

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

IL RAPPORTO TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE E FARMACISTI IN ITALIA: EVOLUZIONE, CONTRASTI E OPPORTUNITÀ D'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

A cura di: **VALTER VALSECCHI** Medico psichiatra/psicoterapeuta, già Direttore Dipartimento
Cure Primarie ATS Monza e Brianza

INTRODUZIONE

A cura di: **Stefano del Missier**, Direttore responsabile Italian Health Policy Brief

Il Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese, dopo lo tsunami generato dal periodo pandemico, è alle prese con la ricerca di un equilibrio mai nato tra le attività sanitarie svolte all'interno della rete ospedaliera e quelle che, in modo del tutto differenziato e, a volte, sconclusionato, sono svolte sul territorio. Viviamo nel paradosso di un rapporto difficile, ufficialmente mai nato, tra le due figure che i cittadini, nella gestione della propria salute, hanno come riferimento incrollabile e insostituibile, ovvero il Medico di Medicina Generale (MMG) e il farmacista.

Due figure cui i cittadini guardano sempre al primo sintomo, alla prima avvisaglia di un problema di salute. Due professioni che, per legge (dal Decreto Regio del 1938), non possono strutturalmente collaborare. Il rapporto tra MMG e Farmacisti in Italia, va detto, è comunque profondamente mutato negli ultimi decenni, passando da una separazione netta di ruoli e spazi d'azione, fino ad una progressiva, seppur conflittuale, "collaborazione" sulle cronicità, l'aderenza terapeutica e la sicurezza del paziente.

Ci sono sicuramente evoluzioni storiche in cui la figura del farmacista discende dallo "speciale", mentre l'emergere della tecnologia sanitaria e la centralità della diagnosi hanno spostato il focus clinico verso il Medico. Inoltre, le riforme sanitarie recenti, con l'espansione delle competenze del farmacista in un'ottica di allargamento della propria attività nella sfera dei "servizi" e con l'introduzione dei nuovi assetti organizzativi territoriali del Servizio Sanitario, come della medicina generale, hanno reso la questione di un'effettiva integrazione professionale sempre più rilevante. In questo articolo, quindi, si cerca di entrare più a fondo nel paradosso evidente, cui nessuno (almeno, fino ad ora) ha voluto mettere mano. Analizzando le principali ragioni percepite dei contrasti tra MMG e Farmacisti e proponendo un quadro di opportunità, condizioni e prospettive per un'integrazione più strutturata, il tutto a vantaggio dei cittadini e di una tanto ricercata sostenibilità del SSN.

IL BACK-GROUND DI UN RAPPORTO MAI SBOCCIATO

Il rapporto tra MAP (Medici di Assistenza Primaria) - per utilizzare una denominazione attualmente condivisa che discende dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) - e farmacisti in Italia è il frutto di una lunga evoluzione storica, caratterizzata da una progressiva trasformazione dei ruoli. La figura professionale del farmacista discende direttamente da quella dello speciale, una presenza imprescindibile nella narrativa e filmografia post-bellica italiana. Viene rappresentato come il soggetto incaricato della raccolta, preparazione e consiglio delle sostanze terapeutiche (più fitoterapici che principi attivi) utilizzate nella pratica clinica quotidiana. Questo, nell'Italia del dopo guerra, (in particolare

La figura professionale del **farmacista** discende direttamente da quella dello speciale, una presenza imprescindibile nella narrativa e filmografia post-bellica italiana.

quella rurale), dava al farmacista un ruolo importante nel percorso di cura, interagendo da un lato con il medico nella selezione e nella formulazione dei rimedi, e, dall'altro, nel consiglio e nella supervisione dell'uso dei farmaci coi pazienti. L'ampliamento dell'offerta di terapie farmacologiche, e soprattutto l'emergere e la diffusione di tecnologie sanitarie (diagnostica per immagini, esami di laboratorio e strumenti decisionali assistiti) hanno progressivamente spostato il focus sulla diagnosi come prerequisito della cura e di conseguenza rafforzato la centralità del medico nell'organizzazione delle decisioni cliniche, "relegando" il farmacista (in particolare quello territoriale) ad una posizione più tecnica e operativa, centrata sempre più sulla dispensazione dei farmaci.

Negli ultimi anni, tuttavia, la complessità delle terapie e l'aumento delle politerapie e delle malattie croniche hanno reso la gestione del farmaco un elemento critico della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure.

Contemporaneamente, l'espansione delle competenze del farmacista (farmacia clinica, farmacia dei servizi e monitoraggio dell'aderenza) e la trasformazione degli assetti organizzativi territoriali della sanità (AFT e Case di Comunità) hanno ridisegnato i confini tra le professioni, portando a nuove forme di collaborazione, ma anche a tensioni e incertezze sulla possibilità di responsabilità condivise.

Altro fenomeno rilevante che di fatto ha ridato un ruolo al farmacista è lo sviluppo dell'automedicazione e delle medicine non tradizionali.

A tutto questo si aggiunge un aspetto strutturale che ruota attorno al nodo centrale della prossimità, soprattutto in termini di relazione interpersonale, che ha fatto riacquistare al farmacista un ruolo forte, grazie ad un'accessibilità di certo molto ampia a differenza delle altre strutture presenti sul territorio, ma anche di una capillarità che il MAP non sempre può garantire anche se per legittimi motivi.

Quindi un ruolo che, seppur mantenendosi secondario alla ricerca della diagnosi e quindi al contesto specialisti-

L'ampliamento dell'offerta di terapie farmacologiche, e soprattutto l'emergere e la diffusione di **tecnologie sanitarie** (diagnostica per immagini, esami di laboratorio e strumenti decisionali assistiti) hanno progressivamente spostato il focus sulla diagnosi come prerequisito della cura.

co, si sta implementando con offerte di servizi necessari per il *follow up* a traino di una necessità di riconciliazione terapeutica e d'informazione rispetto ad eventuali effetti collaterali delle politerapie. Quindi, tra informazione sanitaria e dispensazione di complementi ai farmaci, la presenza del farmacista ha riacquisito senso e significato all'interno del sistema. A farne le spese appare a volte il Medico di Medicina Generale. Si assiste, come effetto estremo, anche se per versi (lato medico) discutibile, alla presenza degli ambulatori medici accanto alla farmacia. Il fenomeno è stato incentivato anche dall'incremento del numero di farmacie e, quindi, dal bisogno ineliminabile di acquisire pazienti cronici, che però ha avuto come effetto collaterale quello di diventare punto di riferimento per le famiglie.

Affrontare oggi l'argomento "farmacisti e farmacie" vuol dire addentrarsi in un ambito molto complesso, in cui la diversificazione dell'offerta - tra farmacie rurali, farmacie comunali, catene di farmacie (con molti punti di contatto tra di loro) e titolari di farmacia (pur in decremento per aspetti anche di natura economica) - ha raggiunto il suo massimo storico.

Quindi, al di là di alcune affermazioni generali sulla collaborazione (che sono spesso mirabili luoghi comuni), è evidente come risulta difficile determinare (rispetto ai farmacisti) il "chi" sia l'interlo-

cutore dentro questo spazio di collaborazione. Inoltre, la centralità ventilata di un territorio con un'assistenza ambulatoriale per presidi potrebbe ridurre la prossimità dei MAP lasciando la capillarità alla Farmacia.

Tutto ciò - in questa fase storica - rende impossibile immaginare e dichiarare altro che non sia la ricerca di uno spazio di collaborazione tra questi due pilastri del territorio e che, paradossalmente, nasconde la naturale concorrenza tra le due tipologie di professionisti che si dibattono tra la necessità per i "farmacisti" di svolgere un'attività

Affrontare oggi l'argomento **"farmacisti e farmacie"** vuol dire addentrarsi in un ambito molto complesso, in cui la diversificazione dell'offerta - tra farmacie rurali, farmacie comunali, catene di farmacie (con molti punti di contatto tra di loro) e titolari di farmacia (pur in decremento per aspetti anche di natura economica) - ha raggiunto il suo massimo storico.

economicamente sostenibile e quella (che interessa ambo le parti seppur da angolazioni differenti) di salvaguardarsi da un *burnout* che deriva dal non sentirsi dei professionisti compiuti.

In un contesto quale quello attuale, e nel merito del contesto dei farmacisti, occorre tenere presente la stratificazione di questi ultimi in differenti tipologie/macroaggregazioni che generano modi d'essere non sempre omogenei; da queste riflessioni si possono fornire alcuni spunti per un approccio articolato all'attuale sistema delle farmacie.

L'urgenza di sistemi sanitari efficaci, equi e sostenibili, rende prioritario stimolare un dibattito informale, dedicando ad ogni manifestazione professionale dell'essere farmacisti uno specifico e successivo approfondimento. Questo primo rilievo delle differenti manifestazioni dell'essere potrebbe dare un contributo ulteriore alla comprensione della contrapposizione di pareri tra le due categorie di professionisti (medici e farmacisti). Quindi un ragionamento per categorie generali e loro sottoinsiemi, che nello specifico possono essere così sintetizzati: farmacisti (titolari di farmacia, dipendenti di aziende/reti fino ai grandi gruppi/GDO) e medici del territorio (dipendenti e convenzionati).

Nella produzione letteraria delle proposte sulla sanità

territoriale, infatti, il termine "farmacista" ricorre in questa modalità semplificata senza alcuna specificazione e, a differenza del medico, come se si stesse parlando di una categoria omogenea.

In realtà, il mondo del farmacista italiano è molto frammentato: differente è la percezione dei valori professionali di riferimento e dell'identità di una categoria, con gli evidenti riflessi sulla propensione all'integrazione.

Quest'eterogeneità spesso non è compresa o addirittura non è presa in considerazione dai medici; le stesse istituzioni pubbliche alla parola farmacista considerano spesso i titolari di farmacia ma questa sottostima delle differenze ne costituisce uno dei fattori strutturali che rendono difficile costruire accordi interprofessionali solidi e duraturi.

Il farmacista titolare di farmacia convenzionata è un imprenditore-professionista, mentre il farmacista dipendente di grandi gruppi e/o catene opera in un contesto profondamente diverso con un rapporto di lavoro subordinato senza interessi imprenditoriali.

Inoltre, rispetto a quest'ultimo non può essere sottostimato il divario tra il mandato professionale dettato dall'Ordine per tramite delle regole deontologiche e le logiche aziendali del datore di lavoro: quindi è evidente la possibilità in questi professionisti la percezione di uno scarso ri-

conoscimento professionale. In un contesto ancora più particolare si trova il farmacista in GDO (Grande Distribuzione Organizzata) e la parafarmacia che lavorano in contesti dove la logica commerciale è dominante, con il paradosso che a fronte degli stessi obblighi deontologici e previdenziali del collega titolare di farmacia, faticano a riconoscere adeguatamente la propria specificità di professionisti sanitari.

Questa stratificazione ha rilevanti conseguenze: quando si parla d'integrazione tra MAP e Farmacisti, non esiste una controparte unitaria e gli accordi che il sistema prova a costruire sono pensati avendo in mente il solo profilo del titolare e quindi rischiano di essere irreali per larga parte della categoria. Lo sarà anche per la farmacia dei servizi?

LA PERCEZIONE VICENDEVOLE TRA MEDICI E FARMACISTI

Come spesso accade le rappresentazioni vicendevoli tra categorie che raramente vengono rese esplicite nei tavoli istituzionali, condizionano in modo decisivo le possibilità d'integrazione.

Per molti MAP il farmacista è anzitutto un dispensatore di farmaci. La sua funzione è quindi secondaria, o per meglio dire esecutiva, rispetto alla prescrizione medica. Il farmacista viene percepito come "troppo invasivo" sul piano clinico, con una componente latente di diffidenza

Il farmacista viene percepito come "troppo invasivo" sul piano clinico, con una componente latente di diffidenza verso la neutralità dei consigli farmaceutici dettata dagli interessi commerciali della farmacia.

verso la neutralità dei consigli farmaceutici dettata dagli interessi commerciali della farmacia. Sul versante farmaceutico (e non solo rispetto ai titolari di farmacia), il MAP è spesso percepito come difficilmente accessibile rispetto al farmacista aperto tutto il giorno. Il farmacista si trova a fare da interfaccia, a rassicurare, a tradurre il linguaggio medico: l'usare come veicolo/messaggero il paziente (e questo vale anche tra MAP e specialisti, tralasciando l'online) moltiplica i malintesi, le versioni si contraddicono, ciascuna categoria finisce per costruire la propria immagine dell'altra attraverso un filtro etero-generato distorto, che poi rappresenta l'humus in cui crescono le ragioni percepite dei contrasti tra le due figure professionali.

Particolarmente improbo (e a rischio di polemiche) risulta il sistematizzare le ragioni di

Sul versante farmaceutico (e non solo rispetto ai titolari di farmacia), il **MAP** è spesso percepito come difficilmente accessibile rispetto al farmacista aperto tutto il giorno.

un contrasto, anche se è possibile provare ad elencare alcune grosse macrocategorie, ben sapendo che l'elenco è parziale. Inoltre, non si vuole entrare nell'annosa questione burocratico-informatica, problematica ben al di sopra della "trincea professionale" e nella quale i contrasti percepiti sono differenti nei due diversi sottoinsiemi.

La questione dei confini professionali è una delle questioni principali che si sostanzia nella domanda su chi abbia il diritto di fare cosa nel momento in cui il paziente è fragile e incerto. La prescrizione farmaceutica è storicamente territorio medico: il farmacista dispensa quello che il medico prescrive. La farmacia dei servizi ha cominciato ad erodere questa certezza di accesso (autocontrollo, screening e telemedicina). Quest'ultimo aspetto porta con sé la questione economica che raramente viene espli-

citata nei documenti ufficiali, ma che è ben presente nelle conversazioni informali.

La farmacia dei servizi, anche se è difficile che avvenga, potrebbe sottrarre potenzialmente al MAP, ma forse anche allo specialista, alcune attività relativamente al monitoraggio.

Il vero pomo della discordia, tuttavia, rimane il "paziente difficile": i pazienti pluripatologici, anziani, con politerapie complesse, sono la categoria in cui i contrasti si acuiscono. Il medico si sente l'unico responsabile della cura ma il farmacista, che vede il paziente più frequentemente del medico, intercetta segnali di non aderenza, interazioni farmacologiche e automedicazioni incontrollate. Questo paziente è quindi l'ambito in cui il mancato accordo professionale si traduce quantomeno in un problema per il paziente.

Le relazioni tra MAP e farmacisti non sono solo frutto di una scelta individuale: elementi esterni (dal soggetto pubblico/privato all'organizzazione sociale, passando anche dalla situazione economica) orientano i comportamenti indipendentemente dalle intenzioni dei singoli.

Non è da dimenticare poi che il paziente non è passivo nel rapporto tra MAP e farmacista: porta informazioni da un professionista all'altro, interpreta e filtra le comunicazioni, talvolta gestisce le due figure professionali in modo

Le **relazioni** tra **MAP** e **farmacisti** non sono solo frutto di una scelta individuale: elementi esterni (dal soggetto pubblico/privato all'**organizzazione sociale**, passando anche dalla situazione economica) orientano i comportamenti indipendentemente dalle intenzioni dei singoli.

separato (e ci aggiungerei anche il medico specialista) per ottenere risposte diverse allo stesso problema e fare sintesi. Di questi tempi, anche la comparsa delle Case di Comunità, con l'introduzione di nuovi attori nel territorio, costringono sia il MAP sia il Farmacista a dover ridefinire la propria posizione rispetto ad una rete più ampia che aumenta l'asimmetria informativa e potrebbe forse condizionare ulteriormente la qualità delle cure.

L'integrazione, quindi, non può essere imposta dalla norma e soprattutto richiede tempo, fiducia reciproca (che si deve accumulare) ed esperienze positive che funziona-

no da volano. Occorre procedere per stadi progressivi: da quello conoscitivo a quello informale, con uno scambio d'informazioni sul paziente condiviso da accordi locali scritti su compiti e responsabilità per specifiche categorie di pazienti giungendo all'inserimento della collaborazione tra MAP e Farmacisti (tutte le tipologie) in strumenti formali.

CONCLUSIONI

Il rapporto tra farmacista del territorio e Medico di Medicina Generale sta vivendo una fase di potenziale innovazione per la sanità territoriale, che necessita di superare le barriere normative, ideologiche e culturali che sono ormai anacronistiche.

Partendo dalla semplice riflessione sull'evoluzione storica del rapporto tra queste due imprescindibili (per i cittadini) figure professionali per la gestione della salute pubblica, si è voluto individuare quali possano essere gli spazi per una nuova collaborazione o, almeno, per una nuova definizione dei propri ruoli in un contesto che si sta evolvendo ad una velocità importante.

In questo breve articolo, si è fatta una ricognizione di tutte le osservazioni legate alle valutazioni personali ed esperienziali che ci rappresentano, come la difficoltà di costruire accordi stabili tra MMG e farmacisti; che non dipendono dalla cattiva volontà delle persone, né dalla cattiva politica delle istituzioni.

Il rapporto tra **farmacista** del territorio e **Medico di Medicina Generale** sta vivendo una fase di **potenziale innovazione per la sanità territoriale**, che **necessita di superare le barriere normative, ideologiche e culturali che sono ormai anacronistiche.**

ni. Ci si deve chiedere "se e a quali condizioni" un'integrazione reale tra MMG e farmacisti sia possibile, anche se non può esserci una risposta semplicemente normativa o volontaristica.

Occorre fare i conti con le resistenze dei vari soggetti e le strutture della rete che si arricchiscono sempre di nuove realtà, con purtroppo una logica spesso di sommazione e non di semplificazione, con una normativa che evolve più rapidamente della cultura professionale che dovrebbe attuarla, con le identità professionali consolidate e con la concreta fattibilità organizzativa delle soluzioni proposte che non sempre tengono conto delle diverse realtà territoriali. Ma diciamocelo, come regola aurea: l'osservazione, e soprattutto la perce-

zione, richiede metodo e partecipazione. Occorre capire le dinamiche e sviluppare l'interiorizzazione per rendere esplicito e intellegibile quello che è implicito e che spesso non si dice per non crearsi problemi o polemiche.

Vista la variabilità dell'essere farmacista, occorre riflettere se non sia meglio utilizzare il termine "FARMACIA" che riassume tutte le varie manifestazioni dell'essere farmacisti. Questo non toglie nulla all'ancoraggio all'Ordine Professionale e al codice deontologico.

Occorre fare i **conti con le resistenze dei vari soggetti e le strutture della rete che si arricchiscono sempre di nuove realtà, con un effetto di sommazione e non di semplificazione, con una normativa che evolve più rapidamente della cultura professionale che dovrebbe attuarla, con le identità professionali consolidate e con la concreta fattibilità organizzativa nelle diverse realtà territoriali.**

logico, ma evita di aumentare il rumore di fondo.

Ad esempio, si legge che un autorevole rappresentante della professione di farmacista dichiara (e a ragione) che occorre modificare la convenzione, tenendo conto delle indicazioni nazionali sul "lavorare insieme", senza dimenticarsi che specialisti ambulatoriali e MAP - nelle loro convenzioni o atti d'indirizzo - citano il bisogno di questa collaborazione.

Senza nulla togliere ai differenti proferimenti, si è ancora in un contesto che vede come interlocutori i titolari di farmacia e i loro collaboratori, mentre noi sappiamo bene che le strutture aperte al pubblico sono anche le farmacie delle grandi catene/GDO, dove operano dipendenti che seguono regole molto più "industriali". Del resto, la particolarità che mi permetto di segnalare è che si parla di un disegno di legge sulla farmaceutica così come si parla di case di comunità.

Quindi una prospettiva differente per certi versi.

Però, leggendo alcune dichiarazioni lato MAP alle audizioni per il predetto disegno di legge, a parte la legittima richiesta di avere (per tutte le parti del sistema) maggiori informazioni in sede prescrittiva sulle carenze di farmaci, l'insistito è sulle attività e ancora di più sui ruoli.

Il focus è (ed è giusto) centrato sulla prescrizione e dispensazione, ma solo genericamente si parla di reti tra le due parti e di organizzazioni

multiprofessionali; l'esempio della presa in carico ha forte evidenza dove non sempre è evidente l'attenzione all'individuo, mentre non è così chiara la necessità che attività e strumenti si legano in una logica multiprofessionale. Deve essere generata una rete che condivide ed ogni volta trova un proprio equilibrio avendo chiaro l'obiettivo. Il decreto semplificazioni e la prescrizione di farmaci a 12 mesi è una sfida che va letta in sintonia con la rete: la presenza di gerarchie (la prescrizione vs la dispensazione) non rende efficiente il sistema, anche perché questi aspetti sono presenti e discussi da decenni senza che si sia trovata una quadra.

In realtà, se poniamo al centro il paziente, occorre ragionare sì su diagnosi, cura e monitoraggio, ma anche sulla relazione.

E quando si parla di relazioni tra professionisti, non conta-

Il focus è (ed è giusto) centrato sulla prescrizione e dispensazione, ma solo genericamente si parla di reti tra le due parti e di organizzazioni multiprofessionali;

no solo le regole sottese alla gestione appropriata del paziente, ma anche la disponibilità all'ascolto, al rilievo degli *alert* (effetti collaterali dei farmaci come difficoltà nella gestione del quotidiano e l'affronto della fragilità non solo in senso clinico e come fornire supporto al paziente nel continuo monitoraggio della patologia cronica).

Quest'attività, fermo il quadro di riferimento clinico-assistenziale, non ha una primogenitura, ma è un esercizio di volontà e disponibilità e quindi necessariamente di preparazione, non deve essere uguale in tutti i territori.

Per evitare osservazioni difensive, questo lavoro prescinde dalle responsabilità clinico assistenziali che restano immutate, perché non esiste un principio ma una rete.

In sintesi, ritornando ai Farmacisti e alle Farmacie, a partire dalla consapevolezza del significato di una professione o, più semplicemente, a partire dalle differenti percezioni che se ne hanno, si cominci a collaborare con tutti i professionisti che lavorano nelle farmacie cercando (magari attraverso dei focus group) - di avviare questo percorso, tenendo presente che, attualmente al di là dei livelli di cura, la capillarità è spesso garantita dalla farmacia.

Proprio per questo si deve operare superando gli steccati ideologici, in un ambito di mission condivisa e con una governance individuata localmente.



Italian Health Policy Brief

ANNO DI PUBBLICAZIONE

Anno XVI - N° 2 2026

DIRETTORE RESPONSABILE

Stefano Del Missier

DIRETTORE PROGETTI ISTITUZIONALI

Marcello Portesi



Editore

Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ivana Marcon

CONTATTI

+39 02 49538300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.