



# 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



### Movimento Nazionale Liberi Farmacisti

*Il FARMACISTA è il professionista esperto in farmaci e in prodotti per la salute (alimenti, integratori alimentari, dispositivi medici, prodotti cosmetici). Con il suo lavoro tutela la salute delle persone attraverso l'informazione e la sensibilizzazione sull'uso appropriato dei medicinali. Deve essere in grado di spiegare al paziente le interazioni tra farmaci, tra farmaci e alimenti, le eventuali controindicazioni e i possibili effetti collaterali. Fornisce informazioni sanitarie sull'utilizzo dei medicinali; permettendo di evitare: l'uso improprio, il dosaggio incongruo, l'assunzione di farmaci antagonisti, la sospensione anticipata o il prolungamento non necessario della terapia.*

Questa libera professione è quindi legata alle conoscenze del professionista, alla sua preparazione per cui lo Stato investe denaro pubblico. Una professione che può essere e potenzialmente esercitata in molti contesti, ma che di fatto, è molto limitata da una legislazione autoreferenziale.

Arthur Hendrick VANDENBERG è stato uomo politico americano a cavallo della seconda guerra mondiale, prima convinto isolazionista e contrario agli aiuti alla Gran Bretagna poi, dopo Pearl Harbor grande sostenitore di Roosevelt tanto da entrare nelle commissioni per il piano Marshall. Una volta disse: "È più importante la ridistribuzione delle opportunità che quella della ricchezza."

**Opportunità ed equità.**

Il Farmacista è riconosciuto come Figura Sanitaria 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 farmacisti sono delle figure sanitarie. Analogamente 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 la 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)". Tre le nostre proposte per rendere questa professione più utile alla salute dei cittadini per facilitare l'accesso al farmaco e alla sua economicità, per estendere competenze ovunque si dispensi farmaci e per aumentarne il controllo:

**Introduzione della farmacia non convenzionata**

**Obbligo della presenza del farmacista ovunque si dispensi il farmaco**

**Introduzione della ricetta elettronica per tutti i tipi di prescrizione**

**FARMACIA NON CONVENZIONATA** - Il concetto da cui parte il nostro motivo di esistere è il seguente: lo Stato, secondo Costituzione, ha tutto il diritto di indicare il numero di farmacie che per proprio conto distribuiscono i farmaci all'interno del S.S.N., quello che a nostro avviso non può fare è limitare il numero di esercizi che distribuiscono i farmaci, con ricetta e senza, che il cittadino paga di tasca propria, quindi fuori dal regime assistenziale.

Da questo concetto la necessità di superare l'attuale assetto legislativo introducendo nell'ordinamento la farmacia non convenzionata, istituto sottoposto alle stesse regole delle farmacie, che dispensa tutti i farmaci a carico del cittadino. Una soluzione che offre numerosi vantaggi pro-concorrenziali ed aiuta lo stesso S.S.N. a mantenere elevati standard qualitativi e quantitativi.

MARATONA PATTO SALUTE

	2013	2014	2015	2016	2017	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
	milioni*	milioni	milioni*	milioni*	milioni*	14/13	15/14	16/15	17/16
1 Spesa convenzionata netta	8.863	8.598	8.477	8.254	8.116	-3,0	-1,4	-2,6	-1,7
2 Distrib. diretta e per conto di fascia A	3.809	3.250	4.921	5.556	4.799	8,1	51,4	12,9	-13,7
<b>1+2 Totale spesa pubblica</b>	<b>11.866</b>	<b>11.848</b>	<b>13.398</b>	<b>13.810</b>	<b>12.909</b>	<b>-0,2</b>	<b>13,1</b>	<b>3,1</b>	<b>-6,5</b>
3 Compartecipazione del cittadino	1.436	1.500	1.521	1.549	1.549	4,5	1,4	1,2	0,6
4 Acquisto privato di fascia A*	1.464	1.442	1.487	1.309	1.317	-1,8	3,1	-11,9	0,6
5 Classe C con ricetta	2.881	2.837	2.997	2.642	2.874	-1,6	3,1	-11,8	8,8
6 Automedicazione (SOP e OTC)	2.278	2.269	2.975	2.429	2.752	-0,4	4,7	2,3	12,4
7 Esercizi commerciali	-	-	-	301	333	-	-	-	10,8
<b>3+4+5+6+7 Totale spesa privata</b>	<b>8.361</b>	<b>8.148</b>	<b>8.388</b>	<b>8.221</b>	<b>8.806</b>	<b>-0,2</b>	<b>2,9</b>	<b>-1,9</b>	<b>7,1</b>
Totale spesa farmaceutica	20.035	19.996	21.778	22.030	21.715	-0,2	8,9	1,2	-1,4
<b>Quota a carico SSN (%)</b>	<b>59,2</b>	<b>59,3</b>	<b>61,3</b>	<b>62,1</b>	<b>59,8</b>				

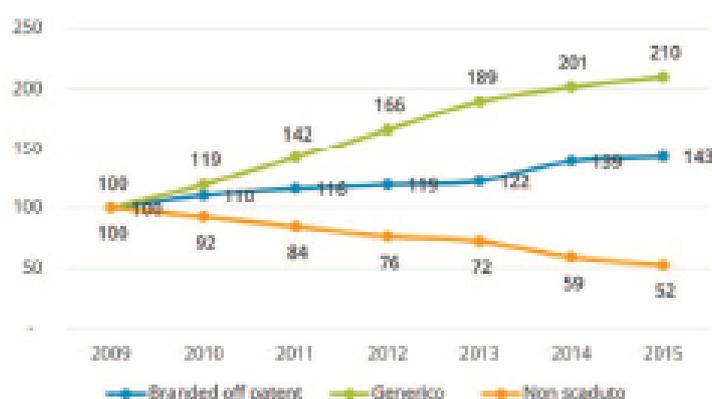
\* Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è stato stimato sulla base della serie storica 2011-2016.

Fonte: elaborazione CIMA su dati Tracciabilità del Farmaco (per i dati di spesa privata); Elaborazione sui dati ISTAT Health per la stima della spesa privata per gli anni precedenti al 2016.

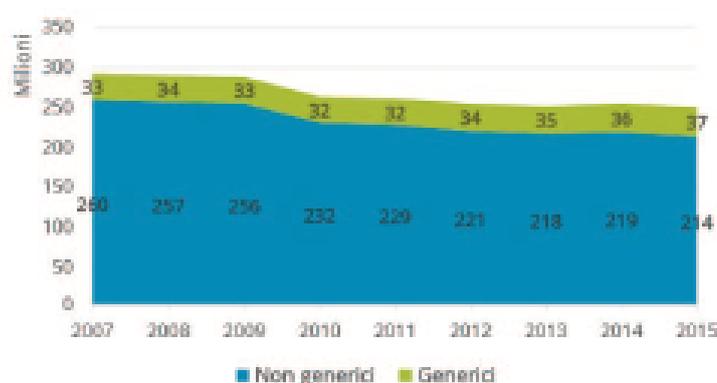
Per realizzare ciò è fondamentale considerare gli esercizi di vicinato (parafarmacie), introdotti dalla riforma sui farmaci d'automedicazione, quale risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale, risorsa imprescindibile proprio perché in questo ambito opera un professionista della salute quale è il farmacista. Per analizzare i vantaggi di una riforma di questa portata è necessario analizzare i dati a disposizione, ponendo particolare attenzione ad alcuni aspetti. 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. 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.

### Farmaci di Classe A – Trend di consumo farmaci generici confezioni (2009=100) – Anni 2009 - 2015



### Farmaci di Classe C – Confezioni consumate (milioni) – Anni 2009 - 2015



Perché accade questo, perché questa differente crescita in un settore che sostanzialmente è lo stesso, il farmaceutico e ove operano le stesse aziende? Qual'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. Nel 2015 nel nostro Paese le persone indigenti hanno potuto spendere per curarsi **29 centesimi al giorno, ovvero 106 euro l'anno (14 euro in meno rispetto all'anno precedente)**, contro i **695 euro (più del 13%) del resto della popolazione**. Le famiglie povere hanno potuto spendere solo il **2,4% del proprio budget in salute (22 euro circa su circa 900 euro mensili)**, contro il **4,5% (112 euro su 2.500 euro mensili) delle famiglie non povere.**

Se il gap di medicinali affligge i poveri, 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.**

Se In Italia dal 2006 al 2013 è aumentata la povertà sanitaria in media del **97%**: sono aumentati i cittadini che hanno difficoltà ad acquistare i medicinali anche quelli con prescrizione medica. Se prima la crisi colpiva le famiglie co-

stringendole a fare a meno di alimenti, di vestiario e di generi di consumo, oggi è in difficoltà anche la capacità di procurarsi le medicine. Se questi dati sono incontrovertibili 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.

È probabile che un minor costo dei farmaci di fascia C derivante da un processo di liberalizzazione della catena distributiva possa avere gli stessi effetti positivi, soprattutto a 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.

Si dice e si ripete come un mantra, ed anche la politica ci casca, che le sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Giustizia sono un ostacolo all'apertura del mercato dei farmaci di fascia C.

La Corte Costituzionale giudica la legittimità costituzionale delle leggi, non fa le leggi, e soprattutto non vieta al Parlamento di riformarle. Allo stesso modo la Corte di Giustizia non impedisce di legiferare e di riformare. Le sentenze si limitano a ritenere «non irragionevole» il regime vigente, senza mai escludere che un sistema diverso sarebbe ugualmente idoneo a essere «a garanzia dei cittadini e dell'efficacia dell'assistenza» (e, pertanto, conforme al dettato costituzionale e comunitario).

Nulla quindi osta a continuare nella strada delle riforme in questo settore, riforme da non confondere con liberalizzazioni anarchiche, come quella avvenuta con l'ultimo Ddl concorrenza, in cui l'avvento del capitale privato nella proprietà delle farmacie ha, di fatto, sancito la trasformazione di un monopolio in un oligopolio. Aumentare la concorrenza non è un favore che si fa agli operatori del settore, ma ai cittadini. E le riforme debbono sempre guardare all'interesse generale, con regole ma senza privilegi per alcuno.

Quella poca concorrenza ottenuta con le precedenti parziali riforme ha contenuto i prezzi dei farmaci e di conseguenza, nel tempo, per messo risparmi ai cittadini, ma soprattutto ha consentito anche alle farmacie di adeguarsi ed attrezzarsi per una competizione virtuosa che ha portato ad una maggiore attenzione ai bisogni dei cittadini. Tutti ne hanno beneficiato.

Questa la riforma che vorremmo per punti:

- 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, anche magistrali, strumentazione tecnica minima

**PRESENZA OBBLIGATORIA DEL FARMACISTA** - razionalizzare ed uniformare l'approvvigionamento, la conservazione, l'all'estimento e la distribuzione dei farmaci negli istituti di ricovero, nelle case di cura private ove vengono utilizzati i farmaci. Troppo spesso questo servizio è affidato in maniera estemporanea a figure professionali che non hanno conoscenze sufficienti a comprendere la complessità della dispensazione del farmaco. E' necessario affidare il coordinamento e la responsabilità all'unico professionista opportunamente formato per questo compito: il farmacista. Tale figura professionale ha acquisito negli ultimi anni competenze che vanno anche al di là delle proprie conoscenze chimiche, biologiche e farmacologiche, aggiungendo competenze cognitive diversificate come conoscenze di farmaco-economia, conoscenze cliniche, conoscenze di tipo legislativo, conoscenze di strumenti

manageriali quali la programmazione e il controllo. E' del tutto palese che l'inserimento nell'organigramma delle strutture ove sono utilizzati i farmaci di una o più unità professionali laureate, abilitate ed iscritte all'ordine porterebbe vantaggi non solo organizzativi, ma anche di razionalizzazione e risparmio di risorse economiche. Inoltre, la collaborazione in team tra questo professionista e il personale medico e quindi i medici di medicina generale, sarebbe auspicabile anche per la scelta del percorso terapeutico che trarrebbe in dubbi vantaggi per i pazienti rispetto ai possibili effetti collaterali, interazioni e indicazioni terapeutiche dei farmaci scelti. Pazienti che, con la presenza del farmacista, potrebbero essere seguiti anche dopo le dimissioni in un apposito programma di controllo dell'aderenza terapeutica. Uniformare la qualità e l'organizzazione della gestione del farmaco in tutte le strutture ove esso è utilizzato attraverso il coordinamento responsabilizzato del farmacista potrebbe contribuire a risparmi sia durante la degenza che nella fase successiva delle dimissioni grazie ad una migliore aderenza alle terapie assegnate.

**RICETTA ELETTRONICA PER TUTTI I TIPI DI PRESCRIZIONE** - Nell'ultimo rapporto del Gruppo di Coordinamento dell'Onu sulla resistenza antimicrobica (Iacg) si legge che se non s'interviene al più presto potrebbero esserci 10 milioni di morti ogni anno entro il 2050 e danni per l'economia paragonabili alla crisi finanziaria del 2008/2009. Dice l'Onu presentando il suo rapporto sull'antibiotico resistenza: «La resistenza antimicrobica è una delle maggiori minacce che affrontiamo come comunità globale. Questo rapporto riflette la profondità e la portata della risposta necessaria per frenare la sua ascesa e proteggere un secolo di progressi nella salute»<sup>9</sup>.

Ogni anno in Europa muoiono 33 mila persone a causa dell'antibiotico-resistenza e più di un terzo sono italiani. A conferma di questo scenario, gli ultimi dati forniti dal Rapporto Osservasalute 2018, testimoniano come in tredici anni è raddoppiata la mortalità sepsi-correlata passando da 18.668 decessi del 2003 a 49.301 del 2016. Allo stesso modo, l'uso dei psicofarmaci in Italia nei giovani tra i 15 e i 34 anni, risulta essere più diffuso dopo la cannabis e le NPS (nuove sostanze psicoattive), tali sostanze mescolate con l'alcool sono la nuova frontiera dello «sballo» low cost con effetti devastanti anche superiori a quelli dell'eroina.

Per tali motivi riteniamo che sia arrivato il momento di un'azione energica di contrasto all'uso errato dei farmaci. Sia arrivato il momento di agire. Certamente le campagne di sensibilizzazione sono utili, insieme ad altri mezzi, ma occorre tempo, tempo che non abbiamo. Bisogna cambiare strategia e studiare altri mezzi di lotta.

Noi crediamo sia arrivato il momento d'intervenire regolando in maniera più efficace la dispensazione dei farmaci con la possibilità di monitorare in tempo reale i consumi ed invertire questo trend negativo.

Noi proponiamo l'introduzione della ricetta elettronica per la prescrizione dei farmaci non a carico del SSN con obbligo di ricetta medica ripetibile e non ripetibile.