

## **CONTRIBUTO SCRITTO UNITARIO**

*Movimento Nazionale  
Liberi farmacisti*

*Federazione Nazionale  
Parafarmacie italiane*

*Federazione Farmacisti e  
Disabilità Onlus*

## **AL DISEGNO DI LEGGE 2469**

---

**Legge annuale per il mercato e la concorrenza  
2021**

*Confederazione Unitaria  
Libere Parafarmacie  
Italiane*

*10<sup>a</sup> Commissione permanente  
(Industria, commercio e turismo)  
Senato della Repubblica*

## **EQUITA', UGUAGLIANZA E SOLIDARIETA' NELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI**

*Febbraio 2022  
Roma*

*Ciò che non abbiamo osato, abbiamo certamente perduto".  
Oscar Wilde*

La Legge annuale per il mercato e la concorrenza è uno strumento formidabile per modernizzare il Paese.

Troppo spesso questo momento legislativo è stato vissuto con sofferenza da parte del mondo politico, al contrario, noi riteniamo in tale contesto economico, essere fondamentale per la rinascita di questo Paese dopo due anni di pandemia.

Il nostro interesse è rivolto alla modernizzazione della distribuzione del farmaco, troppo legata al mantenimento di alcune rendite di posizione che mal si conciliano con l'interesse generale.

In particolare in questa sede vorremmo evidenziare perché aprire il mercato al dettaglio dei farmaci alla concorrenza fa bene al Paese, fa bene ai suoi cittadini.

Lo faremo rappresentando, dati alla mano, l'assenza di concorrenza nel settore dei farmaci di fascia C, quelli acquistati dietro presentazione di ricetta medica, direttamente dai cittadini e come questo abbia ripercussioni nello sviluppo e crescita dei farmaci generici e quindi nell'abbassamento dei relativi prezzi.

Come l'assenza di concorrenza abbia risvolti di carattere sociale, impedendo, al contempo sviluppo e crescita economica.

## **LE PARAFARMACIE IN ITALIA**

(dati IQVIA, Italia, tutti i comuni)

Farmacie	<b>19.108</b>
Parafarmacie	<b>4.329</b>
Parafarmacie di farmacisti non titolari anche di farmacia	<b>2.600</b>
Parafarmacie di farmacisti titolari anche di farmacie	<b>1.050</b>
Parafarmacie di non farmacisti	<b>277</b>
Parafarmacie della GDO	<b>402</b>
Codici univoci effettivamente operanti	<b>4.700</b>
Codici univoci non operanti	<b>1.700</b>

Al fine di dimostrare quanto sopra enunciato abbiamo la necessità di analizzare i dati del mercato a cui facciamo riferimento, i trend di spesa, esaminando i vari capitoli che la compongono.

Per fare questo abbiamo utilizzato i Rapporti Osmed 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 e il Rapporto Nomisma sui farmaci generici. Inoltre consultato i report Assosalute, Cittadinanza-attiva e quello di altre organizzazioni.

Confrontando i rapporti Osmed 2018/2017 e l'ultimo disponibile 2020/2021 è del tutto evidente come la spesa convenzionata lorda sia diminuita come quella privata che, tuttavia ci offre spunti di riflessione. Diminuisce nella spesa privata l'acquisto di farmaci SOP e OTC senza ricetta, **ma aumenta in maniera sensibile la spesa per i farmaci in fascia C con obbligo di ricetta medica.** (rispettivamente 10,8% e + 6,6%).

Composizione della spesa farmaceutica confronto 2019/2020 Fonte Osmed - Uso dei Farmaci - Rapporto Nazionale 2021

	<b>Spesa (milioni)</b>	<b>%</b>	<b>Δ % 20-19</b>
<b>Spesa convenzionata lorda<sup>^</sup></b>	<b>9.820,4</b>	<b>32,15</b>	<b>-2,7</b>
<i>di cui ossigeno e vaccini</i>	80,0	-	0,5
<b>Diretta e per conto classe A</b>	<b>4.259,4</b>	<b>13,94</b>	<b>-4,9</b>
ASL, Aziende ospedaliere, RSA e penitenziari*	9.284,4	30,40	3,4
<i>di cui ossigeno e vaccini</i>	800,2	-	1,3
<b>Spesa pubblica</b>	<b>23.364,2</b>	<b>76,49</b>	<b>-0,8</b>
A privato	1.527,7	5,00	-1,1
C con ricetta	3.269,1	10,70	6,6
SOP OTC	2.133,7	6,99	-10,8
Esercizi commerciali	249,7	0,82	-3,7
<b>Spesa privata</b>	<b>7.180,3</b>	<b>23,51</b>	<b>-1,1</b>
<b>Totale</b>	<b>30.544,5</b>	<b>100,00</b>	<b>-0,9</b>

<sup>^</sup>Comprensiva della spesa dei farmaci di classe C rimborsata (32,4 milioni di euro)

\*Non comprende la spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto





Costante dal 2016 al 2020 è la **crescita della spesa privata per i farmaci di Classe C** con obbligo di ricetta medica, ovvero per i farmaci prescritti dal medico ma a totale carico del cittadino.

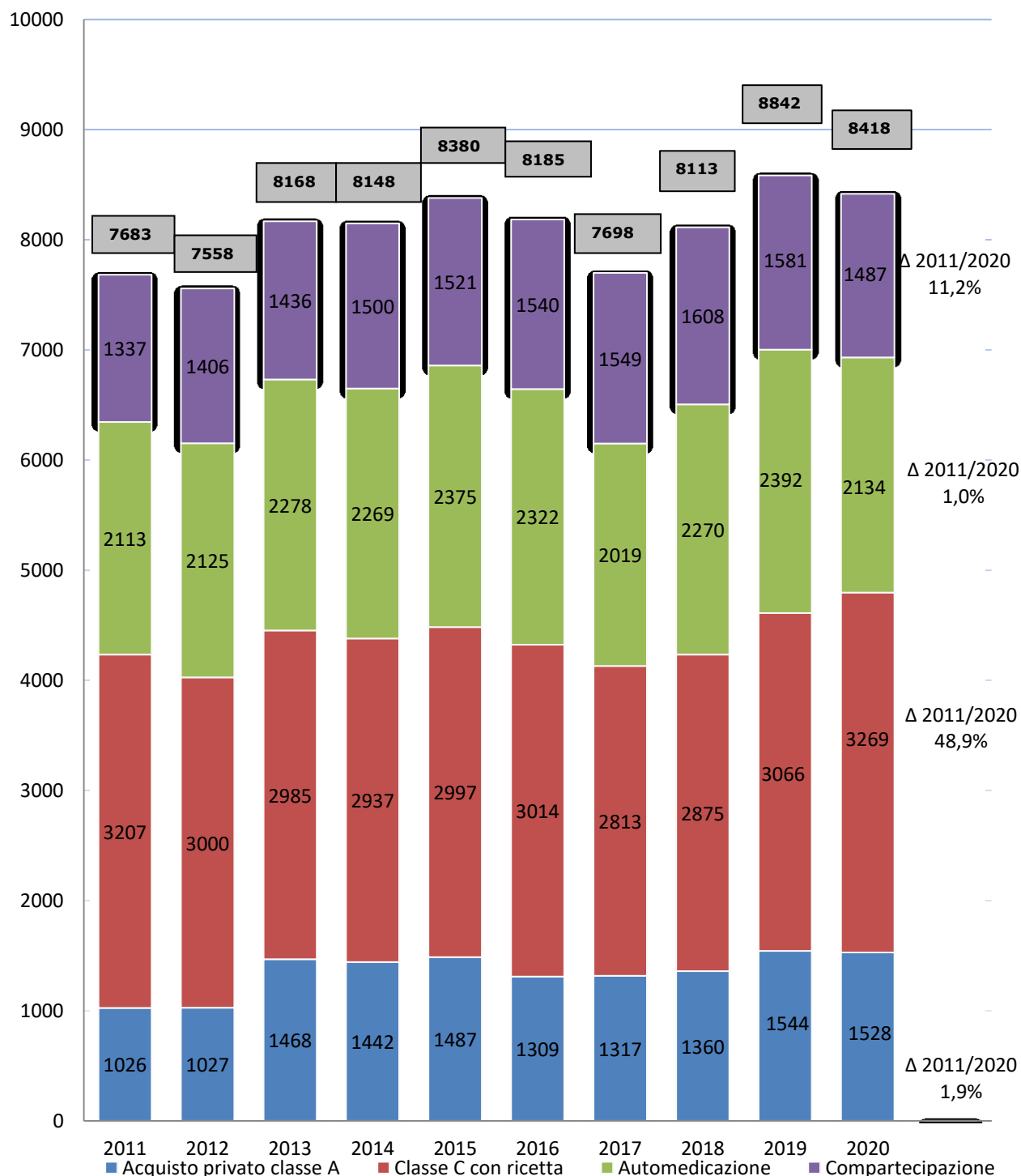
### Spesa Farmaceutica pubblica e privata confronto 2012 - 2020

		2012 (milioni)	2013 (milioni)	2014 (milioni)	2015 (milioni)	2016 (milioni)	2017 (milioni)	2018 (milioni)	2019 (milioni)	2020 (milioni)	Δ% 13/12	Δ% 14/13	Δ% 15/14	Δ% 16/15	Δ% 17/16	Δ% 18/17	Δ% 19/18	Δ% 20/19
1	Spesa convenzionata netta	8.986	8.863	8.598	8.477	8.268	8.120	7.781	7.765	7.615	-1,4	-3,0	-1,4	-2,5	-1,6	-4,2	-0,2	-1,9
2	Distribuzione diretta e per conto fascia A	2.837	3.003	3.250	4.921	5.556	4.792	4.620	4.481	4.259	5,9	8,2	51,4	12,0	-13,7	-3,6	-3,0	-4,9
1+2	<b>Totale spesa pubblica</b>	<b>11.823</b>	<b>11.866</b>	<b>11.848</b>	<b>13.398</b>	<b>13.810</b>	<b>112.913</b>	<b>12.402</b>	<b>12.246</b>	<b>11.875</b>	<b>0,4</b>	<b>-0,2</b>	<b>13,1</b>	<b>3,1</b>	<b>-6,5</b>	<b>-4,0</b>	<b>-1,3</b>	<b>-3,0</b>
3	Compartecipazione del cittadino	1.406	1.436	1.500	1.521	1.540	1.549	1.608	1.581	1.487	2,1	4,5	1,4	1,2	0,6	3,8	-1,7	-6,0
4	Acquisto privato di fascia A	1.027	1.468	1.442	1.487	1.309	1.317	1.360	1.544	1.528	43	-1,8	3,1	-11,9	0,6	3,2	13,5	-1,1
5	Classe C con ricetta	3.000	2.985	2.937	2.997	2.642	2.813	2.875	3.066	3.269	-0,5	-1,6	2,1	-11,8	6,5	2,2	6,6	6,6
6	Automedicazione (SOP e OTC)	2.125	2.278	2.269	2.375	2.429	2.109	2.270	2.392	2.134	7,2	-0,4	4,7	-2,3	-13,2	7,6	5,4	-10,8
7	Esercizi commerciali					301	286	266	259	250					-4,7	-7,0	-2,6	-3,7
3+4+5+6+7	<b>Totale spesa privata</b>	<b>7.558</b>	<b>8.168</b>	<b>8.148</b>	<b>8.380</b>	<b>8.220</b>	<b>8.076</b>	<b>8.379</b>	<b>8.842</b>	<b>8.668</b>	<b>8,1</b>	<b>-0,2</b>	<b>2,9</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,8</b>	<b>3,8</b>	<b>5,5</b>	<b>-2,0</b>
	Totale spesa farmaceutica	19.381	20.035	19.996	21.778	22.030	20.988	20.781	21.108	20.542	3,4	-0,2	8,9	1,2	-4,7	-1,0	1,6	-2,6
	<b>Quota a carico del SSN (%)</b>	<b>61,0</b>	<b>59,2</b>	<b>59,3</b>	<b>61,5</b>	<b>62,7</b>	<b>61,5</b>	<b>59,7</b>	<b>58,8</b>	<b>57,8</b>								

Fonte: elaborazione MNLF su dati OsMed ds Tracciabilità del Farmaco (per i dati di spesa privata). Elaborazione sui dati IMS Health per la stima della spesa privata per gli anni precedenti al 2020.

La componente più rilevante della spesa farmaceutica privata è costituita dai farmaci in classe C con ricetta, che hanno superato i **3 miliardi di spesa nel 2019 e 2020**, seguiti dai farmaci in automedicazione (**2,1 miliardi**), dal contributo di compartecipazione (ticket e differenza dal prezzo di riferimento per **1,4 miliardi**) e dai farmaci di classe A acquistati privatamente (**1,5 miliardi**). La dinamica di queste quattro categorie è però profondamente diversa e rappresenta alcune tendenze emergenti.

## Compartecipazione privata (milioni di Euro) – Anni 2011 - 2019



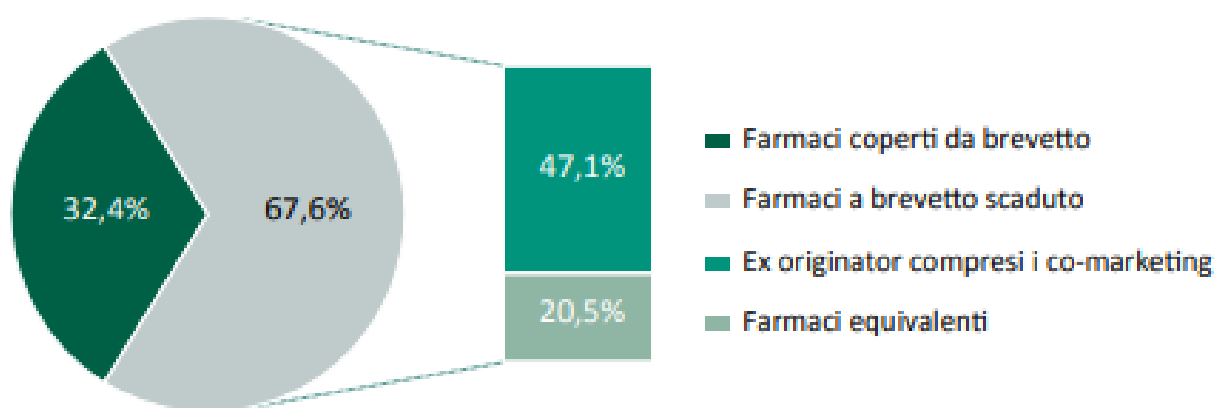
All'interno della "spesa per compartecipazione", infatti, confluiscono due componenti di spesa: **quella relativa al ticket applicato da alcune regioni e quella relativa al differenziale di prezzo che il cittadino è disposto a pagare tra il farmaco in classe A al prezzo più basso e lo stesso farmaco "branded" a un prezzo superiore.**

Mentre la spesa per il ticket è in complessivo calo negli ultimi anni, la spesa derivante dal differenziale rispetto al prezzo di riferimento è in costante aumento e rappresenta il 71% del totale della compartecipazione 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.

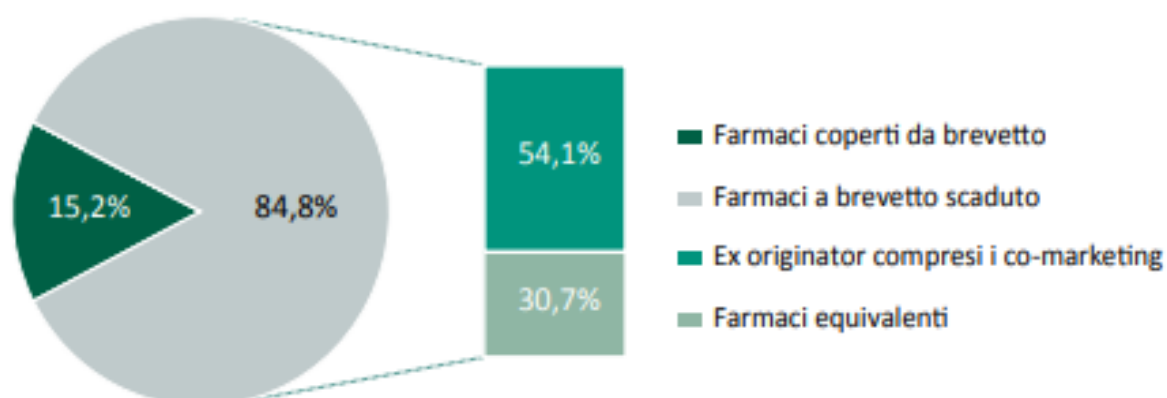
Tale tendenza è evidenziata anche nell'ultimo rapporto Osmed, ove si rileva che nelle regioni con un più basso reddito pro/capite (ad esclusione della Sardegna) maggiore è il ricorso ai farmaci branded.

Nel 2020 i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 67,6% della spesa e l'84,8% dei consumi in regime di assistenza convenzionata. I farmaci equivalenti, ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, hanno rappresentato il 20,5% della spesa e il 30,7% dei consumi.

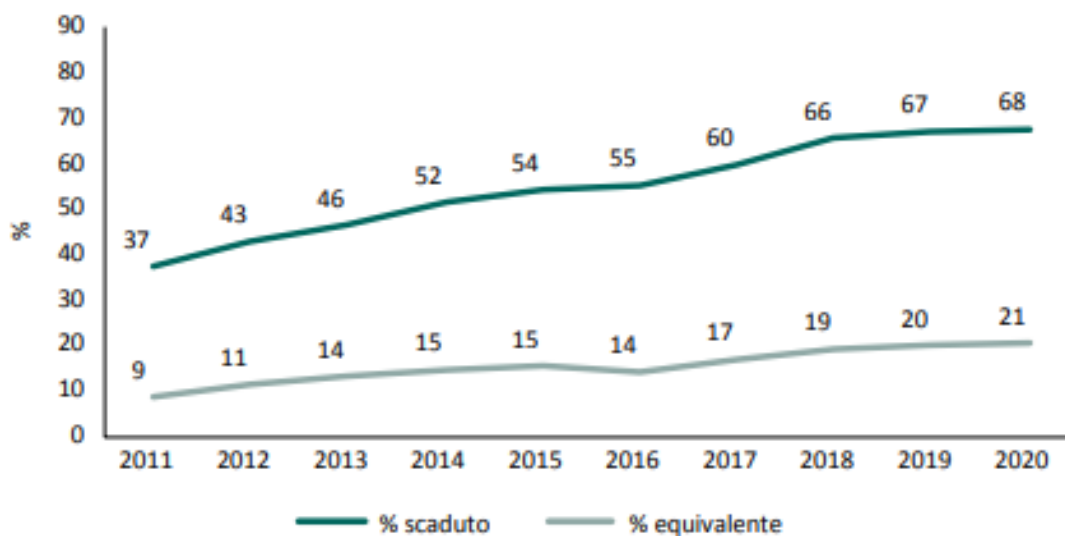
**- Spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata di classe ASSN distinti per copertura brevettuale nell'anno 2020**



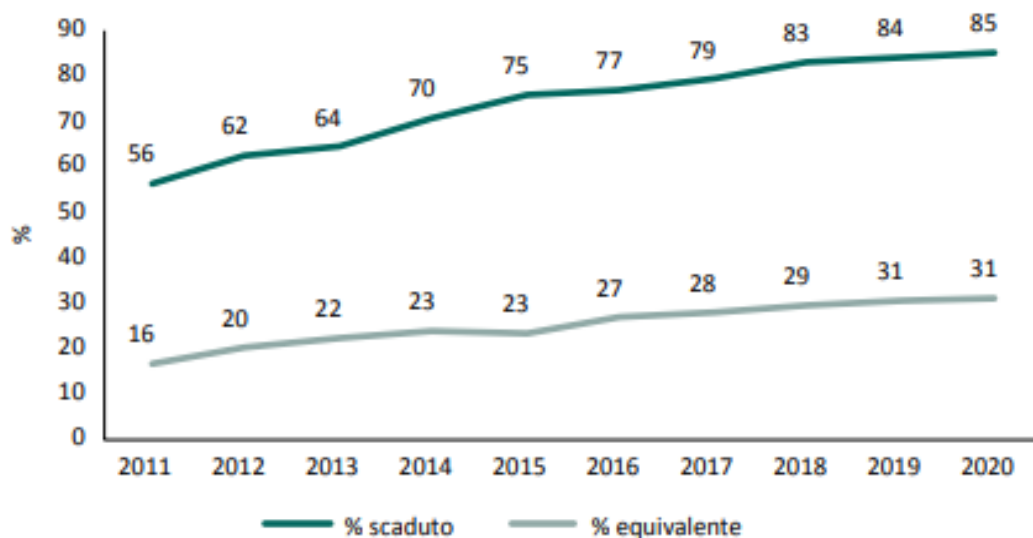
**- Consumo dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN distinti per copertura brevettuale nell'anno 2020**



- Andamento dell'incidenza della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale della spesa classe A-SSN: confronto 2011-2020



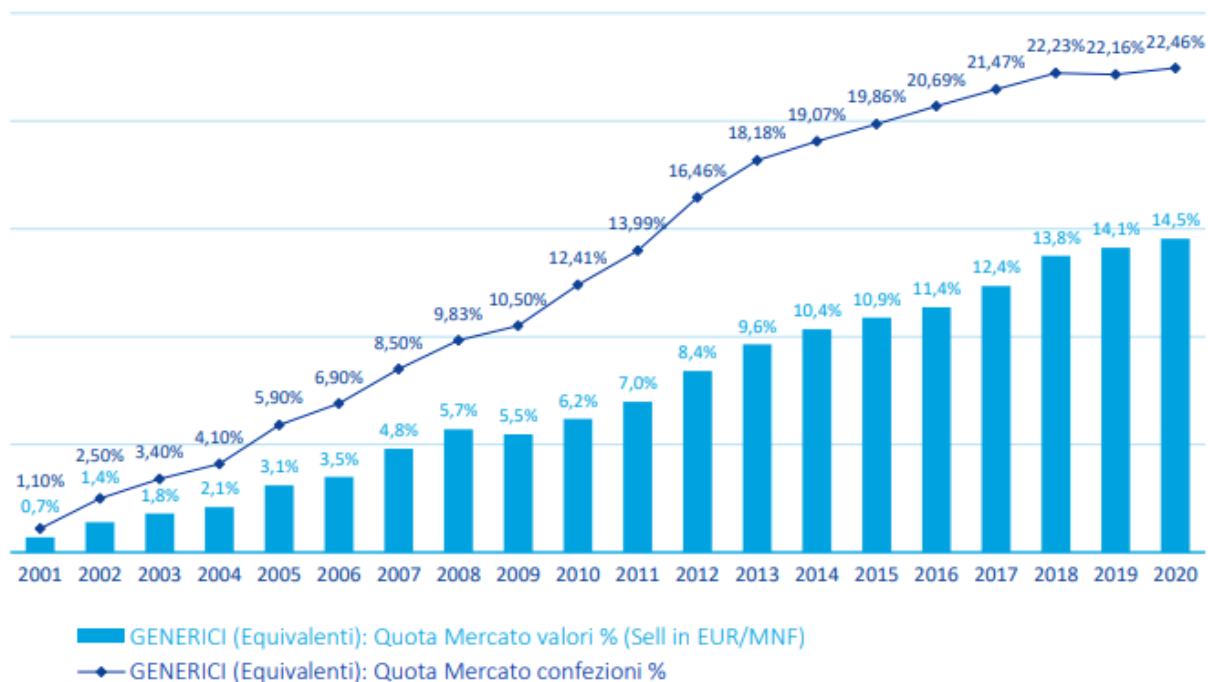
- Andamento dell'incidenza del consumo (dosi) dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale del consumo dei farmaci classe A-SSN: confronto 2011- 2019



È interessante notare come, nel trend **2011-2020**, la crescita delle confezioni 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.

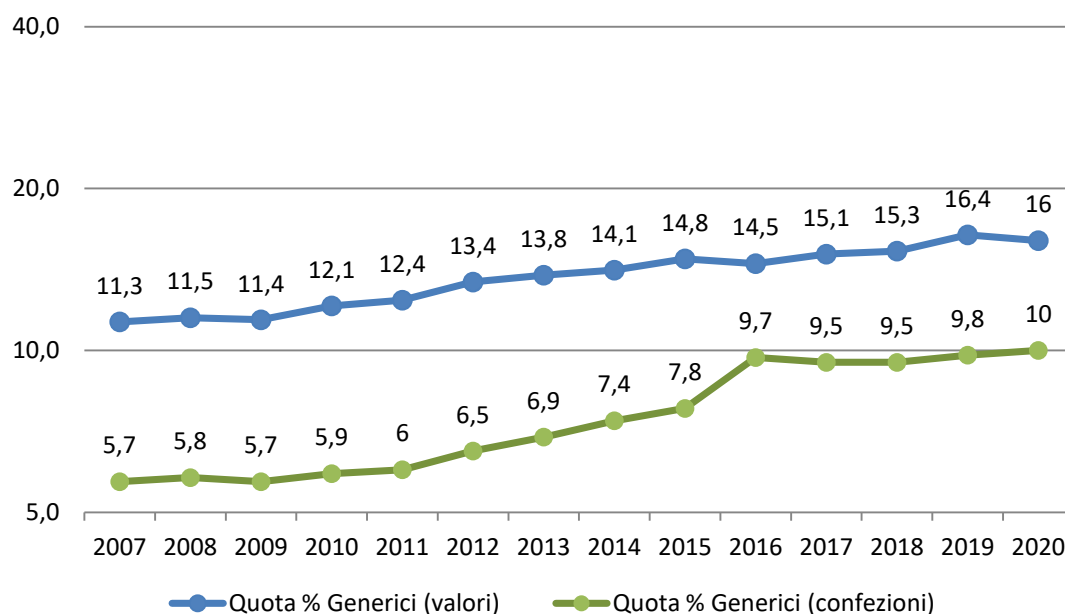
Nell'analisi dei dati per tipologia di farmaco emerge che il calo dei volumi di vendita è da ascrivere unicamente al calo di vendite delle confezioni di farmaci **coperti da brevetto**. Di segno opposto la variazione dei consumi di farmaci generici che hanno un incremento delle quantità vendute

**- Le vendite di generici-equivalenti nelle farmacie aperte al pubblico sul totale del mercato farmaceutico - Anni 2001-2020- Elaborazione Dati Centro Studi Egualia su Dati Iqvia**



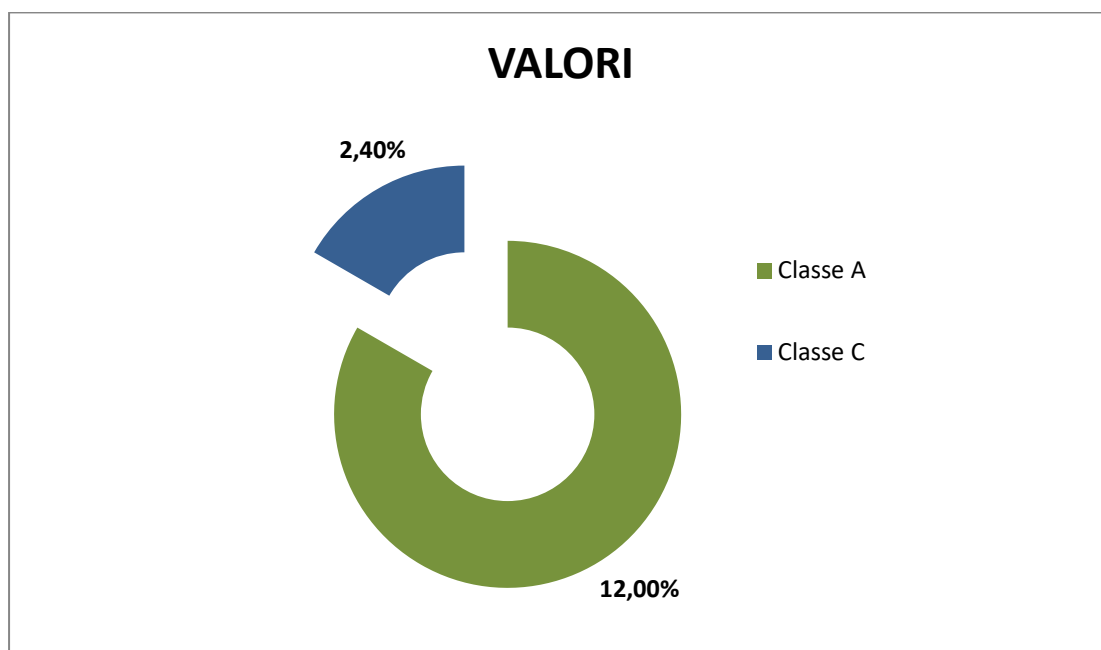
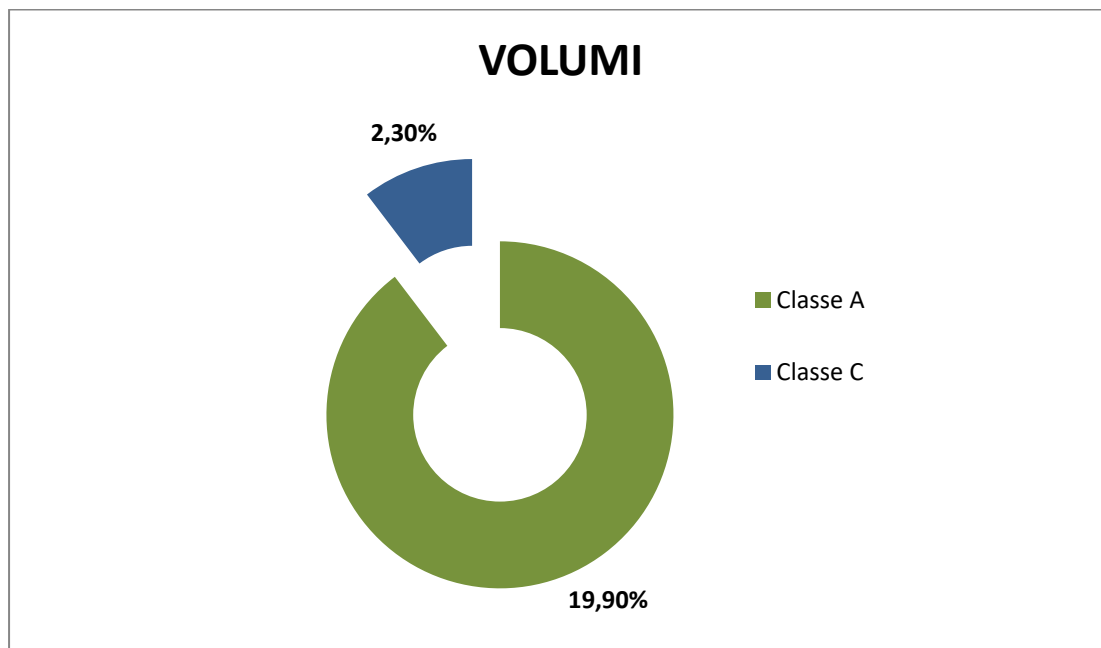
Per quanto riguarda i farmaci in **classe C** (con ricetta e non rimborsati) si rileva invece un **trend opposto**. Il numero di confezioni consumate registra, infatti, una sostanziale **"stagnazione"** dei pezzi venduti negli ultimi anni, mentre sale, moderatamente, il valore complessivo delle vendite,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

**Farmaci di Classe C – Quota di mercato dei generici in confezioni e a valore (%) – Anni 2007 - 2020**





L'incidenza dei generici-equivalenti a volumi e valori sul totale del mercato in farmacia  
Confezioni Generici / Totale Mercato Farmacia (Sell In Unità - YTD 12/2020)



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 2007 e 2020 la quota di mercato dei farmaci generici in Classe C è infatti passata da **11,3% a 16,0% (+4,7%)** a volume e da **5,7% a 10,0% (+ 4,3%)** a valore.

Una crescita davvero debole se consideriamo l'arco temporale di 13 anni, una crescita che se confrontata con quella dei farmaci di fascia A è quasi la metà.

**Questo mentre in classe A il generico ha quasi triplicato la propria quota di mercato sia in consumi. (4,8% nel 2011, 14,5% nel 2020 +9,7%) e aumentato di circa il 60% quello in valore (13,99% nel 2011, 22,46 nel 2020 + 8,47%)**

**Perché accade questo, perché questa differente crescita in un settore che sostanzialmente è lo stesso.?**

**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 quasi 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.**

La stessa **Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato** ha più volte sottolineato la necessità di modificare l'attuale legislazione, così scrive al Senato nel marzo del 2020 in occasione della Legge di bilancio:

*Sempre nell'ottica di una piena applicazione dei principi di concorrenza nel settore della distribuzione dei farmaci e nel rispetto del diritto alla salute, l'Autorità intende in questa occasione riprendere un tema già affrontato in diverse occasioni e relativo al completamento del processo di liberalizzazione avviato con l'adozione del cd. Decreto Bersani nel 2006 - consentendo la vendita al di fuori del canale farmaceutico, e sempre alla presenza del farmacista, di tutti i medicinali di fascia C (non solo SOP e OTC ma anche OP); ciò al fine di "rafforzare la libertà di scelta del cittadino consumatore e la promozione di assetti di mercato maggiormente concorrenziali, [e di] favorire il rilancio dell'economia e dell'occupazione attraverso la liberalizzazione di attività imprenditoriali e la creazione di nuovi posti di lavoro" (cfr. art. 1 del Decreto Bersani). Da ultimo e incidentalmente, l'Autorità rileva che potrebbe risultare opportuno affiancare alla liberalizzazione della vendita di tutti i medicinali di fascia C, anche un intervento di riordino del regime di fornitura di tali prodotti (con e senza obbligo di prescrizione medica) - eliminando eventuali incoerenze nella classificazione - da parte del Ministero della Salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco, secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 1-bis, del d.l. del 6 dicembre 2011 n. 201 (cd. Decreto Salva Italia)*

L'assenza di concorrenza non ha solo dei risvolti in termini economici, ma anche di **carattere sociale.**



## La povertà sanitaria

**Scrivete l'Osservatorio sulla povertà sanitaria** "La scarsa disponibilità di risorse economiche che caratterizza le famiglie e le persone in povertà assoluta ha conseguenze dirette sulla loro salute psico-fisica ogni volta che esse devono sostenere la parte di spese farmaceutiche e sanitarie non garantite dal nostro SSN."

È ormai a tutti noto che il costo dei farmaci etici da banco (over the counter ovvero OTC) è interamente a carico del cittadino e che anche i farmaci e le cure a carico del SSN richiedono – salvo specifiche esenzioni - la compartecipazione alla spesa sotto forma di ticket.

Inoltre, le prescrizioni dei farmaci con obbligo di ricetta, ma a totale carico dei cittadini, provenienti sia dai medici di base che dagli specialisti, incidono in maniera rilevante assieme a quella dei cosiddetti "integratori alimentari" indicati dagli stessi professionisti.

L'effetto problematico di queste spese è tanto maggiore quanto più precaria è la salute e più intenso il bisogno di cure, ovvero quanto più è diffusa la "**povertà di salute**" di una singola persona.

Anche se il nostro SSN ha una forte **impronta universalistica** e inclusiva, una parte consistente delle cure sanitarie resta a carico dei cittadini.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale questa parte ha raggiunto nel **2020 il 42,2%** della spesa totale (equivalente ad un importo di circa **8,7 miliardi di euro su un totale di 20,5**).

In questa spesa rientrano la compartecipazione del cittadino (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il corrispondente prezzo di riferimento), l'acquisto privato di farmaci di fascia A, la classe C con ricetta, la spesa negli esercizi commerciali e tutti i farmaci da banco, che non richiedono prescrizione medica, tra cui figurano analgesici e antipiretici, antinfiammatori orali, preparati per tosse, raffreddore, dolori articolari-muscolari, cavo oro-faringeo, antidiarroici, antimicrobici intestinali, antisettici e disinfettanti. Inoltre, come già indicato in precedenza, a tutti questi farmaci debbono essere aggiunti anche i cosiddetti "integratori alimentari" indicati dai medici, prodotti "borderline" con i farmaci veri e propri purché contengono principi attivi sufficienti a determinare un effetto (ad es. quelli per la prostata a base di Serenoa Repens).

Tutti questi medicinali debbono essere pagati anche dai cittadini che vivono in povertà assoluta, ovvero con un reddito insufficiente per avere uno standard di vita minimamente dignitoso

**Il Banco Farmaceutico su dati Istat** certifica che quasi **600 mila** persone povere nel 2021 (esattamente **597,560mila**) non ha potuto acquistare i farmaci di cui aveva bisogno per ragioni economiche (erano **500mila** nel 2020 - **+37,6%**).

**Spesa pro-capite mensile sanitaria (compresi i medicinali) per condizione economica della famiglia. Osservatorio povertà sanitaria - Anno 2020**

Spesa	Valori in euro			Peso % sulla spesa sanitaria		
	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Medicinali	25,94	6,37	24,43	43%	62%	43%
Articoli sanitari	3,35	0,56	3,13	5%	5%	5%
Attrezzature terapeutiche	5,32	0,40	4,94	9%	4%	9%
Servizi medici ospedalieri	9,04	1,42	8,45	15%	14%	15%
Servizi dentistici	12,66	0,75	11,74	21%	7%	21%
Servizi paramedici	4,66	0,76	4,36	8%	7%	8%
<b>Totale servizi sanitari e spese per la salute</b>	<b>60,96</b>	<b>10,25</b>	<b>57,06</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Chi è povero ha in media un budget sanitario pari a 10,25 euro**, meno di 1/5 (17%) della spesa sanitaria di chi non è povero (60,96 euro mensili). **Per le famiglie povere, inoltre, ben il 62% della spesa sanitaria (6,37 euro) è assorbita dai farmaci** e solo il 7% (0,75 euro) è dedicata ai servizi dentistici.

Le famiglie non povere, invece, destinano il 43% del proprio budget sanitario mensile (25,94 euro) all'acquisto di medicinali e il 21% ai servizi dentistici (12,6 euro)", rileva il report. Sia chi è in povertà sia i più abbienti compiono un 'investimento' o un 'sacrificio' simile con un peso della spesa sanitaria sul totale della spesa per consumi che si attesta, per entrambi, su valori molto simili (2% contro 1,6%) anche se con valori monetari molto distanti (60,96 euro contro 10,25 euro).

**Le difficoltà riguardano tutti i residenti, poveri e non poveri: nel 2020 il 15,7% delle famiglie italiane (4 milioni 83 mila famiglie, pari a 9 milioni 358 mila persone) ha risparmiato sulle cure, limitando il numero delle visite e degli accertamenti o facendo ricorso a centri diagnostici e terapeutici più economici. Hanno fatto ricorso a una di queste strategie 33 famiglie povere su 100 e 14 famiglie non povere su 100.**

Ripartizione	Area	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Rapporto % spesa per farmaci e totale spesa sanitaria delle famiglie non povere	Rapporto % spesa per farmaci e totale spesa sanitaria delle famiglie povere
Nord	Centro area metropolitana	28,82	2,94	26,77	37%	43%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	26,53	6,34	25,11	37%	66%
	Altri comuni <50 mila abitanti	24,95	6,63	23,53	39%	61%
Centro	Centro area metropolitana	31,27	7,49	30,39	42%	64%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	27,49	7,93	26,34	43%	59%
	Altri comuni <50 mila abitanti	21,46	7,37	20,57	43%	48%
Sud e Isole	Centro area metropolitana	29,39	5,69	26,77	53%	67%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	24,55	5,08	22,73	52%	54%
	Altri comuni <50 mila abitanti	25,67	7,36	24,02	52%	78%
<b>Totale Italia</b>		<b>25,94</b>	<b>6,37</b>	<b>24,43</b>	<b>43%</b>	<b>62%</b>

**Se il gap di medicinali** affligge i poveri, un'indagine commissionata sempre da Banco Farmaceutico a Doxa, rilevava 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 ad oggi** 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 costringendole a fare a meno di alimenti, di vestiario e di generi di consumo, oggi è in difficoltà anche la capacità di procurarsi le medicine.

L'aumento della povertà sanitaria registrato negli ultimi anni è stato certamente sostenuto dalla **pandemia da Covid19**, dai periodi di lockdown e da una diminuzione generalizzata dei redditi che in alcuni casi sono letteralmente venuti a mancare. Gli effetti di questa crisi che dura da oltre due anni si faranno sentire ancora per molto tempo, malgrado i sostegni economici messi in campo dal Governo, la povertà sanitaria è purtroppo destinata ad allargarsi. Certamente investimenti di supporto possono "alleviare" tale fenomeno, ma sono gli strumenti strutturali i soli in grado di combattere ciò che ha poi costi assai più alti sia a livello sociale che sanitario.

**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.**

**Così scrive Federconsumatori** dopo la pubblicazione dei dati sul consumo dei farmaci nel **2017** : " *Nel 2017 la spesa farmaceutica netta Ssn registra un calo del -1,9% rispetto al 2016, confermando la tendenza alla diminuzione della spesa per medicinali erogati nel regime convenzionale. In questo quadro si configura però una grave incoerenza a danno dei cittadini, poiché tale riduzione non è accompagnata, come sarebbe corretto e coerente, da un parallelo vantaggio economico per i cittadini, anzi: la partecipazione a carico dei pazienti è in aumento, come dimostrano gli oltre 1,5 miliardi di ticket sui farmaci pagati dagli assistiti. È evidente che in un Paese in cui la rinuncia alle cure per motivi economici è un fenomeno diffuso in misura allarmante, la questione deve essere affrontata. Come Federconsumatori riteniamo doveroso sottolineare la necessità di incrementare ulteriormente il già crescente ricorso ai farmaci generici ma soprattutto chiediamo che il maggiore utilizzo dei medicinali a brevetto scaduto si traduca in un concreto vantaggio economico per i cittadini.* "

**Così Silvio Garattini (Direttore Istituto Mario Negri) sui farmaci generici** in occasione della presentazione del Rapporto Osmed 2018: "*Quando parliamo dei farmaci a brevetto scaduto vediamo che si continuano a scegliere senza ragione gli originator. Questo nonostante neanche i medici possano dimostrare la differenza tra originator ed equivalenti".(...) "I farmaci sono vittime del loro successo e ormai tendono a diventare beni di consumo anziché strumenti di salute. Questo a causa di un'asimmetria dell'informazione, della mancanza di ricerca indipendente e di una scarsa cultura scientifica".*

Abbassare i prezzi dei farmaci attraverso un sistema concorrenziale sul modello delle liberalizzazioni di Sop e Otc, ovvero liberalizzando i farmaci di fascia C, aumenterebbe il confronto tra le offerte e farebbe diminuire i prezzi aumentando le quote di mercato dei farmaci generici e probabilmente contribuirebbe al contenimento se non alla diminuzione

---

\* Aggiornamento Maggio 2018

del prezzo dei farmaci branded. Se la casa produttrice del Gentalyn beta crema 30g, per fare un esempio, può permettersi di mantenere il prezzo a **14,50** euro quando il suo omologo generico ne costa **9,50** (Δ 5 euro !!!) qualche motivo ci sarà e forse risiede proprio nella scarsa concorrenza all'interno della fascia C.



Inoltre, uno dei pericoli sempre paventati quando si parla di liberalizzazioni dei farmaci, quello dell'**iperconsumo** dei farmaci, viene clamorosamente smentito da I Rapporto Censis - Assosalute "**Il valore socio-economico dell'automedicazione**" (Dic 2017). In questo rapporto, con riferimento ai farmaci di automedicazione, si certifica che gli italiani spendono per i farmaci d'automedicazione **40 euro l'anno**, esattamente la metà di quanto spendono Francia e Germania, a riprova che le liberalizzazioni non creano iperconsumo e, a maggior ragione non lo creerebbero in un comparto, quello dei farmaci di fascia C ove è **la prescrizione del medico a regolarne il consumo**. Domanda anelastica.

Il caso dei farmaci da banco è forse paradigmatico di quello che potrebbe avvenire con la liberalizzazione dei farmaci di fascia C, anche con riferimento a risparmi generati in favore del Ssn. Dice il rapporto Censis - Assosalute 2017 a proposito dei benefici derivati dall'uso dei farmaci d'automedicazione : "**17,6 milioni di italiani** sono guariti dai piccoli disturbi grazie a un farmaco da automedicazione almeno in una occasione durante l'anno e così hanno potuto svolgere normalmente le loro attività. Risparmi per il Servizio sanitario nazionale, perché **17 milioni di italiani** hanno evitato di scaricare l'onere delle cure sul sistema pubblico grazie ai farmaci da banco. Per l'economia, perché **15,4 milioni di lavoratori** sono rimasti sul posto di lavoro proprio grazie all'effetto di un farmaco da automedicazione.

E' 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 carico del sistema sanitario nazionale. La farmacia "non convenzionata" o "complementare" 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. Inoltre, i farmacisti non titolari o titolari di parafarmacie vivono una situazione kafkiana perché mentre ai loro colleghi titolari di farmacia è consentita la proprietà senza limiti di più farmacie e addirittura sino ad un 20% regionale tale proprietà è consentita anche **a chi laureato non è**, a lui, che è laureato, non è permesso vendere i farmaci. **Ovvero lo Stato che ha investito fondi pubblici per farlo laureare lo utilizza solo per un 15/20 % delle sue possibilità.**

### **I Servizi in monopolio**

Non solo i farmaci sono oggetto di una "riserva" difficilmente comprensibile.

**Anche i servizi come le autoanalisi, le prenotazioni** di visite o il ritiro di referti diagnostici, per citarne alcuni, lo sono diventati. Nemmeno **la pandemia** e lo stato di crisi sanitaria ha risparmiato questa tendenza, anzi l'ha accentuata e il caso dei **tamponi antigenici** ne è l'emblema più eclatante.

I tamponi che dovevano essere lo strumento più importante per aumentare la **capacità di tracciare i nuovi positivi da Covid19**, coloro che escono dalla quarantena e l'assegnazione del Greenpass, sono finiti in quella che noi abbiamo definito "**pandemia corporativa**"

Attraverso emendamenti approvati dal Parlamento si è giunti ad impedire alle 4000 parafarmacie italiane di eseguire tali test. Questo, malgrado in questi esercizi operi un farmacista **laureato ed abilitato** come quello presente nelle farmacie, malgrado gli standard operativi e i protocolli siano gli stessi e malgrado l'accesso ai sistemi informatici di notifica sono possibili perché già in essere. (sistema TS).

Il risultato di tale esclusione è stato pagato e continua ad essere **pagato dai cittadini** che debbono sopportare lunghe file di attesa per svolgere il test e che, in assenza di reale concorrenza, pagano gli stessi ai prezzi più alti (15 euro).

A nulla conta che già il **Consiglio di Stato** abbia espresso dubbi in merito (causa Parafarmacie delle Marche contro diniego, dopo autorizzazione, della Giunta regionale delle Marche), a nulla conta che le stesse Associazioni dei consumatori abbiano chiesto di modificare la norma, i numerosi emendamenti presentati in favore di un allargamento alle parafarmacie sono bloccati.

Eppure, sui servizi l'**Antitrust** si era già espressa ampiamente.

Nella segnalazione/parere dell'Antitrust del **marzo 2016 (Bollettino 11/2016)** a proposito delle " Restrizioni concorrenziali nell'erogazione di servizi di prenotazione di visite mediche specialistiche e di ritiro referti per le parafarmacie" avete scritto " Si evidenzia dunque l'assenza di motivi ostativi per le ASL alla concessione dello svolgimento di tali servizi non coperti da riserva di legge (quali i servizi CUP e ritiro del referto, nonché eventuali altri servizi non coperti da riserva di legge) anche alle parafarmacie. Si rileva che i suddetti ostacoli alle attività delle parafarmacie risultano anche incoerenti con le linee guida in materia di "Sistema CUP" prospettate a livello nazionale e regionale dalle Regioni interessate dalle segnalazioni ricevute dall'Autorità. Con specifico riferimento alle Linee guida nazionali CUP, queste ultime infatti evidenziano al punto 2.3.1 l'importanza di "**realizzare un'offerta più ampia possibile di canali di accesso, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino**".

**Ed ancora nel marzo del 2020 in occasione della legge di bilancio:**

*ad avviso dell'Autorità, la previsione della proroga temporale della citata sperimentazione nell'ambito del SSN e della sua estensione a tutte le Regioni italiane a statuto ordinario assume rilievo dal punto di vista concorrenziale nella misura in cui le prestazioni e le funzioni assistenziali indicate dall'art. 1 del d.lgs. 153/2009 riguardano servizi al cittadino-paziente che potrebbero essere prestati - nel rispetto del principio costituzionale di tutela della salute - anche da parte degli esercizi commerciali diversi dalle farmacie, abilitati alla vendita dei farmaci da banco (cd. OTC) e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica (cd. SOP) ai sensi dell'art. 5 del D.L. 223/2006 (cd. Decreto Bersani). In proposito si ricorda che l'Autorità ha già avuto occasione, nel 2014 e di nuovo nel 2016, di esprimersi con riguardo allo svolgimento dei servizi di prenotazione di visite mediche specialistiche tramite CUP e di ritiro referti presso le parafarmacie, evidenziando la rilevanza di tale canale alternativo per lo sviluppo della concorrenza nella distribuzione di prodotti/servizi farmaceutici. In particolare, l'Autorità ha considerato il divieto opposto a livello locale alle parafarmacie di offrire detti servizi come condotta "ingiustificatamente lesiva delle norme e dei principi a tutela della concorrenza [...] altresì idonea a produrre ricadute negative sui consumatori i quali vengono privati di un potenziale ulteriore canale di accesso al servizio"*

*L'Autorità ritiene, pertanto, in questa sede, di dover evidenziare che le disposizioni normative in esame, nel prevedere che i servizi sanitari di cui all'art. 1 del d.lgs. 153/2009 vengano erogati in via sperimentale da parte delle "farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale", potrebbero comportare un'ingiustificata*

restrizione della concorrenza nel momento in cui non venissero inclusi nella sperimentazione anche gli esercizi commerciali diversi abilitati alla vendita al pubblico dei medicinali SOP e OTC, con tutte le garanzie prescritte dalla Legge5. Un'apertura in questa direzione avrebbe, dunque, l'effetto di aumentare la possibilità di concorrenza tra imprese con la diffusione di canali alternativi alle farmacie, non solo nella distribuzione dei farmaci (ad oggi SOP e OTC), ma anche nella prestazione dei servizi sanitari al cittadino, a vantaggio del pubblico degli utenti e nel rispetto del diritto fondamentale alla salute. In proposito, si deve tenere conto del fatto che la legge impone anche all'interno degli esercizi commerciali quali le parafarmacie la presenza di un farmacista abilitato all'esercizio della professione ed iscritto al relativo ordine, che possiede la preparazione professionale e la competenza ritenute necessarie dall'ordinamento a garantire il presidio sanitario richiesto dal SSN per il corretto svolgimento del servizio pubblico, a tutela dei cittadini medesimi<sup>6</sup>. In conclusione, ad avviso dell'Autorità, la possibilità di estendere anche a tali esercizi commerciali, diversi dalle farmacie, la possibilità di erogare le prestazioni e le funzioni assistenziali indicate dal d.lgs. 153/2009, nell'ambito del SSN, risulta coerente con i principi della concorrenza e rappresenta un mezzo importante al fine di realizzare una generale ed effettiva apertura del mercato, consentendo l'ingresso di nuovi attori nell'offerta del servizio farmaceutico in senso lato.

### Parafarmacie anomalia italiana?

Tra le tesi utilizzate per riportare indietro le lancette delle riforme in questo settore, vi è la tesi che le parafarmacie sarebbero un'anomalia italiana in seno all'Unione Europea. Affermazione questa che viene spacciata sia alla pubblica opinione che alla politica come verità assoluta. Ma è così?

### LE FARMACIE IN EUROPA: REGOLE SU 25 STATI

PAESE	PRESENZA PIANTA ORGANICA	TITOLARITÀ' SOLO AI FARMACISTI	FARMACIE PER PROPRIETARIO	SOP-OTC SOLO IN FARMACIA	FARMACI ONLINE CONSENTITI	ORARI DI APERTURA
Austria						
Belgio						
Rep. Ceca						
Danimarca						
Finlandia		10 SU 25		11 SU 25 SOLO IN FARMACIA		
Francia		SOLO FARMACISTI		CON UNA LISTA RISTRETTA		
Germania	11 SU 25			FUORI		
Grecia	CON		4 SU 25 UNA SOLA			
Irlanda	PIANTA		FARMACIA		16 SU 25	8 SU 25
Islanda	ORGANICA	3 SU 25			SOLO SOP	CON REGOLE
Italia		PROPRIETÀ	6 SU 25	5 SU 25 ANCHE IN		
Lettonia		50% AI	TRA 4 E 10	PARAFARMACIA		
Lituania		FARMACISTI	FARMACIE			
Lussemburgo	14 SU 25				9 SU 25	17 SU 25
Norvegia	NON		15 SU 25		TUTTI	LIBERI
Olanda	HANNO		OLTRE 10			
Polonia	PIANTA	12 SU 25	FARMACIE	9 SU 25 ANCHE IN		
Portogallo	ORGANICA	PROPRIETÀ'		PARAFARMACIA E IN ALTRI CANALI		
Slovacchia		NON SOLO A FARMACISTI				
Slovenia						
Spagna						
Svezia						
Svizzera						
Regno Unito						
Ungheria						

FONTE OCSE 2019  
ELABORAZIONE MNLF

Realizzato dal Movimento Nazionale Liberi Farmacisti  
F. Romiti - Febbraio 2022



**L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE)** fa "pulizia" delle tante fake news e nel 2019 pubblica un rapporto sulle regole che sovrintendono alla distribuzione dei farmaci in Europa.

Il quadro che emerge è del tutto diverso da quello rappresentato sino ad ora.

Non solo l'istituzione parafarmacia è presente anche in altri Paesi europei, l'unica anomalia reale, ma virtuosa, è che al contrario di altri Paesi in Italia si tutela il paziente attraverso l'obbligo della presenza del farmacista.

Questa è l'eccezione che i monopolisti italici vorrebbero cancellare eliminando tale obbligo. Una "irragionevole" posizione che la dice lunga sul reale interesse per la tutela della salute.

## **Conclusioni**

La rimozione delle barriere sulla dispensazione dei farmaci e sull'offerta dei servizi è base fondamentale per innescare un **nuovo processo pro-concorrenziale** nel settore della distribuzione dei farmaci, processo in grado di creare **nuova occupazione, nuove aziende, nuovi investimenti e nuovi risparmi** per i consumatori.

In grado attraverso un **sistema duale** di distribuzione del farmaco, d'innescare un **processo virtuoso di concorrenza** che faciliti **l'uso dei farmaci generici** a minor costo per i cittadini e, di conseguenza, contribuisca a diminuire quel fenomeno che si chiama **povertà sanitaria**.

Al fine di favorire non solo un miglioramento quantitativo dell'offerta, ma anche un suo miglioramento qualitativo.

**Le riforme**, in un Paese che vuole guardare al futuro con ottimismo, devono essere pensate per le nuove generazioni, esse non possono essere costruite per mantenere rendite di posizione, ma al contrario per **allargare ed includere**.

**Sono importanti quanto la realizzazione del PNRR, per una economia che abbia le sue fondamenta nella "libertà d'impresa", ma all'interno di valori come equità ed uguaglianza.**

---

Telefono: 338.8652002 - 338.2044970 - 347.2250191

Indirizzo di posta elettronica: info@mnlf.it

Sito web: [www.mnlf.it](http://www.mnlf.it)

Facebook: /MNliberifarmacisti/

Twitter: @mnlfarmacisti