

IL PIU' SPETTACOLARE WESTERN DI TUTTI I TEMPI



# C'ERA UNA VOLTA LA FARMACIA ITALIANA

REGIA DI SERGIO LEONE .. HENRY FONDA CLAUDIA CARDINALE JASON ROBARDS  
GABRIELE FERZETTI CHARLES BRONSON NEL RUOLO DI ARMONICA PAOLO STOPPA  
E IN ORDINE ALFABETICO: JACK ELAM LIONEL STANDER WOODY STRODE FRANK WOLFF KEENAN WYNN

UNA PRODUZIONE  
RAIFRAN - S. MARCO  
SCOPRI IL 2008

## In questa nuova rubrica dedicata agli interventi di autorevoli personaggi, ospitiamo con piacere un interessante contributo dell'ex presidente di Federfarma

DI ALBERTO AMBRECK

**N**on me ne vorrà Sergio Leone se, parafrasando il titolo di un suo bellissimo film, *C'era un volta il West*, titolerò il mio scritto *C'era una volta la farmacia italiana*. Debbo obbligatoriamente fare riferimento a Giolitti, che con la sua legge del 1913 pose fine ai vari abusi professionali legati alla contemporaneità della prescrizione e della distribuzione del farmaco, nonché alla dispensazione del farmaco effettuata da non laureati, ma soprattutto mise ordine al sistema distributivo con il principio della pianta organica, per cui l'Italia era coperta dal servizio farmaceutico come se un reticolo endoteliale ricoprì tutto il territorio: una farmacia ogni 5.000 abitanti non dove voleva il farmacista ma dove voleva l'autorità costituita a tutela dei singoli cittadini. Decretò altresì, in funzione di una non concorrenza commerciale tra farmacie, l'obbligo del prezzo fisso dei farmaci su tutto il territorio italiano e la distribuzione esclusiva in farmacia. La concorrenza doveva basarsi esclusivamente sulla preparazione professionale. Con l'evolversi della società, la legge sulla farmacia fu rivista più volte e il numero degli abitanti si ridusse a 4.000 (3.400 reali nel 2008). Nel frattempo i governi mondiali, a fronte di un incremento costante della spesa dovuto al prolungamento della vita oltre che all'aumento del numero dei servizi sanitari offerti ai cittadini, non essendo più in grado di coprire la spesa sanitaria pubblica, furono costretti a chiudere i cordoni della borsa. Da quel momento la sanità non fu più

governata dai bisogni di salute del cittadino ma dalla copertura economica che i governi assicuravano.

In coerenza europea la prima iniziativa statale italiana fu di bloccare i pagamenti a pie' di lista e i ripiani di fine anno, responsabilizzando le singole Regioni, le quali a loro volta responsabilizzarono le singole Asl e quindi gli ospedali, nel gestire il fondo sanitario di spettanza.

Non esistendo protocolli di gestione della spesa sanitaria, i singoli direttori generali e i direttori sanitari utilizzarono tutti gli strumenti che la legge forniva loro per contenere la spesa.

Ripeto, il problema non era la tutela della salute del cittadino ma i soldi per coprire le spese della salute stessa.

### A TUTELA DEL CITTADINO?

Naturalmente ci furono iniziative particolari, si disse a tutela del cittadino, come per esempio l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), che trovarono inadeguata applicazione sul territorio.

Per esempio, il prontuario terapeutico nazionale, strumento che permetteva a tutti i cittadini italiani di avere la stessa assistenza farmaceutica (diritto costituzionale), fu di fatto annullato da ben sette prontuari territoriali per cui in alcune Regioni, con la distribuzione diretta e la distribuzione per conto, i farmaci innovativi frutto di ricerca non erano prescrivibili e quindi utilizzabili dai servizi pubblici né dispensabili dalle farmacie sul territorio. Il presidente della Regione Toscana ha recentemente affermato pubblicamente - e io penso a ragione - che

i Lea devono essere rapportati ai finanziamenti previsti dal Fondo sanitario nazionale. Le colpe dei non uniformi, e comunque incoerenti, livelli Lea tornano naturalmente al governo.

A complicare ulteriormente il modus operandi della filiera del farmaco due leggi, una (la 386/74) che permise agli ospedali di acquisire farmaci con uno sconto non inferiore al 50 per cento (e perché non alle farmacie che lo avrebbero riconosciuto all'Ssn?), e un'ulteriore legge (la 405/2001) per cui gli ospedali, le Asl e gli ambulatori potevano distribuire direttamente bypassando le farmacie territoriali.

L'innovazione farmaceutica non passa più attraverso le farmacie e non è più a disposizione immediata del paziente se non attraverso procedure burocratiche che, per esempio, non prevedono la copertura del servizio di distribuzione il venerdì pomeriggio, il sabato, la domenica e tutte le festività comandate. Averci escluso dall'innovazione farmaceutica ha portato sicuramente a un depauperamento della nostra professione oltre che a un notevole danno per il paziente.

### PSEUDO RISPARMI

Alcune osservazioni sono obbligatorie:

- ◆ con i farmaci i Lea non sono rispettati ma nessuna delle associazioni dei consumatori (Codacons eccetera) e di difesa degli ammalati si è mai fatta viva;
- ◆ i costi della distribuzione attraverso le strutture pubbliche sono, secondo diversi studi, sensibilmente superiori rispetto ai costi di distribuzione delle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico.

L'ipotesi di risparmio è legata esclusivamente al fatto che l'industria farmaceutica cede i prodotti con uno sconto non inferiore al 50 per cento a fronte del 33 per cento previsto dalla legge per la filiera del farmaco, risparmio poi assorbito dai superiori costi di distribuzione.

Su questi differenziali di sconto e su questi pseudo risparmi che in effetti non ci sono, si reggono tesi non rispondenti al vero, sicuramente perniciose per il servizio farmaceutico: i risparmi reali 2007/2008 si devono quasi esclusivamente allo sviluppo del mercato dei generici, all'introduzione del prezzo di





## C'ERA UNA VOLTA LA FARMACIA ITALIANA

riferimento e ai reiterati controlli sulle prescrizioni mediche; il numero delle ricette è aumentato di circa il 6 per cento ma il valore è diminuito di oltre il 6 per cento.

Torniamo alla farmacia, ricordo che:

- ◆ la 405 abrogò l'esclusiva di distribuzione del farmaco etico per cui attualmente distribuzione diretta e distribuzione per conto coprono oltre il 20 per cento dei farmaci utilizzati sul territorio;

- ◆ Storace e Bersani abrogarono l'esclusiva per Otc e Sop, sotto la spinta corporativa, ma è un eufemismo, di Coop, Gdo eccetera

Il risultato fu che il servizio farmaceutico non più adeguatamente retribuito dal Ssn, ma sostenuto economicamente (anche se parzialmente) dall'esclusiva di vendita dei farmaci senza obbligo di prescrizione, con questo ulteriore intervento del duo Storace-Bersani andò profondamente in crisi.

Nel 2007 il reddito delle farmacie a valle delle tasse è sceso del 10 per cento, nel 2008 scende ulteriormente del 15 per cento, mettendo in difficoltà anche le farmacie di Regioni efficienti come la Lombardia, dove l'80 per cento dei titolari per il pagamento delle tasse del dicembre 2008 è ricorso a un autofinanziamento o in alternativa al credito bancario. La nostra professione è remunerata dalla cessione di un bene, il farmaco, quindi professione per quanto attiene conservazione e dispensazione, quindi azienda commerciale per quanto attiene la cessione della confezione. Le due anime non possono essere divise e allora ricordo che per il commercio normale il coefficiente di moltiplicazione per la cessione di un bene è superiore a 2, quello della farmacia per quanto riconosciuto anche dal ministero delle Finanze è 1,31. Ho partecipato poche

settimane fa a un convegno sulla distribuzione del farmaco e ho appreso che regioni come Toscana, Lombardia, Emilia Romagna, ritengono di dover arrivare entro il 2010 a distribuire direttamente oppure a distribuire per conto il 60 per cento dei farmaci utilizzati dal servizio sanitario regionale sul territorio in ambito non ospedaliero.

In Toscana Estav 1 ed Estav 2 (Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, esercizi di supporto alle aziende sanitarie) hanno creato due centri distributivi per enti pubblici per cui farmaci, devices ecc. arrivano agli enti interessati allo stesso costo al quale gli Estav comprano; naturalmente i costi della distribuzione vengono fatturati a parte sempre a carico degli enti. Sempre naturalmente, i costi della distribuzione, anche su specifica richiesta, non sono stati comunicati. Le aziende farmaceutiche, dovendo seguire l'onda, si stanno strutturando per formare una nuova serie di collaboratori specificamente per i rapporti commerciali con regioni, Asl e ospedali.

### UNA DIVERSA RETRIBUZIONE

Morale, grandissima confusione sui costi reali, grande confusione sulle linee guida che dovranno reggere la filiera del farmaco, grande confusione nel mondo dei farmacisti, che secondo un decreto legge dovrebbero essere chiamati a nuove funzioni sanitarie sembra con compiti non strettamente collegati alla nostra laurea. E infine grande confusione dell'industria farmaceutica che vede boicottata la propria ricerca da prontuari terapeutici regionali limitativi e quindi assurdamente riduttivi del prontuario terapeutico nazionale.

Confusioni che ci obbligano a un'attenta analisi delle incoerenze e delle incongruenze del sistema, analisi che conferma come tutte e tre le componenti siano responsabili: penso alle nostre organizzazioni sindacali e professionali che non sono riuscite a far capire a chi governa e a chi ci amministra l'importanza del servizio farmaceutico sul territorio, completamente diverso da quello ospedaliero proprio perché radicato nel territorio. La medicina di prima istanza da sempre si effettua in farmacia, che è

aperta 365 giorni all'anno per 24 ore al giorno, sulla strada in mezzo alla gente. Naturalmente penso ancora alla nostra incongruenza di aver tenuto legata la remunerazione del servizio farmaceutico al valore della confezione. Ricordo un episodio, quando l'allora ministro della Sanità De Lorenzo, che riproponeva sconti mutualistici solo alle farmacie, mi disse: «Piantala Ambreck, allunghi una mano dietro la schiena e prendi una scatola che costa 200.000 lire e ne guadagni 50.000». Aveva capito tutto, o quasi. È quindi da ripensare totalmente e in tempi brevissimi, come già attuato in Inghilterra e Germania, una diversa retribuzione che preveda comunque una quota professionale legata anche alla modalità di conservazione e di dispensazione del farmaco. Naturalmente penso alle incoerenze regionali che evidentemente hanno ritenuto più facile creare una catena distributiva alternativa alla farmacia, altro carrozzone pubblico, invece che impegnarsi con gli organismi governativi nazionali e Farmindustria per l'individuazione di un equo prezzo del farmaco. Naturalmente penso a Farmindustria, dove un'ipotetica politica unitaria italiana non trova riscontro nelle realtà regionali e soprattutto aziendali. Sicuramente in una logica di razionalizzazione della spesa ma altrettanto sicuramente nella logica più importante di tutela della salute pubblica, ritengo che gli interessi dei farmacisti, delle Regioni e di Farmindustria debbano assolutamente essere coerenti fra di loro riordinando e «sfruttando» ancora di più quello che è il potere e la capacità di informazione sanitaria del farmacista sul territorio, quindi a contatto con la gente, poiché sono convinto che la salute del cittadino è e rimane la missione della professione di farmacista.

Concludo con una domanda che rivolgo ai lettori riferita ai Lea, e quindi ai diritti dei cittadini, e quindi ai nostri diritti: è legittimo che un cittadino paghi il farmaco Aspirina 2 euro a Bari e 2,50 a Milano, è possibile e legittimo che un cittadino a Verona abbia diritto a una nuova molecola antiretrovirale e a Catania no?

Se rispondete "no", rientrate nella normalità. Se rispondete "sì"... beh, saranno affari vostri.