



## **MEMORIA SCRITTA CON INDICAZIONE DI PROPOSTA MODIFICATIVA DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (Doc. XXVII, n. 18)**

### **1. INTRODUZIONE**

In pochi sanno che le "parafarmacie" sono nate con le liberalizzazioni "Bersani" del 2006 per dare una possibilità professionale a tutti quei farmacisti che non avevano la possibilità di ereditare o comprare una farmacia; ad oggi per un processo mai completato dopo tredici anni dalle lenzuolate di Bersani la parafarmacia non sfonda, lasciando professionisti che hanno la stessa laurea ed abilitazione dei colleghi titolari di farmacia con limitazioni mortificanti.

La proposta avanzata, elaborata dai sindacati uniti rappresentanti i farmacisti titolari di parafarmacia (FNPI, FEDERFARDIS, MNLF e CULPI), ha la finalità di potenziare e qualificare una nuova politica del farmaco e dei presidi, incentivando in modo deciso e decisivo l'utilizzo del **farmaco equivalente**, ampliando l'offerta dei presidi di largo uso territoriale, anche attraverso la maggiore responsabilizzazione diretta delle parafarmacie, attualmente sottoutilizzate rispetto al loro potenziale d'azione sul territorio.

Tale proposta, vagliata dall'Ufficio Legislativo del Ministero dello Sviluppo Economico, in una logica di massima collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale in un momento così complicato per il nostro Paese dove la lotta al Covid-19 impone di mettere in campo ogni possibile provvedimento che faciliti la convivenza con il Virus SARS-CoV-2 e rafforzi il più possibile i servizi sanitari territoriali ovvero i servizi di prossimità, ha la finalità di estendere alle oltre 4700 parafarmacie operanti su tutto il territorio nazionale, i servizi e le prestazioni erogate ai cittadini, in particolare la **dispensazione di medicinali generici con ricetta medica a pagamento**, prefiggendosi nel contempo di migliorare i servizi sanitari offerti ai cittadini, accorciando così i tempi di risposta alle richieste e necessità della popolazione e riducendo nel contempo gli accessi presso farmacie, studi dei medici di medicina generale e PLS, nonché presso gli ambulatori specialistici.

### **2. LEGGE NAZIONALE DI RIFERIMENTO**

Le "parafarmacie" sono nate con la Legge 4 Luglio 2006 n. 223 Art. 5, convertita poi con modificazioni dalla Legge 4 Agosto 2006 n. 248 (liberalizzazioni del 2006: lenzuolate Bersani).

Le "parafarmacie" (come le farmacie) possono essere di proprietà di qualsiasi soggetto, ma la legge italiana prevede l'obbligo della presenza di un farmacista iscritto all'albo in tutti i casi in cui vi sia vendita di medicinali.

I prodotti venduti presso tali strutture sono farmaci acquistabili senza esibizione di prescrizione medica (SOP ed OTC); in aggiunta troviamo anche:

- integratori alimentari;
- dispositivi medici;
- prodotti erboristici ovvero fitoterapici;
- farmaci veterinari sia con obbligo che senza obbligo di prescrizione;
- farmaci omeopatici;
- prodotti cosmetici;
- prodotti per l'infanzia e per l'igiene.

### 3. DATI AL 31 MARZO 2019 (fonte: IQVIA Italia, Comuni Italiani)

Al 31 marzo 2019 le "parafarmacie" operanti sul territorio nazionale sono 4.700: di queste **solo 2.630 sono di farmacisti non titolari di farmacia**, in 1.200 casi invece il proprietario di parafarmacia lo è anche di una farmacia, mentre 370 sono i corner di parafarmacia nella grande distribuzione (GDO).

I cosiddetti codici univoci attivi sono 6.400 ma quelli effettivamente operanti, come detto, sono 4.700: pertanto risultano aperti ma inattivi 1.700 codici univoci.

Ricapitolando:

- **FARMACIE** 19.000;
- **PARAFARMACIE** 4.700:
  - PARAFARMACIE DI FARMACISTI NON TITOLARI ANCHE DI FARMACIA 2.600;
  - PARAFARMACIE DI FARMACISTI TITOLARI ANCHE DI FARMACIE 1.200;
  - PARAFARMACIE DI NON FARMACISTI 500;
  - PARAFARMACIE DELLA GDO 370;
- **CODICI UNIVOCI ATTIVI** 6.400:
  - CODICI UNIVOCI EFFETTIVAMENTE OPERANTI 4.700;
  - CODICI UNIVOCI NON OPERANTI 1.700;
- **FARMACISTI ITALIANI** oltre 90.000;
- **TITOLARI DI FARMACIA** 19.500;
- **TITOLARI SOLO DI PARAFARMACIA** 2.630 (DI CUI 300 CON DISABILITÀ).

## PARAFARMACIE PER REGIONE

Regione	Parafarmacie totali	Parafarmacie di farmacisti non titolari anche di farmacia	Parafarmacie di farmacisti titolari anche di farmacia	Parafarmacie di non farmacisti	Parafarmacie della GDO
<b>Abruzzo</b>	169	94	43	17	15
<b>Basilicata</b>	93	52	23	10	8

<b>Calabria</b>	354	198	90	39	27
<b>Campania</b>	484	271	123	52	38
<b>Emilia-Romagna</b>	328	183	83	37	25
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	60	33	15	8	4
<b>Lazio</b>	446	250	114	47	35
<b>Liguria</b>	122	68	31	14	9
<b>Lombardia</b>	418	234	106	46	32
<b>Marche</b>	123	68	31	14	10
<b>Molise</b>	24	13	6	1	4
<b>Piemonte</b>	273	153	69	30	21
<b>Puglia</b>	396	222	101	41	32
<b>Sardegna</b>	268	150	68	29	21
<b>Sicilia</b>	506	283	129	55	39
<b>Toscana</b>	225	126	57	25	17
<b>Trentino-Alto Adige</b>	31	17	7	5	2
<b>Umbria</b>	76	42	19	10	5
<b>Valle d'Aosta</b>	7	3	1	1	2
<b>Veneto</b>	288	161	73	31	23
<b>TOTALE</b>	<b>4.691</b>	<b>2.621</b>	<b>1.189</b>	<b>512</b>	<b>369</b>

\*Fonte: IQVIA Italia, Comuni Italiani.

## PARAFARMACIE RURALI

Parafarmacie site in comuni fino a 3000 abitanti.

<b>Regione</b>	<b>Parafarmacie Rurali</b>
Abruzzo	12
Basilicata	9

Calabria	48
Campania	28
<b>Emilia-Romagna</b>	3
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	4
<b>Lazio</b>	8
<b>Liguria</b>	9
<b>Lombardia</b>	25
<b>Marche</b>	11
<b>Molise</b>	4
<b>Piemonte</b>	19
<b>Puglia</b>	7
<b>Sardegna</b>	40
<b>Sicilia</b>	15
<b>Toscana</b>	4
<b>Trentino-Alto Adige</b>	6
<b>Umbria</b>	2
<b>Valle d'Aosta</b>	2
<b>Veneto</b>	8
<b>TOTALE</b>	<b>262</b>

\*Fonte: IQVIA Italia, Comuni Italiani.

#### 4. SOLUZIONI CONTRO LA POVERTÀ SANITARIA DOPO COVID-19

Il **Banco Farmaceutico** su dati Istat del 2019 certifica che quasi mezzo milione di persone povere (esattamente 473 mila) non hanno potuto acquistare i farmaci di cui aveva bisogno per ragioni economiche.

La conseguenza è che la richiesta di medicinali da parte degli enti assistenziali è cresciuta, in 7 anni (2013-2019) del 28%.

Nel 2019, si è raggiunto il picco di richieste, pari a 1.040.607 confezioni di medicinali (+4,8% rispetto al 2018).

Nel nostro Paese i poveri spendono più soldi in farmaci perché fanno meno prevenzione. In media la spesa annua per curarsi a persona è di 816 euro, i poveri possono spendere solo 128 euro; tuttavia, le famiglie non povere spendono per i farmaci non coperti dal Servizio Sanitario Nazionale il 42% del proprio budget sanitario, mentre quelle povere il 62,5%.

Questo, perché possono investire meno in prevenzione.

Contenere la spesa sanitaria, per le famiglie indigenti, è necessario anche a fronte del fatto che la quota totalmente a carico dei cittadini (cioè non coperta dal SSN) è passata, tra il 2016 e il 2018, dal 37,3% al 40,3%.

Contestualmente, la quota coperta dal SSN è passata dal 62,7% al 59,7%.

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 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.

### **Quali saranno le conseguenze a seguito della pandemia Covid-19?**

Se la Caritas in una rilevazione fatta tra il 9 e il 24 aprile 2020 rileva un incremento dei "nuovi poveri" del 105%, significa i dati pre e post Covid sono raddoppiati in soli due mesi.

Cresce la domanda di beni e servizi materiali (in particolare cibo e beni di prima necessità), di sussidi ed aiuti economici (a supporto della spesa o del pagamento di bollette e affitti), del sostegno socio-assistenziale (assistenza a domicilio, compagnia, assistenza anziani), lavoro e alloggio.

Con un crollo del PIL nel primo trimestre del 4,7% e su base annua del 4,8% e presumibile pensare che tali dati sono reali e forse sottostimati.

Le previsioni non sono rosee, esse indicano un aumento delle persone in povertà assoluta da 5 milioni (1,8 milioni di famiglie) a 9,8 milioni di individui a fine giugno 2020. La situazione da critica potrebbe diventare disperata.

Bene ha fatto il Governo a mettere in campo sostegni e finanziamenti per famiglie ed imprese.

### **Basterà?**

Lo shock non ha precedenti: lo afferma nel *World Economic Outlook trimestrale* il Fondo monetario internazionale, prevedendo la caduta peggiore dalla Grande Depressione del 1929.

Uno tsunami in grado di ribaltare le previsioni di gennaio, quando la crescita globale era stimata al 3,3% nel 2020, e di rilanciare l'ipotesi che il coronavirus apra spiragli su un drastico aumento della povertà su scala mondiale.

Il rischio che la crisi da Covid-19 impatti sulla povertà a livello globale è suffragato dalle previsioni di *Oxfam*.

Il rapporto "*Dignità, non miseria*" – redatto a partire dalle analisi del *World Institute for Development Economics Research (WUDER)* dell'Università delle Nazioni Unite e dei ricercatori del King's College di Londra e della Australian National University – calcola che mezzo miliardo di persone potrebbero cadere sotto la soglia di indigenza dei 5,50 dollari al giorno.

I contraccolpi economici della pandemia non risparmiano la zona euro, che già prima della crisi aveva dato timidi segnali di una frenata del sistema produttivo.

In Italia l'ultimo trimestre del 2019 aveva fatto registrare una contrazione dello 0,3% rispetto ai tre mesi precedenti e anche le economie di Germania e Francia non avevano brillato, l'una con crescita zero, l'altra in negativo dello 0,1%.

Più fosche le ultime stime di Eurostat che registrano il calo più importante dal 1995: nel primo trimestre 2020 il Pil è calato del 3,8% nell'Eurozona e del 3,5% nella Ue rispetto al trimestre precedente.

Gravata da una perdita che il Fmi stima al 9,1% nel 2020, l'Italia farà i conti con una crescita della povertà. Uno studio dell'Unione generale del lavoro stima che entro la fine di giugno 13,8 milioni di persone – il 23% della popolazione – potrebbero finire sotto la soglia di povertà relativa, segnando un incremento di 4,8 milioni rispetto a inizio anno.

In questo contesto di depressione a tutti gli effetti, è ragionevole pensare che la povertà sanitaria possa crescere in maniera sensibile con un milione di persone non in grado, per ragioni economiche, di acquistare i farmaci e una persona su due che dovrà scegliere tra due farmaci quali acquistare.

Questa situazione può avere delle pesanti ricadute sociali e sanitarie, ripercussioni non legate al singolo individuo, ma estese all'intera società, anche a quella benestante.

In questo contesto risulta determinante liberare energie e fare ricorso a scelte strategiche per difendere innanzitutto la salute dei cittadini.

### **I farmaci generici (equivalenti) possono giocare un ruolo importante in questa difficile partita.**

Nel 2018 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata pari a circa 29,1 miliardi di euro, di cui il 77% è stato rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In prevalenza i medicinali a carico del SSN sono stati dispensati ai cittadini attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (36,2%).

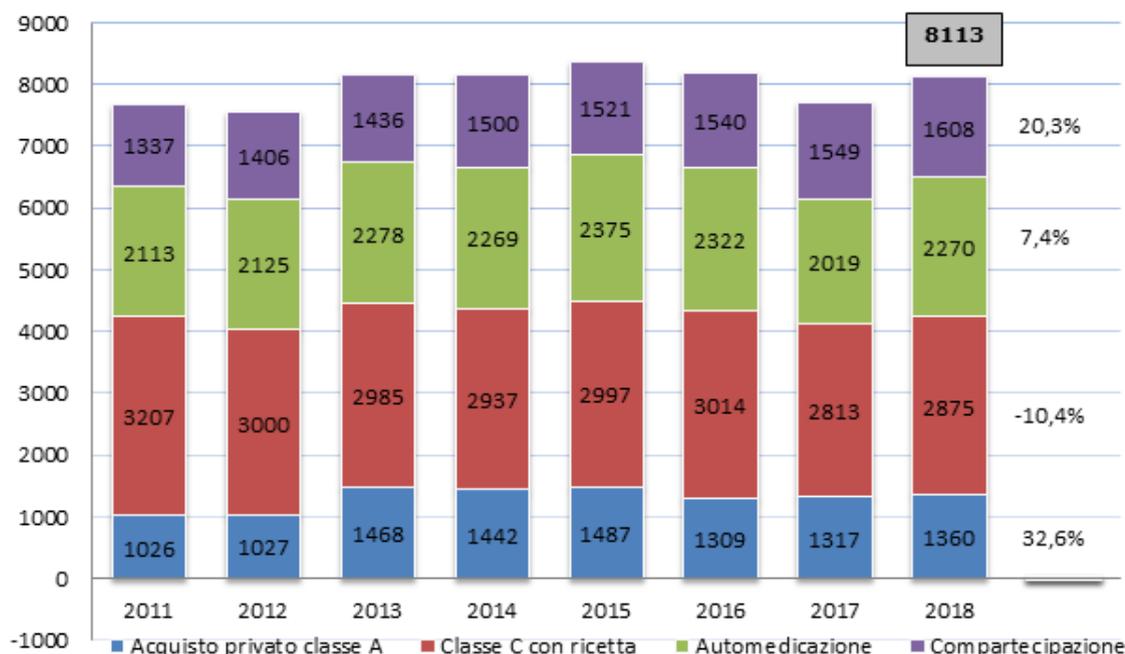
La spesa dei farmaci acquistati direttamente dal cittadino è stata di 6.645 milioni di euro, composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta (10,3%).

Se è vero che dal 2016 si è registrato una diminuzione della spesa pubblica netta (-4%), negli ultimi 6 anni la spesa privata è cresciuta anche più fortemente di quella pubblica, raggiungendo la cifra complessiva di 8,3 miliardi di euro come nel 2015.

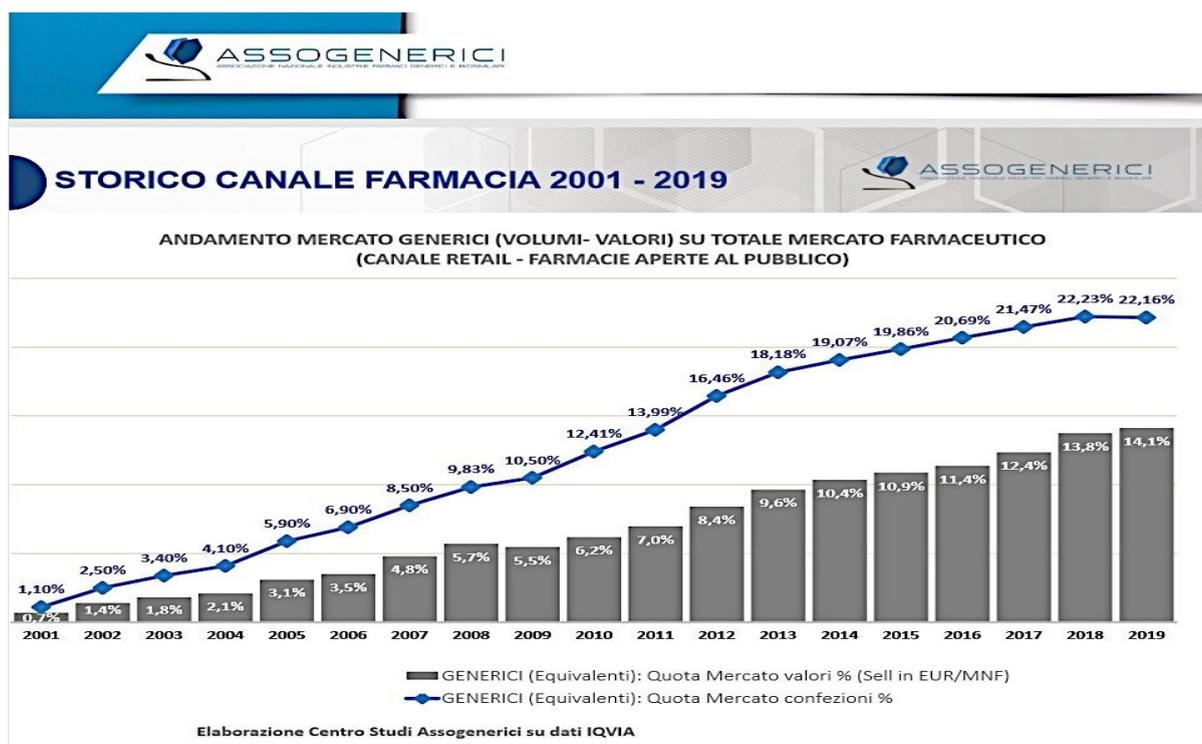
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	13/12	14/13	15/14	16/15	17/16	18/17
Spesa convenzionata netta	8.986	8.863	8.598	8.477	8.268	8.120	7.781	-1,4	-3,0	-1,4	-2,5	-1,6	-4,2
Distribuzione diretta e per conto fascia A	2.837	3.003	3.250	4.921	5.556	4.792	4.620	5,9	8,2	51,4	12,0	-13,7	-3,6
<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>0,4</b>	<b>-0,2</b>	<b>13,1</b>	<b>3,1</b>	<b>-6,5</b>	<b>-4,0</b>
Partecipazione del cittadino	1.406	1.436	1.500	1.521	1.540	1.549	1.608	2,1	4,5	1,4	1,2	0,6	3,8
Acquisto privato di fascia A	1.027	1.468	1.442	1.487	1.309	1.317	1.360	43	-1,8	3,1	-11,9	0,6	3,2
Classe C con ricetta	3.000	2.985	2.937	2.997	2.642	2.813	2.875	-0,5	-1,6	2,1	-11,8	6,5	2,2
Automedicazione (SOP 6 OTC)	2.125	2.278	2.269	2.375	2.429	2.109	2.270	7,2	-0,4	4,7	-2,3	-13,2	7,6
Esercizi commerciali					301	286	266					-4,7	-7,0
<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>8,1</b>	<b>-0,2</b>	<b>2,9</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,8</b>	<b>3,8</b>
<b>Totale farmaceutica spesa</b>	<b>19.381</b>	<b>20.035</b>	<b>19.996</b>	<b>21.778</b>	<b>22.030</b>	<b>20.988</b>	<b>20.781</b>	<b>3,4</b>	<b>-0,2</b>	<b>8,9</b>	<b>1,2</b>	<b>-4,7</b>	<b>-1,0</b>
<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>						

\*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 2016.

### Compartecipazione privata (milioni di Euro) – Anni 2011 - 2018



In questo contesto i farmaci generici hanno delle buone performance per quanto riguarda i medicinali di fascia A, ovvero esitati dal S.S.N, ma non si può dire la stessa cosa per i farmaci di fascia C, ovvero quelli pagati direttamente dai cittadini con obbligo di ricetta medica.



Infatti i valori per i farmaci di fascia C sono ben diversi.

 <b>TABELLE SUDDIVISIONE IN CLASSI</b>						
INCIDENZA SU MERCATO GENERICI FARMACIA						
SUDDIVISIONE IN CLASSE GENERICI PURI	UNITA'				VALORI (PREZZI- EX FACTORY)	
	Sell-in UN YTD/12/2019	% SUL MERCATO GENERICI	Sell-in UMF YTD/12/2019	% SUL MERCATO GENERICI	Sell-in EUR/MNF con sconto YTD/12/2019	% SUL MERCATO GENERICI
MERCATO GENERICI	403.962.984	100,0%	9.196.671.358	100,0%	€ 1.463.053.278	100,0%
* CLASSE A TOTALE	359.325.505	89,0%	8.681.662.982	94,4%	1.201.549.228	82,1%
CLASSE C	39.444.585	9,8%	478.804.278	5,2%	240.471.282	16,4%
AUTOMEDICAZIONE + SOP+OTC	5.192.894	1,3%	36.204.098	0,4%	21.032.768	1,4%

INCIDENZA SU TOTALE MERCATO ITALIANO FARMACIA						
SUDDIVISIONE IN CLASSE GENERICI PURI	UNITA'				VALORI (PREZZI- EX FACTORY)	
	Sell-in UN YTD/12/2019	% SUL MERCATO TOTALE	Sell-in UMF YTD/12/2019	% SUL MERCATO TOTALE	Sell-in EUR/MNF con sconto YTD/12/2019	% SUL MERCATO TOTALE
MERCATO TOTALE	1.823.138.636	100,0%	35.208.579.026	100,0%	€ 10.351.372.753	100,0%
* CLASSE A TOTALE	359.325.505	19,7%	8.681.662.982	24,7%	1.201.549.228	11,6%
CLASSE C	39.444.585	2,2%	478.804.278	1,4%	240.471.282	2,3%
AUTOMEDICAZIONE + SOP+OTC	5.192.894	0,3%	36.204.098	0,1%	21.032.768	0,2%

\* In Classe H sono presenti alcuni prodotti che nel database Iqvia registrano consumi nel canale retail

Elaborazione Centro Studi Assogenerici su dati IQVIA

I farmaci generici incidono per il 2,2% in unità e del 2,3% sui valori nei farmaci che hanno obbligo di ricetta e sono pagati direttamente dai cittadini.

**Perché accade questo, perché questa differente crescita in un settore che sostanzialmente è lo stesso, il farmaceutico e ove operano le stesse aziende?**

**Quale 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 (maggio 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 portando dei risvolti in termini economici, sia dal lato dei prezzi che dell'offerta, ma anche di carattere sociale.

Inoltre, durante la fase più critica dell'emergenza Covid-19 abbiamo assistito alla difficoltà a distribuire agli utenti le bombole di ossigeno.

Difficoltà certamente causata dalla grande richiesta proveniente dagli ospedali, ma anche dall'aumento della domanda da parte degli utenti privati con difficoltà respiratoria. Paura o reale necessità non sappiamo.

Sta di fatto che per circa tre settimane e forse più ci sono stati problemi con la fornitura di questo importante presidio.

Le farmacie sono semplicemente un tramite tra la sanità regionale e le aziende che vincono gli appalti di fornitura.

Praticamente raccolgono le ricette e trasmettono i nominativi all'azienda che si occupa di fornire l'ossigeno.

Poi detengono un numero di bombole per l'emergenza e per chi le ritira per proprio conto. Quel numero presente nelle farmacie non è riuscito a sopperire alla carenza della rete distributiva.

Perché le parafarmacie, dove è presente un farmacista, non potrebbero fornire questo servizio aumentando di almeno 10.000 unità le bombole presenti sul territorio. Probabilmente in quelle tre settimane il disagio si sarebbe attenuato o non manifestato affatto.

Come per i farmaci di fascia C con obbligo di ricetta, la logica corporativa che nega la concorrenza, non porta vantaggi ai reali interessi dei cittadini.

La rimozione delle barriere sulla dispensazione dei farmaci e sull'offerta dei servizi è base fondamentale per innescare un nuovo processo pro-concorrenziale 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, di 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 la povertà sanitaria.

## **5. BREVE SINTESI DELLA PROPOSTA MODIFICATIVA**

Potenziare e qualificare una nuova politica del farmaco e dei presidi, incentivando in modo deciso e decisivo l'utilizzo del farmaco equivalente, ampliando l'offerta dei presidi di largo uso territoriale, ivi compresi quelli per l'ossigeno terapia domiciliare, anche attraverso la maggiore responsabilizzazione diretta delle parafarmacie, attualmente sottoutilizzate rispetto al loro potenziale d'azione sul territorio.

Il tutto in linea con la [Direttiva \(Ue\) 2018/958](#) che, nel merito dei test di proporzionalità, prevede che gli Stati membri "in occasione di nuove normative riguardanti le professioni o di modifiche di quelle già approvate, devono analizzare in via preliminare la presenza di eventuali disposizioni legislative, regolamentari o amministrative, che limitino l'accesso alle professioni regolamentate o il loro esercizio, valutandone la proporzionalità rispetto agli obiettivi - per esempio quelli a tutela dei cittadini -, per evitare che siano più restrittive di quanto necessario".

### **• FARMACI GENERICI**

Dall'ultimo rapporto "[State of Health in the Eu – Companion Report 2019](#)" elaborato dalla *Commissione Europea* e dall'*Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico* (OCSE), emerge in tutta evidenza che l'uso dei farmaci generici in Italia è nettamente inferiore alla media dell'Unione Europea: 25% contro una media U.E. che sfiora il 50% e che in Paesi come il Regno Unito si attesta ben oltre l'80%.

L'ingresso dei farmaci generici nel mercato italiano procede a due velocità distinte: mentre aumenta la quota di mercato dei farmaci generici di fascia A, rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), si registrano quote di mercato mediamente più basse per i generici di fascia C, a totale carico del paziente.

Gli equivalenti rappresentano in volumi quasi il 22% dei farmaci venduti in farmacia, ma l'acquisto dei generici è però concentrato in fascia A e l'incidenza degli equivalenti tra le medicine che vengono pagate direttamente dai cittadini è bassissima, appena il 2,1%.

Dalla sezione del *rapporto U.E.-OCSE* dedicata all'Italia, emerge in tutta evidenza che l'elemento chiave che non permette una maggiore diffusione dei generici in fascia C e un conseguente risparmio per i cittadini, è la mancanza di informazione e di concorrenza. Con l'introduzione della prescrizione condizionata per principio attivo nel 2012, la quota di mercato dei generici in fascia A ha avuto un incremento significativo; al contrario, la norma non ha avuto alcun effetto sulla diffusione del generico tra i farmaci di fascia C. L'elemento chiave che spiega la minor diffusione dei generici in fascia C è infatti la mancanza di una adeguata informazione al paziente sulla loro disponibilità e, soprattutto, sull'opportunità di risparmio che offrono.

L'aspetto legato ai costi influisce anche sul proseguimento della terapia da parte dei pazienti, come dimostrato da una ricerca condotta dall'*Osservatorio O.N.DA*.

Per 1 donna su 5 (il 21% del campione intervistato), i costi delle terapie croniche a cui si deve sottoporre rappresentano un limite importante alla compliance.

Inoltre 1 donna su 4, tra coloro che hanno modificato la propria terapia a causa del costo, prende queste decisioni in completa autonomia, senza tenere in sufficiente considerazione il rischio che esse comportano.

Ciò che emerge dalla ricerca è proprio la mancanza di informazione: le donne si sentono mediamente poco informate riguardo al farmaco generico e solo la metà di loro lo utilizza, seppure quasi tutte ne abbiano sentito parlare.

La diffusione dei farmaci generici, dichiara il Prof. Claudio Cricelli Presidente della Società Italiana Medicina Generale (S.I.M.G.), anche nella fascia a carico dei cittadini, rappresenta un'occasione di risparmio complessivo della spesa che grava sui cittadini stessi, una opportunità per ottimizzare i costi soprattutto in un periodo di crisi economica come questo.

Se 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 2019 si è raggiunto il picco di richieste, pari a 1.040.607 confezioni di medicinali (+4,8% rispetto al 2018).

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.

La crisi prima 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.

Infine, nel rapporto sulle politiche della cronicità presentato il 4 luglio 2019 da *Cittadinanzattiva Onlus*, si evidenzia una situazione di disparità crescenti tanto da auspicare l'emanazione ed applicazione di tutte quelle norme che possano ridurre le differenze di accesso alle cure, ponendo maggiore attenzione verso le condizioni di fragilità sociale, economica e psicologica, attraverso la messa a punto di un provvedimento nazionale di riordino del settore farmaceutico e del conseguente accesso alle terapie farmacologiche.

In questa direzione va la presente proposta emendativa, la quale, in attuazione dell'articolo 32 primo comma e dell'articolo 117 secondo e terzo comma della Costituzione, si prefigge attraverso il potenziamento del sistema informativo e concorrenziale, proprio di **aumentare l'accesso alle terapie farmacologiche a totale carico del cittadino e la qualità dei servizi a questi offerti**, nonché ai sensi dell'articolo 3, dell'articolo 41, primo e terzo comma della Costituzione ed in armonia con il decreto legislativo 2 febbraio 2006 n. 30, con la legge 1° marzo 2006 n. 67 e con la legge 3 marzo 2009 n.18, di favorire l'accesso alla professione di farmacista.

## 6. PROPOSTA DI MODIFICA

1. Nell'articolo 5, comma 1, decreto-legge del luglio 2006, n. 223, convertito in legge, con modifiche, dall'articolo 1, comma 1, legge 4 agosto 2006, n. 248, le parole "dei farmaci da banco o

di automedicazione, di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica” sono sostituite dalle seguenti parole “dei medicinali equivalenti (legge n. 425 dell'8 agosto 1996, di conversione del decreto-legge 323 del giugno 1996, articolo 1, comma 3.) di cui all'articolo 8, comma 10, lettere a) e c), della legge 24 dicembre 1993 n. 537, dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, nonché di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, ad eccezione dei medicinali prescritti dal medico su ricettario del servizio sanitario nazionale”.

2. Vengono esclusi dalle modifiche riportate nel comma 1 del presente articolo, gli esercizi di vicinato di cui all'articolo 4, comma 1, lettera *d*), del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 114 la cui proprietà è in capo a società cooperative a responsabilità limitata e società di capitali, almenoché per queste ultime i soci, per almeno due terzi del capitale sociale e dei diritti di voto, sono farmacisti iscritti all'albo.

## **8. 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 ed al contempo in grado attraverso un sistema duale di distribuzione del farmaco, di 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 recente fenomeno che si chiama povertà sanitaria**, al fine di favorire non solo un miglioramento quantitativo dell'offerta, ma anche un suo miglioramento qualitativo.

Dr. Paolo Moltoni  
Presidente Federfardis Onlus  
**0039 0774 416131 - 0039 335 1737679 - 0039 349 4295257**  
[presidenza.unifardis@gmail.com](mailto:presidenza.unifardis@gmail.com)  
[paolo.moltoni@ofrm.postecert.it](mailto:paolo.moltoni@ofrm.postecert.it)