



# MARATONA PATTO SALUTE

I contributi dei protagonisti  
raccolti da [quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it)  
durante la Maratona di ascolto  
per la definizione del nuovo  
Patto per la Salute 2019-2021

ROMA 8 - 10 LUGLIO 2019

**QSe** Quotidiano  
Sanità  
*edizioni*



**COLLANA**  
**MEDICINA**  
**E SOCIETÀ**

CONFEDERAZIONE UNITARIA LIBERE PARAFARMACIE ITALIANE



Il cittadino e il suo benessere devono essere al centro di ogni scelta legislativa, a maggior ragione nel delicato e nevralgico ambito sanitario.

La nostra ricerca di soluzioni legislative inclusive sono ispirate dalla necessità di una maggiore equità nell'accesso alle cure che attraverso una nuova governance del farmaco porti ad una maggiore efficienza ed appropriatezza delle risorse, a cominciare dalle professionalità inesprese come quella del farmacista.

Proprio in quest'ottica le parafarmacie e i farmacisti che vi lavorano sono una potente risorsa sociale, sanitaria professionale, economica, lavorativa, fiscale.

Competenze, servizi, capillarità, reperibilità, concorrenza etica, risparmio, libertà di scelta, a tutto vantaggio del cittadino/paziente/cliente, a costo zero per lo Stato.

Farmacia e parafarmacia si reggono sulla medesima figura del **farmacista**, e questo si riflette sulla loro comune natura duale di **imprenditoria** e **servizio**: servizio al cittadino e sostenibilità imprenditoriale sono aspetti che solo se vanno di pari passo concorrono al raggiungimento della nostra completezza professionale e di vera utilità sociale.

È possibile concretizzare con pochi interventi mirati non solo una pacifica convivenza, ma **sinergica coesistenza** professionale e imprenditoriale con gli altri attori della filiera di distribuzione e dispensazione del farmaco.

Crediamo sia utile ricordare che farmacie e parafarmacie, oltre ad avere il medesimo farmacista, sono sottoposte ai medesimi controlli, ispezioni ordinarie e straordinarie, devono rispondere agli stessi requisiti tecnici e organizzativi, offrono le stesse garanzie di sicurezza in ogni ambito, esclusi ovviamente quelli inerenti a ciò che ad oggi in parafarmacia non è consentito trattare.

Un nuovo patto della salute è possibile se si avrà il coraggio di mettere da parte rendite di posizione, se si avrà il coraggio di cambiare mettendo al centro di qualsiasi politica riformatrice l'unico soggetto a cui il legislatore deve guardare: il cittadino.

Con queste premesse e finalità noi avanziamo due proposte in grado di riformare alla radice la distribuzione del farmaco.

- **Istituzione della farmacia non convenzionata**
- **Estensione alle parafarmacie della possibilità di erogare servizi**

**FARMACIA NON CONVENZIONATA** - La distribuzione dei farmaci è attualmente riservata, per i farmaci con obbligo di ricetta, alle sole farmacie. Noi chiediamo di allargare tale distribuzione anche alle parafarmacie per i tutti i farmaci con ricetta che il cittadino paga di tasca propria. Questo con alcune regole e alcuni punti fermi, trasformando questo luogo ove opera il farmacista in un vero e proprio presidio sanitario. Per analizzare i vantaggi di una riforma di questa portata è necessario analizzare i dati a disposizione, ponendo particolare attenzione ad alcuni aspetti. In particolare su due: la mancata crescita dei farmaci generici nel settore dei farmaci di fascia C con ricetta e a pagamento e l'insostenibilità economica crescente per una larga parte della popolazione italiana.

I dati confermano questi rilievi.

**Nel 2017 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 29,8 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN.** In prevalenza i medicinali a carico del SSN sono stati dispensati ai cittadini attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (35%). La spesa dei farmaci acquistati direttamente dal cittadino è stata di **6.923 milioni di euro**, composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta (10,%).

Adottando uno sguardo di medio periodo è evidente come negli ultimi 6 anni la spesa privata sia cresciuta anche più fortemente di quella pubblica,

raggiungendo la cifra complessiva di **8,3 miliardi di euro nel 2015 e 8.8 nel 2017.**

La componente più rilevante della spesa farmaceutica privata è costituita dai farmaci in **classe C con ricetta**, che hanno raggiunto i **2,8 miliardi di spesa nel 2017 (+8,8%)**, seguiti dai **farmaci in automedicazione (2,7 miliardi, +12,4%)**, dal contributo di compartecipazione (ticket e differenza dal prezzo di riferimento per 1,5 miliardi, +0,6%) e dai farmaci di classe A acquistati privatamente (1,3 miliardi, +0,6%). La dinamica di queste quattro categorie è però **profondamente diversa** e rappresenta alcune tendenze emergenti. Se nell'ultimo anno la spesa privata è rimasta pressoché inalterata, i trend di medio periodo mostrano che tra 2011 e 2017 è cresciuta significativamente la spesa per acquisti privati in classe A (+28,4%), così come sono aumentate in doppia cifra la spesa per compartecipazione (+15,9%) e la spesa per automedicazione (+29,3%). All'opposto, la spesa per farmaci di classe C con ricetta è diminuita (-10,4%), **segnalando probabilmente la difficoltà a sostenere questo tipo di spese che emerge ciclicamente dalle indagini nazionali sul reddito e sui consumi delle famiglie.**

Se la spesa maggiore per i farmaci d'automedicazione può essere in parte giustificata da un leggero aumento dei consumi (287 milioni di confezioni nel 2013, 321 nel 2017) abbiamo un calo per i farmaci con ricetta (254 milioni di confezioni nel 2013, 226 nel 2017). Fatto questo che può essere spiegato anche come una difficoltà del cittadino a sostenere i costi dei farmaci prescritti mediamente più alti di quelli d'automedicazione e il ricorrere a soluzioni «fai da te» ignorando o rinunciando alle terapie prescritte.

Altro segnale lo riveliamo analizzando un'altra voce della spesa privata: la spesa per compartecipazione. All'interno della «spesa per compartecipazione», infatti, confluiscono due componenti di spesa: quella relativa al **ticket applicato** da alcune regioni e quella relativa al **differenziale di prezzo** che il cittadino è disposto (o indotto) a pagare tra il farmaco in classe A al prezzo più basso e lo stesso farmaco “branded” a un prezzo superiore. Mentre la spesa per il ticket è in complessivo calo negli ultimi anni (-10,5% tra 2011 e 2017 - 577 milioni di euro nel 2011, 499 nel 2017), la spesa derivante dal differenziale rispetto al prezzo di riferimento è in costante aumento (+38,15% nello stesso periodo - 760 milioni di euro nel 2011, 1050 nel 2017), a testimonianza di come ancora permanga la tendenza ad acquistare (e prescrivere)

**farmaci di marca al posto del rispettivo generico a un prezzo più basso.**

È interessante notare come, nel trend 2009-2017, la crescita delle confezioni vendute in classe A si sia accompagnata a un costante calo dei valori con un complessivo effetto positivo in termini di capacità da parte del sistema di garantire una crescente disponibilità di farmaci a un prezzo medio costantemente decrescente.

Nell'analisi per tipologia di farmaci si rileva il ruolo del farmaco generico nel contribuire a questa dinamica.

Nel 2017 i volumi dei farmaci generici sul totale del mercato rappresentano il **24,3%**, mentre il restante 75,7% corrisponde ai farmaci branded.

Per quanto riguarda i farmaci in classe C (con ricetta e non rimborsati) si rileva invece un trend opposto. Il numero di confezioni consumate registra infatti una leggera riduzione negli ultimi anni, mentre sale il valore complessivo delle vendite, in particolare a partire dal 2010.

In questa classe di farmaci, in cui il vantaggio economico per il paziente è immediato, il farmaco generico fatica a conquistare quote di mercato. Tra 2009 e 2015 la quota di mercato dei farmaci generici in Classe C è infatti passata da 11,3% a 14,8% a volume e da 5,7% a 7,8% a valore. Una crescita davvero debole, anche considerando che si tratta di un mercato che negli ultimi 7 anni è cresciuto complessivamente del 13% a valore. Nel primo trimestre 2018 in classe C il generico equivalente quota 253 milioni euro di fatturato (14,2% del proprio giro d'affari) e rappresenta il 2% delle confezioni vendute nella relativa classe; appena 22 milioni di euro di fatturato

Questo mentre in classe A il generico cresce in consumi passando dal 13,7 % di quota di mercato al 26,6% (+ 12,9%) negli ultimi 7 anni.

Perché accade questo, perché questa differente crescita in un settore che sostanzialmente è lo stesso, il farmaceutico e ove operano le stesse aziende? Quel'è la differente dinamica per cui il farmaco generico cresce nella fascia A e stenta invece a decollare nella fascia C?

I motivi sono gli stessi che portarono all'insuccesso del **Decreto Storace** del maggio del 2005, allorché fu data la possibilità alle farmacie di praticare sconti sul prezzo massimo dei Sop e Otc . **Risultato pochissime farmacie fecero sconti.**

**Non accade la stessa cosa dopo il decreto Bersani che introdusse un elemento**

**pro- concorrenziale attraverso l'entrata nel mercato di nuovi attori.**

Anche per il farmaco generico che cresce nella fascia A ed è fermo nella fascia C il motivo è lo stesso: **senza un sistema duale di confronto dell'offerta, non c'è concorrenza e di conseguenza non vi sono vantaggi per i consumatori. Assenza di concorrenza con i prezzi dei farmaci branded che non si abbassano, ma che continuano a crescere che ha non solo dei risvolti in termini economici sia dal lato dei prezzi e dell'offerta, ma anche di carattere sociale.** Se l'Istat certifica per il 2017 che **1 milione e 778mila famiglie 6,9% (6,3% 2016) in cui vivono 5 milioni e 58mila individui** sono in povertà assoluta, rispetto al 2016 la povertà assoluta cresce in termini sia di famiglie sia di individui. Dati sostanzialmente confermati per il 2018 con il 7% delle famiglie e l'8,4% degli individui

Anche la povertà relativa cresce rispetto al 2016. Nel 2017 riguarda 3 milioni 171mila famiglie residenti (12,3%, contro 10,6% nel 2016), e 9 milioni 368mila individui (15,6% contro 14,0% dell'anno precedente).

Se il Banco Farmaceutico su dati Istat certifica che il 23% degli italiani non ha potuto acquistare farmaci per motivi economici e 580mila persone hanno bussato alla porta di enti assistenziali per avere i medicinali il problema è anche di carattere sociale. Un'indagine commissionata sempre da **Banco Farmaceutico a Doxa**, rileva come anche chi non è povero fatica a curarsi: **una persona su tre** è stata costretta a rinunciare almeno una volta ad acquistare farmaci o ad accedere a visite, terapie o esami, mentre il 16% ha sommato tutte le tipologie di rinuncia.

Questi dati non possono essere ignorati, ma interpretati come segnale forte di un disagio che non può essere spiegato solo come la conseguenza di una negativa congiuntura economica; significa che il sistema di distribuzione del farmaco non è adeguato a sostenere chi si trova in difficoltà.

E' probabile che un minor costo dei farmaci di fascia c derivante da un processo pro- concorrenziale della catena distributiva possa avere gli stessi effetti positivi, soprattutto carico del sistema sanitario nazionale. La farmacia «non convenzionata» che dispensa farmaci di fascia C con obbligo di ricetta, ma anche servizi, fa bene ai cittadini, ma anche al Ssn, generando risparmi che potrebbero essere utilizzati per affrontare le sfide a cui saremo chiamati da un invecchiamento della popolazione e dalle nuove terapie ad alto costo. **Un sistema legislativo che permette alle parafarmacie di dispensare tutti i**

**farmaci veterinari anche quelli destinati agli stabilimenti per l'allevamento di animali di cui l'uomo si ciberà, ma non permette di curare quell'uomo con le stesse molecole ha qualcosa di profondamente sbagliato.**

Per questi motivi noi proponiamo l'introduzione nel sistema della distribuzione dei farmaci della **farmacia non convenzionata** che partendo dalla positiva esperienza delle parafarmacie, attraverso regole (distanza minima per i nuovi insediamenti e divieto di aprirne nuove nei comuni sedi di farmacie sussidiate) sia in grado di allargare la rete di distribuzione ed efficientare il sistema.

Questo in sintesi prevede la nostra riforma:

- **Conversione delle parafarmacie attive in farmacie non convenzionate su richiesta al Ministero della salute**
- **Dispensazione delle farmacie non convenzionate dei farmaci di fascia A e C ad esclusione dei farmaci su ricetta S.S.N**
- **Distanza minima di 200 metri per le nuove aperture, salvo il pregresso in via transitoria**
- **Obbligo per chi richiede la conversione in farmacia non convenzionata ad avere un direttore laureato in farmacia**
- **Incompatibilità tra titolarità di Farmacia non convenzionata e Farmacia convenzionata con il S.S.N.**
- **Divieto di apertura nuove farmacie non convenzionate in comuni ove opera una farmacia rurale sussidiata**
- **Dispensazione di tutti i farmaci in carico solo al personale laureato ed abilitato in farmacia assunto esclusivamente con CCNL farmacie private**
- **Legge 153/2009 e servizi estesi alla Farmacie non convenzionate**
- **Laboratorio facoltativo con strumentazione tecnica minima e possibilità di allestire anche preparazioni magistrali.**

**SERVIZI NELLE PARAFARMACIE:** Il Farmacista è riconosciuto come Figura Sanitaria anche dal Ministero della Salute con D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191). In questo Decreto Legislativo, si parla solo ed esclusivamente della figura del farmacista, senza alcuna distinzione della sede in cui viene svolta l'attività professionale. Pertanto per la legge italiana, tutti i far-

macisti sono delle figure sanitarie.

Anche il TAR della Toscana, attraverso la sentenza n° 00855/2016, identifica le Parafarmacie come dei veri e propri “**esercizi sanitari**”, in quanto “come accade in farmacia, il servizio fornito non è un mero scambio di natura commerciale tra venditore e cliente ma, data la sua rilevanza per tutela del diritto alla salute, hanno un contenuto strettamente professionale potendo essere erogati soltanto da soggetti particolarmente qualificati come i farmacisti che l’ordinamento nazionale, non a caso, considera come persone esercenti un servizio di pubblica necessità (art.359 del Cp)”.

Gli stessi concetti sono stati ribaditi più volte anche dall’antitrust, non ultimo il parere n° 69 del 22 ottobre 2018, dove scrive esplicitamente di essere favorevole ad estendere tutti i servizi presenti nelle farmacie, anche alle parafarmacie, quali CUP, ritiro referti autoanalisi di 1 e 2 istanza, dispositivi per diabetici, presidi protesici e alimenti per fini speciali.

Infatti, alcune regioni (Piemonte e Sicilia) permettono di effettuare questo tipo di prestazioni, ma ciò non è omogeneamente uguale su tutto il territorio nazionale. Si riterrebbe pertanto necessaria una regolamentazione nell’immediato a livello ministeriale che possa finalmente uniformare i vari servizi anche nelle Parafarmacie e il riconoscimento delle stesse come “esercizio sanitario” con la presenza obbligatoria di un farmacista come direttore responsabile. L’evoluzione in farmacia non convenzionata sarebbe poi per il legislatore naturale approdo di un percorso che si compie.

Quale problema ostativo impedisce di estendere anche a questi esercizi dei servizi che facilitano e migliorano la vita dei cittadini? Sicuramente non la competenza, sia in farmacia che in parafarmacia sono presenti professionisti laureati ed abilitati. Non problemi tecnici, come per esempio nel caso dei Centri Unici di Prenotazione e nel caso delle autoanalisi. Nel primo caso si tratta di utilizzare un portale gestito dalle regioni, nel secondo caso di analisi in cui la struttura mette a disposizione unicamente lo strumento. Certo, non l’approvvigionamento dei prodotti come nel caso degli alimenti per i celiaci e la consegna di materiale protesico.

L’unico motivo che spiega tale «ostracismo» e che lede anche gli interessi del cittadino è la tutela di alcuni privilegi.

Le parafarmacie italiane questi servizi vogliono offrirli e allo stesso modo e

con lo stesso entusiasmo vogliono offrire le proprie competenze per partecipare attivamente a campagne d'informazione e sensibilizzazione che il Ministero della Salute vorrà avviare. Questo perché i farmacisti che operano in queste strutture sono una risorsa, non utilizzarla è atto contrario all'interesse dei cittadini.