da 1.500 a 4.700 (+213%). Differenze tra Regioni e categorie che non hanno alcuna incidenza sull'offerta formativa delle Università, inferiore di oltre 8mila posti (-22%) e quasi tutti su infermiere (8.194, -34%). Infatti anche se il potenziale formativo delle Università deve essere ancora definito, difficilmente si potranno attendere aumenti rispetto ai 28.142 posti a bando 2010 e i 27.120 del 2011.

La sottostima delle Regioni, oltre all'infermiere, riguarda la maggioranza delle professioni: educatore 650 su 1.229 richiesti dalla categoria (-47%), terapeuta occupazionale 263 su 600 (-56%), assistente sanitario 293 su 351 (-41%), audioprotesista 239 su 465 (-49%), igienista dentale 553 su 723 (-24%) e a seguire tutte le altre, con valori inferiori.

Al contrario, per quanto riguarda l'esubero delle Regioni rispetto alle categorie, con valori superiori al 20%, le professioni interessate sono 4: tecnico di radiologia da 973 a 1.332 delle Regioni, con surplus di 359 (+37%), ostetrica da 816 a 1.091, con differenza di 275 (+34%) e tecnico di laboratorio con la categoria a 948 e le

Regioni a 1.171, con differenza di 223 (+24%). Rilevanti, anche se di proporzioni minori, sono gli esuberanti per fisioterapista per 160 posti (+8%) tra i 2.103 stimati della categoria e i 2.262 delle Regioni, con analoga situazione per tecnico di neurofisiopatologia per il +18% dovuto ai 130 delle Regioni rispetto ai 110 della categoria.

Infine, l'esubero maggiore in valori assoluti (1.954), ma minore in quelli percentuali (9%), riguarda infermiere. Tra questi esuberanti il più alto e critico è ancora quello di radiologia che nel 2011 era del 36%, solo un punto in meno di quello attuale. Le Regioni con il maggiore esubero, pari al doppio, sono il Veneto con 200 rispetto a 85 della categoria, Piemonte con 90 su 40, Lazio 120 su 60, Calabria 50 su 10 e Sicilia con 100 della Regione e 60 della categoria. È per questo che la categoria, Federazione nazionale dei tecnici di radiologia, da qualche anno sta insistentemente chiedendo a Regioni e Salute di prendere atto del preoccupante aumento della disoccupazione, di cui invece si dovrebbe tenere debitamente conto, come stabilito dal Dlgs 229/1999 e più recentemente dalla legge 240 del 2011.

In generale, dal punto di vista statistico, per tutte le 22 professioni, la differenza delle Regioni rispetto alle categorie che è di 921 (+2,7%) si riferisce ai 2.929 in carenza e ai 3.850 in esubero.

Sarebbero due le ragioni della mancata corrispondenza tra le parti: scarse consultazioni e assenza di criteri uniformi (v. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 9/2007).

Rispetto ai criteri sono anni che il ministero della Salute invita le Regioni ad «assicurare l'uniformità e la sistematicità della metodologia di rilevazione ed esplicitare i principali indicatori utilizzati (turn-over, tassi di occupazione, personale in formazione)».

Indicazioni che la Conferenza delle Regioni aveva recepito lo scorso anno con l'impegno di «attivare criteri rigorosi e condivisi di analisi del fabbisogno». Ma anche stavolta alcune Regioni non considerano le proposte che le categorie avanzano autonomamente né avviano gli incontri di consultazione. Se da una parte si distingue in positivo, a esempio, la Lombardia che per prima ha attivato da 5-6 anni periodiche consultazioni, separate e congiunte, con le categorie e con le Università, altrettanto non si può dire per



altre Regioni che non prevedono alcun tipo di consultazione con le categorie, tra cui Lazio e Basilicata.

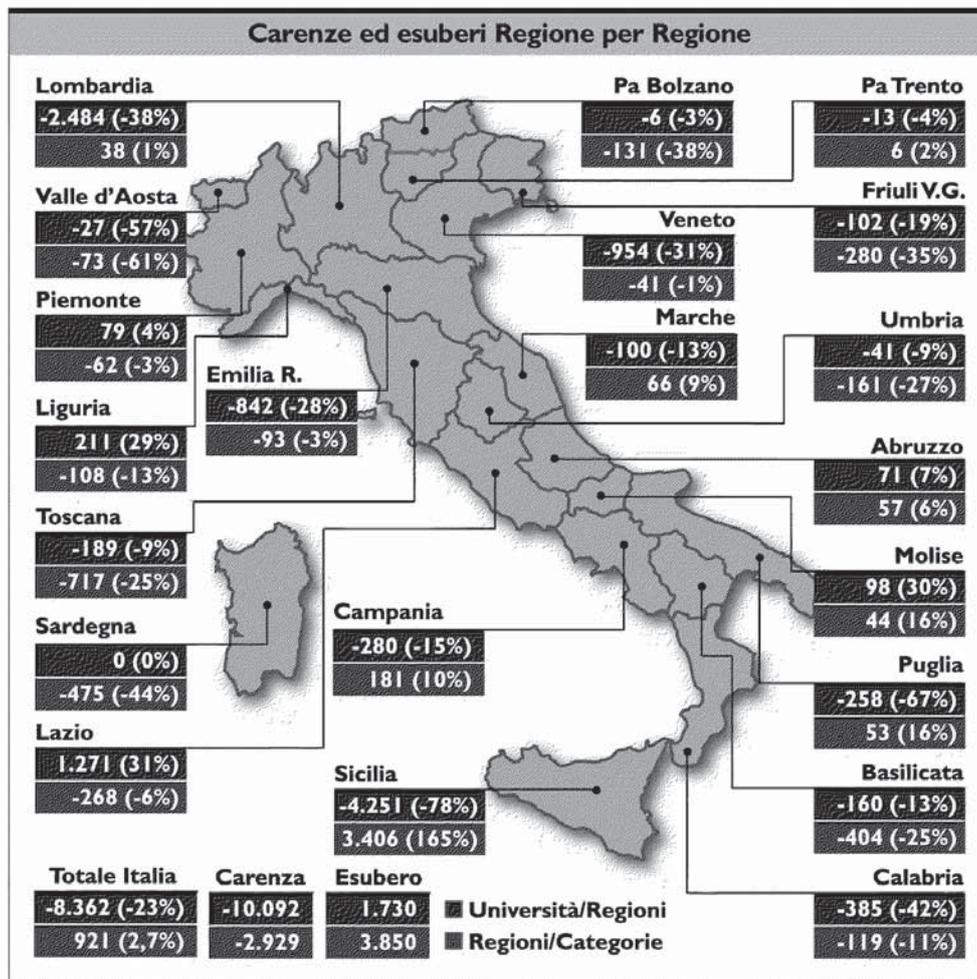
Come conseguenza delle mancate consultazioni o di divergenze fra categorie e Regioni si rilevano differenze anche sproporzionate e quasi sempre riguardano a infermiere. Con valori di sottostima che vanno oltre il -25%, come per la Sardegna con 595 della Regioni sui 1.070 delle categorie (-44%), Friuli con 525 rispetto a 805 (-35%), Puglia con 1.230 rispetto a 1.634 (-25%), Toscana con 2.165 della Regione e

2.882 delle categorie (-25%), Umbria 445 contro 606 (-27%). Al contrario per l'esubero delle Regioni, quello maggiore riguarda appunto la Sicilia: i 5.470 posti della Regione che sono superiori di 3.406 (+165%) ai 2.064 delle categorie.

**Angelo Mastrillo**

Segretario Conferenza dei corsi  
di laurea professioni sanitarie

Esperto Osservatorio formazione universitaria  
professioni sanitarie



**Le differenze tra richieste di Regioni e categorie e posti a bando negli atenei**

Professioni	Operatori			Posti secondo:									Differenze						
	N.	%	Per mln di pop.ne	Turn over		Università 2011			Regioni 2012			Categorie 2012			Università/Regioni		Regioni/Categorie		
				5%	Per mln di pop.	N.	%	Per mln di pop.	N.	%	Per mln di pop.	N.	%	Per mln di pop.	N.	%	N.	%	
Infermiere	383.764	63,5	6.355	19,188	317,7	15.949	58,4	264,1	24.143	67,7	399,8	22.189	62,2	367,4	-8.194	-34,0	1.954	9,0	
Fisioterapista	42.000	6,9	696	2.100	34,8	2.206	8,1	36,5	2.262	6,3	37,5	2.103	5,9	34,8	-56	-2,0	160	8,0	
Tecnico laboratorio	30.000	5,0	497	1.500	24,8	1.116	4,1	18,5	1.171	3,3	19,4	948	2,7	15,7	-55	-5,0	223	24,0	
Tecnico prevenzione lavoro	30.000	5,0	497	1.500	24,8	753	2,8	12,5	884	2,5	14,6	865	2,4	14,3	-131	-15,0	19	2,0	
Educatore professionale	25.000	4,1	414	1.250	20,7	694	2,5	11,5	650	1,8	10,8	1.229	3,4	20,4	44	7,0	579	-47,0	
Tecnico radiologia	23.542	3,9	390	1.177	19,5	1.441	5,3	23,9	1.332	3,7	22,1	973	2,7	16,1	109	8,0	359	37,0	
Ostetrica	16.885	2,8	280	844	14	973	3,6	16,1	1.091	3,1	18,1	816	2,3	13,5	-118	-11,0	275	34,0	
Infermiere pediatrico	10.221	1,7	169	511	8,5	318	1,2	5,3	278	0,8	4,6	173	0,5	2,9	40	14,0	105	61,0	
Logopedista	8.000	1,3	132	400	6,6	563	2,1	9,3	578	1,6	9,6	681	1,9	11,3	-15	-3,0	-103	-15,0	
Assistente sanitario	6.169	1,0	102	308	5,1	254	0,9	4,2	351	1,0	5,8	593	1,7	9,8	-97	-28,0	-242	-41,0	
Dietista	3.500	0,6	58	175	2,9	353	1,3	5,8	343	1,0	5,7	434	1,2	7,2	10	3,0	-91	-21,0	
Tecnico audioprotesista	3.200	0,5	53	160	2,6	262	1,0	4,3	239	0,7	4,0	465	1,3	7,7	23	10,0	-226	-49,0	
Ortottista	3.000	0,5	50	150	2,5	232	0,9	3,8	214	0,6	3,5	287	0,8	4,8	18	8,0	-73	-25,0	
Tec. fisiopat. cardiocirc.	3.000	0,5	50	150	2,5	198	0,7	3,3	199	0,6	3,3	217	0,6	3,6	-1	-1,0	-18	-8,0	
Tecnico ortopedico	3.000	0,5	50	150	2,5	142	0,5	2,4	111	0,4	2,3	136	0,4	2,3	1	1,0	5	3,0	
Tecn. riabilitaz. psichiatrica	3.000	0,5	50	150	2,5	303	1,1	5,0	299	0,8	5,0	330	0,9	5,5	4	1,0	-31	-9,0	
Terapista neuro età evolut.	3.000	0,5	50	150	2,5	322	1,2	5,3	307	0,9	5,1	455	1,3	7,5	15	5,0	-148	-33,0	
Igienista dentale	2.200	0,4	36	110	1,8	603	2,2	10,0	553	1,6	9,2	723	2,0	12,0	50	9,0	-170	-24,0	
Tecnico neurofisiopatologia	1.500	0,2	25	75	1,2	121	0,4	2,0	130	0,4	2,2	110	0,3	1,8	-9	-7,0	20	18,0	
Podologo	1.200	0,2	20	60	1,0	138	0,5	2,3	106	0,3	1,8	227	0,6	3,8	32	30,0	-121	-53,0	
Tecnico audiometrista	1.200	0,2	20	60	1,0	85	0,3	1,4	149	0,4	2,5	260	0,7	4,3	-64	-43,0	-111	-43,0	
Terapista occupazionale	1.000	0,2	17	50	0,8	262	1,0	4,3	230	0,6	3,8	515	1,4	8,5	32	14,0	-285	-55,0	
<b>Totale</b>	<b>604.381</b>		<b>10.000</b>	<b>30.219</b>	<b>500,0</b>	<b>17.288</b>		<b>452,0</b>	<b>35.650</b>		<b>590,0</b>	<b>34.729</b>		<b>575,0</b>	<b>-8.362</b>	<b>-23,0</b>	<b>921</b>	<b>2,7</b>	
<b>Carenza</b>															<b>-8.740</b>			<b>-2.198</b>	
<b>Esubero</b>															<b>378</b>			<b>3.119</b>	



*COSMOFARMA 2012/ Alla fiera annuale del settore la categoria sbircia il futuro*

# Farmacie, orizzonti confusi

**Pensioni, aperture, orari: recite a soggetto - Tempesta di ricorsi in arrivo**

**L**a Asl di Avellino non ha perso tempo. Il decreto sulle liberalizzazioni era stato convertito in legge da appena una settimana quando il funzionario addetto ha imbracciato carta, penna e calamaio per ricordare a una titolare di farmacia classe 1941 che Big Ben aveva detto stop, concedendole massimo 30 giorni per cercarsi un direttore di presidio. «In mancanza si provvederà come per legge» è la chiusa dell'algido messaggio. Laddove la legge - e la successiva interpretazione ministeriale della medesima - intende priva dei requisiti che consentono l'apertura la farmacia con un ultrasessantacinquenne al timone. Veloce Avellino, ma altrettanto rapide Lucca, Palermo, Arezzo, Mantova, Lecco e via dicendo. Messaggi come questi ormai hanno sommerso da Nord a Sud Italia tutti gli interessati: salvo alcuni casi (Avellino è tra quelli) non si danno scadenze perentorie ma ovunque è la stessa solfa: over-65 vade retro. Mentre è data per sfumata la possibilità di veder inserito nel Dl sulle concessioni bancarie l'emendamento "retard" promesso da Balduzzi a Federfarma (ovvero il rinvio di tre anni dell'applicazione della norma e l'esclusione dalla medesima dei titolari di farmacia rurale sussidia-

ta che un direttore - anche volendo - non potrebbero neanche permetterselo dal punto di vista economico) già si pensa a un'altra navetta legislativa cui agganciare il vagoncino dei sessantacinquenni al bancone, magari il Dl lavoro, puntando ad agganciare l'ammorbidimento della norma alla tempistica di transizione che sarà decisa dall'Enpaf, già al lavoro per obblighi di legge sulla stessa materia (si veda articolo in questa pagina). Si vedrà. Intanto è più che certa la valanga di ricorsi e di richieste di chiarimento sull'attuazione di gran parte delle norme del decreto che definiscono in più punti illogico e incoerente. Non è un caso se alla fiera annuale del settore - Cosmofarma, in programma in settimana a Roma - abbondano i workshop dedicati ai rebus della riforma.

L'ultima ombra l'ha evidenziata il Movimento spontaneo dei farmacisti italiani (Msf), convinto che la norma sul pensionamento imporrebbe a tutti gli over-65 di trasformare la farmacia in una società, passaggio reso obbligato dalla legge 362/1991 che elenca tutti i casi in cui il titolare può nominare un direttore. Secondo Msf c'è il rischio che le farmacie cadano nelle spire di finanziatori pronti a for-

nire un socio di comodo per poi fagocitare l'intera azienda. Un rebus tra i tanti, in un percorso applicativo su cui dall'inizio si recita a soggetto. Come sulla questione, spinosissima, dei resti. Un'interpretazione univoca non c'è: vanno obbligatoriamente aperte o no le farmacie che scattano quando si registra un'eccedenza di abitanti rispetto al quorum fissato dal Dl liberalizzazioni? Molte Regioni - anche quelle meno orientate a veder sfruttata fino in fondo la norma - hanno passato la palla ai Comuni e questi ultimi stanno facendo di testa propria, perlopiù abbondando nel numero di aperture previste. Il totale di queste scelte non è ancora noto e contribuisce a tenere con il fiato sospeso i titolari che nel frattempo non hanno di che annoiarsi alle prese con la nuova (ma annunciata) tempesta degli orari. La possibilità concessa dal Dl sulle liberalizzazioni di prolungare a piacimento l'orario di apertura sta disamorando i farmacisti volontari della notte: 8 defezioni su 25 a Milano; 8 su 50 a Roma, sono i primi risultati a fronte della scelta da parte di presidi "concorrenti" della stessa zona che hanno annunciato il prolungamento dell'orario fino alle 21,30 o alle 22, la fascia oraria dove si concentra la maggior parte

degli acquisti da parte dei ritardatari. Il problema non si evidenzia ovunque ma anche in questo caso ci sarà da attendere un periodo di assestamento per vedere l'effetto finale dell'extra-orario soggettivo sul servizio.

Qualcuno però è già corso ai ripari: la Puglia ha liberalizzato fino alle 20,30 e il sabato, lasciando intangibili i turni di notte e i festivi; la Sicilia ha chiesto un parere dell'Avvocatura dello Stato sulla stessa questione. Anche in questo caso l'esito finale lo si avrà solo a bocce ferme, ma è chiaro fin d'ora che le soluzioni potranno risultare diversificate da territorio a territorio, con un nuovo sequel di polemiche.

E intanto c'è un nuovo ronzio fastidioso che arriva a rendere ancora più confusa la scena... ma se il veterinario prescrive al Pet di casa un farmaco per uso umano la parafarmacia che fa? Dispensa o no? Certo che sì, rispondono le interessate.

Com'è lontana l'epoca in cui si chiedeva al medico della mutua di prescrivere anche la medicina per Fido a carico del Ssn...

**Sara Todaro**



FEDERFARMA

## La riscossa passerà per i nuovi servizi

**C**osmofarma cade in un momento di grandi novità per il settore farmaceutico. Da poche settimane è legge il decreto sulle liberalizzazioni. È appena scaduto il termine per i Comuni per individuare le "zone" in cui aprire le nuove farmacie. Le Regioni hanno ora un anno di tempo per bandire i concorsi per l'assegnazione delle nuove sedi. Restano ancora irrisolti vari nodi critici, primo fra tutti quello del pensionamento del direttore/titolare di farmacia, per il quale il ministro Balduzzi ha assicurato un intervento correttivo.

Ma Cosmofarma, che è la manifestazione in cui vengono presentate le novità del settore - un grande momento di confronto e scambio di opinioni tra farmacisti e operatori della filiera - non deve essere l'occasione per recriminare o effettuare analisi pessimistiche. Al contrario, deve essere un momento per parlare di rilancio della farmacia che, proprio in una fase di difficoltà, deve trovare le energie e le risorse per ripartire come ha sempre fatto nei periodi critici. Non per niente, anche dopo la pesante campagna mediatica negativa che ha accompagnato il decreto "cresci-Italia", la farmacia gode di un altissimo livello di gradimento da parte degli italiani, come dimostra la recente indagine dell'Ispo di Renato Mannheim. Il contesto è difficile. La spesa farmaceutica è in calo a seguito dei tagli a prezzi e margini, della crescente diffusione dei medicinali a brevetto scaduto, del ricorso alla distribuzione diretta da parte di ospedali e Asl. Le nuove aperture di farmacie in base al decreto sulle liberalizzazioni e il potenziamento dei canali alternativi contribuiscono a comprimere ulteriormente spazi e risorse delle farmacie.

Proprio per questo è necessario un profondo rinnovamento delle regole, che non sono più adeguate a un contesto completamente

cambiato.

Innanzitutto, è indispensabile introdurre un nuovo meccanismo di remunerazione sui farmaci Ssn, in grado di salvaguardare il margine delle farmacie sui medicinali a brevetto scaduto a basso prezzo e, allo stesso tempo, rendere conveniente per la parte pubblica l'erogazione in farmacia dei medicinali ad alto costo.

È necessario inoltre rinnovare la convenzione farmaceutica nazionale, scaduta nel 1998.

In questi anni la normativa è cambiata e alla convenzione sono state demandate materie come la definizione delle modalità attuative dei nuovi servizi, la definizione del concetto di ruralità, l'individuazione dell'organico della farmacia in relazione al fatturato Ssn e all'erogazione dei servizi di cui al decreto legislativo n. 153/2009. Proprio la convenzione deve diventare la chiave di volta per costruire un nuovo modello di farmacia, con un legame ancora più stretto con il Ssn e con il territorio; una farmacia che possa favorire la tendenza alla deosped-

alizzazione e dare una risposta alla riduzione delle prestazioni socio-assistenziali da parte degli enti locali.

Penso a una farmacia integrata con gli altri presidi territoriali, soprattutto con i medici di medicina generale, in grado di farsi carico degli anziani e dei malati cronici in politerapia, partecipando al servizio di assistenza domiciliare e fornendo prestazioni di altri operatori socio-sanitari. In questo modo si potrebbero assicurare servizi più efficienti, a costi contenuti e controllati. Alcune sperimentazioni in questo senso si stanno avviando in alcune Regioni. È questa la strada da percorrere per consentire alla farmacia di reggere l'urto di misure poco razionali, improvvisate e inadeguate a garantire il miglioramento della qualità del servizio, quali sono quelle introdotte con il decreto sulle liberalizzazioni.

**Annarosa Racca**  
 Presidente Federfarma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Remunerazione  
 e rinnovo  
 della convenzione  
 primi obiettivi



Il caso

## Quell'alleanza sui generici che fa risparmiare il servizio sanitario

**L'**elogio del ruolo dei farmacisti arriva dal fronte delle industrie del farmaco generico. Giorgio Foresti, presidente Assogenerici, l'ha spesso ricordato: «L'affermazione e lo sviluppo del farmaco senza brevetto, che fa risparmiare così tanto alla casse del Servizio sanitario, ma anche al cittadino, dipende dal ruolo del farmacista, dalla sostituibilità. E questo anche se il guadagno del farmacista è, in parte, inferiore». Molto dipende dai volumi, ovviamente, visto che per definizione il prezzo di un generico è di almeno il 20% inferiore a quello dell'originale (ma si arriva anche al 40%). Sul fronte degli sconti ai farmacisti attualmente non vi è possibilità di "giocare": la norma indica il 41,35% sui generici, circa il 33% sui prodotti di marca (una differenza dell'8%). Il Servizio sanitario rimborsa la specialità medicinale di riferimento solo per un importo pari al prezzo più basso del medicinale equivalente in commercio. Eventuali differenze le paga il cittadino di tasca propria. «Il mercato del generico è in lieve aumento e tra quest'anno e il prossimo scadranno ancora importanti brevetti, poi niente più risparmi, ma dal 2014 arriveranno alcune scadenze sui biosimilari, i farmaci biotec che hanno costi assai più alti e procedure di registrazione complesse», aggiunge Foresti. Questa settimana entra in commercio il generico dell'anticoagolante atorvastatina calcio triidrato (un valore di quasi 500 milioni di euro). Si è calcolato (da [managementconsulting.it/blog](http://managementconsulting.it/blog)), per il 2010, che la media di pezzi venduti per ogni farmacia privata è stata di circa 600 con un ricavo di circa 17.000 euro. Tra le scadenze più significative tra 2012 e 2013 anche vari sartani (antipertensivi: irbesartan, telmisartan, irbesartan-idroclorotiazide), poi il salmeterolo xinafoato/flutica un importante farmaco per la Bpco, terapia sintomatica degli stati broncospastici (quasi 300 milioni in valore). Farmacisti più alleati dei medici sul fronte dei generici? Cosa che può avvenire solo in Italia,

generico che non è sempre della stessa azienda (anche qui possibili variazioni nelle composizioni ma stessa equivalenza terapeutica...) per Foresti è una polemica pretestuosa: «Se il medico segnala al farmacista l'azienda, nel 90% avrà quel farmaco. Ma così anche se il paziente portasse la scatola già utilizzata. Tra l'altro l'85% del mercato del generico è in mano a 5 grandi aziende di altissima qualità e affidabilità». Si tratta di multinazionali che operano in tutto il mondo: Teva, Sandoz-Novartis, Eg, Mylan, Doc generici. Sebbene farmaci come la diffusa nimesulide (l'equivalente dell'Aulin) siano prodotti da 17 diverse aziende, il 90% della vendita e distribuzione ai farmacisti è legata alle 5 grandi aziende, sottolinea sempre il presidente Assogenerici.

Discorso diverso quello sui farmaci biotecnologici, molecole frutto di modificazioni genetiche di cellule (Dna ricombinante) in modo da produrre sostanze (in genere proteine) purificate da somministrare all'uomo. Tra queste l'insulina o gli anticorpi monoclonali per malattie reumatiche e tumori. I meccanismi di approvazione di un biosimilare (che non è una "copia" di un farmaco, come per i generici, ma una cellula vivente dove si applica l'ingegneria genetica) prevedono sperimentazioni in laboratorio e poi sull'uomo, come per un farmaco nuovo. Un iter che può durare dai tre ai sette anni. Il risparmio per il Servizio sanitario è mediamente del 30 per cento. In Italia sono autorizzati la somatropina (ormone della crescita), l'epoetina alfa (anemia), il filgrastim (neutropenia da chemio). Nei prossimi 10 anni sarà quasi solo da qui che si potranno avere effetti "calmieranti" sul fronte della spesa sanitaria-farmaceutica.

(m. pag.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le scadenze brevettuali del 2012-2013 e poi l'arrivo dei biosimilari**

come le polemiche sulla variabilità di eccipienti e principi attivi più volte chiarite dai farmacologi (in primis l'autorevole Istituto Mario Negri con Silvio Garattini). Anche il fatto del



## SALUTE

### LE TERAPIE

#### ANTICORPI E FARMACI INTELLIGENTI MA L'ITALIA NON LI RICONOSCE

li studi sul [melanoma](#) metastatico hanno portato a due nuovi farmaci: un anticorpo monoclonale che stimola il sistema immunitario del paziente, e un farmaco 'intelligente' capace di riconoscere uno specifico meccanismo di sviluppo del [melanoma](#). Il vemurafenib, prodotto per tutto il mondo in Italia, nello stabilimento Roche di Segrate, è il primo farmaco che permette il trattamento in un gruppo di pazienti con una mutazione sulla proteina Braf, coinvolta nella proliferazione e nella sopravvivenza delle cellule tumorali. La proteina è mutata nel 60% dei casi. La stragrande maggioranza di questi pazienti (con mutazione Braf V600e) può trarre beneficio dal trattamento con vemurafenib, ma è cruciale lo screening per individuarli. Entrambi i farmaci sono approvati in Usa e Ue ma non in Italia. A oggi, il prodotto è a disposizione dei pazienti grazie all'azienda che, in attesa di autorizzazione, lo distribuisce a uso compassionevole.

*(silvia baglioni)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## SALUTE

### I tumori

#### MA L'ASPIRINA NON VA CONSIGLIATA

Nell'articolo "Tumori: l'aspirina anticancro", probabilmente vi è sfuggita la pericolosità di un'informazione di questo tipo: l'aspirina è un farmaco di libera vendita (da banco); l'aspirina (soprattutto l'uso continuo) ha gravi effetti collaterali (...); la buona pratica clinica di oggi non ci consente di raccomandare l'aspirina per la prevenzione dei tumori  
Info al nostro centro (pubblico)  
<http://biblioteca.asmn.re.it>

*Daniilo Orlandini, Reggio Emilia*

---

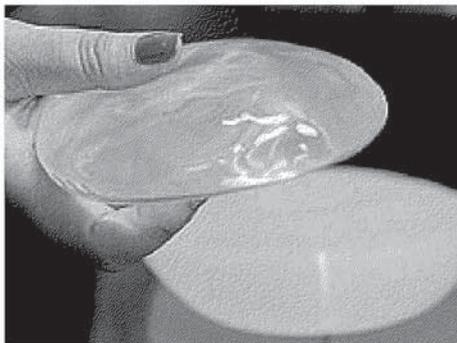
*L'articolo sintetizzava ricerche e segnalava limitazioni cercando di spiegare la relazione tra infiammazione e tumori: non si "consigliava" l'uso dell'aspirina "preventiva"*



## Protesi Pip Il Tar al ministero: sull'espianto decidano le donne

### ORDINANZA

Il ricorso  
era stato  
presentato  
dal Codacons  
(Reuters)



**ROMA.** Il Tar del Lazio ha ordinato al **ministero della Salute** di rivedere entro 20 giorni l'ordinanza sulle protesi al seno pericolose prodotte in Francia, con il quale vengono fissati limiti all'espianto e al reimpianto. Lo comunica il Codacons, sottolineando «soddisfazione» per l'accoglimento del ricorso promosso dall'associazione. «Il Tar con una clamorosa ordinanza ha confermato in pieno la nostra tesi, secondo la quale devono essere le donne che hanno subito l'impianto delle protesi, e non i medici, a decidere sulla rimozione delle stesse».

## A TAVOLA



EUGENIO DEL TOMA\*

### EDUCAZIONE ALIMENTARE E REPRESSIONE FISCALE

**L**a scorsa settimana ho contestato il gratuito disprezzo insito nel termine "cibo spazzatura" (junk food per gli anglofoni). Questa assurda definizione, adottata non dai fisiologi e neppure dai veri nutrizionisti, serve solo a trasferire i danni di uno stile di vita sbagliato su dei cibi, certamente squilibrati a favore di grassi e zuccheri semplici, ma che in altri continenti risulterebbero terapeutici per chi convive e muore con la

"malnutrizione per difetto". Ribadisco, perciò, che gli alimenti in regola con le norme del commercio non sono dal punto di vista nutrizionale né buoni né cattivi (il gusto è un'altra cosa!). È la quantità energetica dei nutrienti assimilati nell'intera giornata alimentare e non un singolo cibo a causare problemi ad una popolazione divenuta super-sedentaria e ormai vicina al 50% di soggetti sovrappeso o obesi. Basterebbe insegnare nelle scuole le 10 regole dell'alimentazione (linee

guida reperibili sui siti del [ministero della Salute](#) o dell'Inran) per impostare sane abitudini e porzioni adeguate.

Dissentito anche dalle ventilate disposizioni repressive: ovvero a una tassa sullo zucchero, bevande dolcificate e forse su altro, per scoraggiarne l'acquisto, quasi fossero superalcolici o sigarette. Si tratta di misure fiscali già introdotte e contestate in alcuni Paesi. Dovremmo invece riaffrontare su scala nazionale e non solo con iniziative pionieristiche il

tema dell'educazione alimentare nelle scuole. Abbiamo bisogno a tutti i livelli di cultura e non di deterrenti fiscali. La prevenzione della pandemia di obesità e diabete va fatta "a monte" e non quando sono già comparse le complicanze irreversibili del sovraccarico metabolico con oneri che l'Oms prevede, entro pochi anni, insostenibili per qualsiasi servizio sanitario.

*edeltoma@gmail.com*




**LE ANALISI DI BASE DEL SANGUE**

**LA RILEVAZIONE DEL BATTITO CARDIACO DEL BEBÈ**

In queste immagini, alcune prestazioni che un farmacista può fornire: è la «farmacia dei servizi», inaugurata con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei decreti attuativi della Legge 69/2009. Si ringrazia la *Farmacia alla Madonna* di Barlassina (Monza e Brianza).

# NOVITÀ: PER GLI ESAMI SI VA IN FARMACIA

## SOTTO CASA NASCONO TANTI MINI-OSPEDALI

NON SOLO MEDICINALI. OGGI IL FARMACISTA CI METTE A DISPOSIZIONE UNA SERIE DI ACCERTAMENTI: PER ANALIZZARE LA GLICEMIA, LA PRESSIONE, IL COLESTEROLO, LE URINE, IL CUORE. ECCO TUTTO QUELLO CHE C'È DA SAPERE

di Vera Martinella - foto Michela Taeggi

*Milano, maggio*

**G**li italiani sono d'accordo al 90 per cento. Praticamente un'ovazione. «Le farmacie? Offrono un servizio utilissimo. Non se ne potrebbe fare a meno. Se ne trova sempre una aperta. Sembrano ormai diventate un punto di riferimento per il territorio, come l'ufficio postale o la chiesa. Sette italiani su dieci ne hanno una di fiducia in cui si recano

regolarmente».

Ecco, in estrema sintesi, il risultato di un'indagine voluta da Federfarma, e presentata nei giorni scorsi a Roma, per verificare il gradimento e l'immagine delle farmacie a poco più di un anno dall'importante svolta che ha visto nascere ufficialmente la «farmacia dei servizi». Quella, per intenderci, dove non solo si acquistano i farmaci, ma, come sempre

più spesso avviene, si possono effettuare anche un bel po' di test: della glicemia e del colesterolo, per non parlare dell'esame per la prevenzione del tumore al colon-retto (*screening* effettuato gratuitamente), solo per citarne alcuni.

Già perché è ormai una realtà sulla *Gazzetta Ufficiale* il decreto ministeriale che prevede le «prestazioni analitiche di prima istanza da potersi eseguire in farma-

● Per info: Federfarma (Federazione nazionale unitaria titolari di farmacia), [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)


**LA MISURAZIONE DELLA PRESSIONE**

**L'ESAME DELLA PELLE PER FINI COSMETICI**

**UNA SEDUTA DI INALAZIONE TERMALE**

**IL TEST CON GLI ULTRASUONI PER L'OSTEOPOROSI**

cia». Che cosa significa? «Le prestazioni offerte sono per lo più auto-analisi, le stesse che molti pazienti si fanno a casa propria, come la misurazione del glucosio nel sangue effettuata dai diabetici», ci spiega il dottor Paolo Vintani, vicepresidente di Federfarma Milano, «ma due sono i vantaggi: primo, le apparecchiature sono "certificate" per legge, costantemente controllate; secondo, si può conta-

re sulla competenza tecnica di chi pratica il test, sia nell'esecuzione materiale sia nella lettura del risultato».

«Un passo avanti, dunque, verso la "farmacia del futuro"», spiega Annarosa Racca, presidente di Federfarma, l'associazione nazionale che riunisce i titolari di farmacia. «La farmacia resta il luogo in cui si acquistano i medicinali, certo, ma viene sempre più integrata col servi-

zio sanitario e fornisce assistenza e servizi». Servizi che sono gratuiti in alcuni casi, o che possono avere un costo minimo per i cittadini (per esempio, 5 euro per la misurazione della glicemia o del colesterolo).

Dati alla mano, ogni giorno più di tre milioni di italiani varcano la soglia di una delle 17.796 farmacie italiane.

In media se ne trova una ogni 3.374 abi- →

● Il simbolo usato come emblema dell'Ordine dei Farmacisti (un bastone con due serpenti attorcigliati) si chiama «caduceo»

## PER LA GENTE E UN CENTRO CHE AIUTA E CONSIGLIA



**Annarosa  
Racca**  
Presidente  
di Federfarma

1

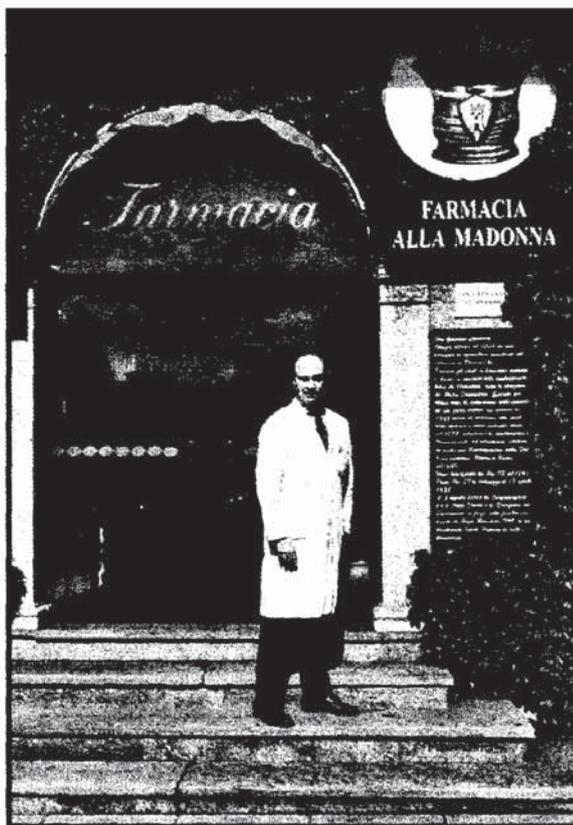
Secondo l'indagine condotta a fine marzo 2012 dall'Istituto di ricerca fondato da Renato Mianini, su un campione di circa 1.000 italiani, l'immagine delle farmacie che emerge dallo studio è quella di un centro di eccellenza, «vicino, dove si trova personale competente e specializzato, che fornisce aiuto, con onestà».

2

Per gli anziani e i malati cronici, nelle farmacie sono presenti un servizio assistenziale e facilmente raggiungibile (secondo l'88 per cento degli intervistati), dispensatrici di buoni consigli (oltre l'80 per cento), di supporto alla relazione medico-paziente («aiutano a capire meglio ciò che ha detto il medico» per 8 italiani su 10). Il risultato è che oltre la metà degli interpellati «si sente più a suo agio a chiedere consiglio in farmacia che al medico», e più del 70 per cento instaura col farmacista un rapporto di fiducia.

3

«La maggior parte degli italiani dichiara di aver gradito le trasformazioni degli ultimi dieci anni», commenta Annarosa Racca, presidente di Federfarma. «e il nostro intento è quello di migliorare ulteriormente, offrendo un ventaglio di prestazioni sempre più ampio e collaborando accanto ai medici di famiglia sia alla prevenzione primaria sia all'assistenza domiciliare».



### MISSIONE: BENESSERE

Barlassina (provincia di Monza e della Brianza). Il dottor Paolo Vintani, 54, vicepresidente di Federfarma Milano e titolare della *Farmacia alla Madonna*. Dice: «Siamo una struttura di servizio a disposizione del benessere psicofisico del pubblico».

del cuore), e, nell'ottica dell'assistenza domiciliare, presto potremo anche chiedere al farmacista di mandarci a casa il fisioterapista e l'infermiere (ma solo dietro prescrizione del medico). Infine, un giorno diremo addio alle code ospedaliere per prenotare una visita (in Lombardia e in Toscana è già una realtà), pagare il ticket o ritirare un referto: tutto si potrà fare in farmacia.

→ tanti: con la loro rete capillare e la presenza di personale qualificato, sono spesso uno dei pochi punti di riferimento presenti pure nei paesi più piccoli. Possono, però, essere anche una risorsa in più nelle grandi città, con orari d'apertura più comodi e un tempo d'attesa inferiore rispetto alle congestionate Asl e aziende ospedaliere metropolitane.

### ECCO LA LISTA DEI TEST

A volerli scorrere nel dettaglio, non sono pochi i test praticabili in farmacia. Si possono stabilire: la glicemia; la misurazione di colesterolo, trigliceridi, emoglobina, emoglobina glicata (che consente di valutare se il diabete si mantiene sotto controllo nel tempo), creatinina e transaminasi; i valori dell'ematocrito e un profilo biochimico delle urine. E, ancora, si possono utilizzare strumenti per accertare le capacità polmonari (tramite l'auto-spirometria) e i livelli della pressione arteriosa. E si può pure fare l'elettrocardiogramma e l'esame Holter (cioè il monitoraggio nelle 24 ore dell'attività elettrica

### UN CENTRO PER FARE PREVENZIONE

Nulla di nuovo per qualcuno. «Qualche esercizio s'è già organizzato e offre questi test da tempo, ma poi sarà un'offerta standard per tutti», dice Racca. L'aspetto cruciale, comunque, è che la farmacia sarà un centro per fare prevenzione. Paolo Vintani (che dirige il mensile *Tema Farmacia*, per Tecniche Nuove) spiega bene il concetto. «La "farmacia dei servizi" non vuole sostituirsi al medico né al lavoro dei laboratori diagnostici, ma punta a interagire con loro per aiutare le persone e limitare i costi per il Ssn. Se misura, per esempio, pressione o colesterolo, la farmacia non emette diagnosi (non è l'ambulatorio di un medico), ma offre al dottore la possibilità di sorvegliare i valori del malato, specie nelle patologie croniche. L'obiettivo è arginare il progredire della malattia, che rappresenta un problema oneroso per tutti: pazienti e Sistema sanitario».

Vera Martinella