

LIBERALIZZAZIONI CREATIVE

Tutto inizia con una bozza di decreto legge, circolata informalmente all'inizio di dicembre dell'anno scorso, nella quale sembrava si affrontasse una volta per tutte, per quanto non certo nel modo migliore, la questione farmacie, quorum e classe "C" con ricetta. Si prevedeva l'uscita della classe "C", con la sola esclusione degli stupefacenti e dei medicinali soggetti a prescrizione non ripetibile, introducendo anche l'obbligo di predisporre opportune misure al fine di impedire l'accesso al reparto *da parte del pubblico e del personale non addetto, negli orari sia di apertura al pubblico che di chiusura*. È chiaro che l'estensore della bozza non pensava certo alle piccole "parafarmacie" sparse per il Paese, nelle quali il personale non farmacista non abbonda e tantomeno è presente negli orari di chiusura al pubblico. Pensava, ovviamente, alla grande distribuzione organizzata (GDO) che è l'obiettivo - è inutile nasconderselo - di alcuni membri del Governo Monti per quanto riguarda i medicinali. Il testo proseguiva con un intervento sulle farmacie abbastanza marginale: uniformazione del quorum a 4000 abitanti, revisione straordinaria delle piante organiche e concorso riservato ai non titolari

ed ai rurali (tutti anche quelli con farmacie uniche in comuni con 5000 abitanti!!!). Vi era poi una ulteriore curiosità, prevedendosi la possibilità di *concorrere per la gestione associata, sommando i titoli posseduti*. È qualcosa di veramente bizzarro, oltre che giuridicamente tutto da discutere. Il seguito lo conosciamo tutti. A fine anno viene impartito il *contrordine compagni* e la manovra passa, senza toccare il quorum ma lasciando al Ministero della salute e all'Aifa il compito di individuare quei medicinali di classe "C" che avrebbero potuto passare a SOP e, quindi essere vendibili nelle "parafarmacie" e corner della GDO. Ma con una limitazione (art. 32 del D.L. 201/2011, convertito nella legge 214/2011 e noto come "Salva Italia"): solo quelle nei comuni con popolazione superiore a 12500 abitanti e fuori dalle aree rurali. Essendo questa la legge vigente, nel momento in cui il Ministero della salute avrà individuato tali medicinali, ed avrà modificato il loro regime di dispensazione (sempre che l'Industria sia d'accordo!) con cambio di stampati e di confezioni, esisteranno due tipi di "parafarmacie": quelle esistenti, che possono vendere tutti i medicinali senza obbligo di prescri-

Perché parliamo di "liberalizzazioni creative"?

La risposta è scontata per chi ha seguito fin dall'inizio la vicenda che, al momento di andare in stampa, ha appena percorso la prima tappa con la pubblicazione del decreto legge (D.L. 24 gennaio 2012, n.1) e sta per iniziare quella della conversione in legge.

di Maurizio Cini
Vice Presidente Utifar



zione e quelle nei comuni maggiori, che potranno vendere anche quelli che hanno perduto l'obbligo della ricetta purché non siano stupefacenti, non ripetibili, agenti sull'apparato endocrino ed iniettabili. Secondo poi un ragionamento logico, quando la popolazione di un comune dovesse scendere a 12500 abitanti o meno, l'eventuale "parafarmacia" dovrà smettere di trattare questi medicinali oppure il titolare dovrà darsi da fare per mantenere il livello demografico non inferiore a 12501 abitanti. Come, lo si lascia alla immaginazione del lettore. Conclude l'art. 32 con il comma 4 dove è prevista la possibilità di effettuare sconti sui medicinali senza obbligo prescrizione (quelli vecchi e quelli nuovi) dimenticando che tale possibilità è già vigente fin dal 2006, ed anche prima (decreti Storace). L'azione di Governo è poi proseguita fino al decreto legge sulle liberalizzazioni, vigente

dal 24 gennaio scorso. Il contenuto sembra ricalcare alcuni dei temi che erano presenti nella manovra di fine anno, mentre, coerentemente con una linea che è finora prevalsa, i medicinali di classe "C" con ricetta restano vendibili solo nelle farmacie. Quali sono allora i motivi che fanno ritenere "creative" queste forme di liberalizzazione? Il decreto legge infatti non chiama così il provvedimento, ma *Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie e modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci*. Vediamo quindi le principali.

a) Prevedere, nei comuni con popolazione maggiore di 9000 abitanti, una ulteriore farmacia al raggiungimento di 501 abitanti oltre ogni multiplo del *quorum*, costituisce, di fatto una ulteriore riduzione del *quorum* stesso. Ad esempio in un comune con 9001 abitanti, con le tre farmacie previste, il rapporto abi-

tanti/farmacie è di 3000,33 abitanti per farmacia, mentre se si raggiungono i 9501 abitanti, con 4 farmacie, il rapporto scende a 2375,25 abitanti per farmacia. Molti altri sarebbero gli esempi da fare per sostenere che il criterio avrebbe dovuto ricalcare quello precedente che prevedeva lo "scatto" al raggiungimento della metà del *quorum* per tutti i comuni.

b) Il concorso "per soli titoli", previsto nelle bozze del testo, è diventato "per titoli ed esami", lasciando perplessi tutti coloro che contavano su di un sistema più rapido di quello ordinario vigente. Anche l'espletamento delle procedure di revisione straordinaria delle piante organiche, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione appare pura utopia.

c) La previsione dell'istituzione di farmacie in tutte le stazioni ferroviarie, per quanto a condizione che non vi sia una farmacia a

LEGISLAZIONE

meno di 200 metri, e da offrire in prelazione ai comuni fino al 2022 presenta due ordini di problemi: a) comporta un'ulteriore diminuzione del *quorum* effettivo e b) viene da chiedersi quale destino abbiano queste sedi qualora il comune non intenda esercitare il diritto di prelazione.

d) Altra "curiosità": la possibilità di partecipare ad un concorso *per la gestione associata* sommando i titoli posseduti. Senza porre un limite al numero dei partecipanti a questa forma di gestione, si determina un evidente vantaggio alle forme associate con un numero elevato di partecipanti e, per di più, in possesso di una notevole anzianità. La condizione della gestione associata per il mantenimento della titolarità, salvo il caso di morte o di inabilità, non permette poi di comprendere quale sarebbe il destino della farmacia in caso di rinuncia anche di uno solo dei soci.

e) Nel comma 6 si prevede la possibilità di apertura anche con orari diversi (anche inferiori, quindi) da quelli fissati a livello locale come obbligatori. Una *disubbidienza legalizzata*, pertanto!

f) La previsione di soli sei mesi per la cessione della farmacia o delle quote, nel caso in cui nessuno degli eredi sia in possesso dei requisiti e sia disponibile al subentro, non tiene conto del termine semestrale per la presentazione della denuncia di successione, mettendo gravemente in crisi la gestione dell'intero patrimonio caduto in successione.

g) Anche la previsione della possibilità per il medico di disporre la non sostituibilità del medicinale di marca con il generico non sembra sufficientemente efficace in quanto manca una puntuale circoscrizione dei casi in cui sussistono *specifiche motivazioni cliniche contrarie*.

h) Infine, per quanto molto innovative, le previsioni di cui ai commi 11 e 12 (fondo di solidarietà per le farmacie disagiate e rapporto volume d'affari/farmacisti) appaiono sicuramente in linea con le finalità dell'azione di Governo.

LE RIFLESSIONI DI UTIFAR

Non vi è dubbio che la riduzione del *quorum* nella misura adottata possa essere vista, a seconda dell'osservatore, come una liberaliz-

zazione molto pesante (si parla di 7000 o più farmacie di nuova istituzione) oppure come una "non liberalizzazione", in quanto esisterebbe sempre un numero massimo di sedi farmaceutiche, legato alla popolazione, e sottratto alle regole del mercato tanto invocate. Piante organiche e concorsi hanno, in quarant'anni, mostrato i loro limiti con ritardi ed omissioni, difficili da attribuire ma capaci di paralizzare il sistema, soprattutto al sud del Paese. Stando così le cose - e chi scrive non crede di essere lontano dalla realtà - in luogo di una "non liberalizzazione", in quanto il numero delle farmacie rimarrebbe comunque vincolato alla popolazione, sembrerebbe più opportuna una "*liberalizzazione vera*", con l'abolizione della pianta organica e del "quorum", che permettesse l'apertura di farmacie a semplice domanda da parte di farmacisti iscritti all'albo con almeno, ad esempio, due anni di anzianità professionale. Dovrebbe però essere mantenuta una distanza minima dalle farmacie esistenti a tutela di quelle spesso acquistate con un notevole investimento. Nei centri storici, a salvaguardia di situazioni urbanistiche sfavorevoli, dovrebbe essere garantita la medesima distanza esistente al momento del trasferimento dei locali per esigenze di varia natura.

La forma di gestione potrebbe ricalcare quella attuale e cioè la ditta individuale (titolare/direttore) e le società di persone, con la possibile introduzione di limitate quote societarie di non farmacisti, come peraltro già previsto per le associazioni professionali. Importante sarebbe poi l'istituzione dell'albo nazionale dei titolari di farmacia, visibile a chiunque sul sito del Ministero della salute.

Anche l'introduzione di un'età massima, per il mantenimento della titolarità o della posizione di socio, metterebbe la farmacia al riparo dalle critiche che periodicamente vengono sollevate e contribuirebbe all'impiego di giovani laureati.

Per favorire l'occupazione e contrastare eventuali forme di abusivismo professionale, dovrebbe essere stabilito, dalle regioni, il numero minimo delle ore/uomo/farmacista di cui le farmacie dovrebbero disporre in relazione al proprio volume d'affari, limitatamente alla dispensazione dei medicinali.

Infine, per agevolare la permanenza delle farmacie nei piccoli centri disagiati, potrebbe essere previsto un incentivo economico ragionevole, a favore delle farmacie che mantengano la loro ubicazione in detti centri. Anche l'orario andrebbe stabilito con riferimento solo al minimo, lasciando al direttore la più ampia scelta in relazione alle esigenze del luogo in cui la farmacia è ubicata. Il servizio di guardia farmaceutica dovrebbe inoltre coinvolgere, a turno, tutte le farmacie, mentre la chiusura per ferie dovrebbe essere considerata un diritto ma non un dovere. Parte di queste proposte sono state recepite nel decreto legge mentre alcune potrebbero far parte delle modifiche in sede di conversione.

ALTRE AREE DI INTERVENTO

A fianco di una riforma basata su tali principi, dovrebbe essere intrapresa una intensa attività politico/professionale per superare altre gravi criticità del servizio farmaceutico: a) La possibilità di garantire la disponibilità di medicinali per le piccole patologie ed in confezione ridotta e senza la presenza del farmacista anche dove, come nelle aree di servizio autostradali, non sono oggi acquistabili e dove, anche alla luce del decreto legge, non è prevedibile possano sorgere farmacie comunali.

b) La revisione della "tabella per titolari di farmacia", inserendovi altri prodotti a valenza sanitaria e salutistica ma depurandola da quelli che non possiedono tali proprietà.

c) La revisione del sistema di remunerazione per la dispensazione territoriale di tutti i medicinali, in accordo con le regioni, per giungere ad un modello ispirato prevalentemente all'onorario professionale. In tale ambito dovrebbe anche essere affrontata la completa modifica della legge 405/2001, riconducendo l'assistenza farmaceutica territoriale solo nell'ambito delle farmacie aperte al pubblico e garantendo comunque la continuità terapeutica dopo le dimissioni. Nell'affrontare tali argomenti dovrebbe essere superata la logica del prezzo ex-factory, praticato al SSN, con una drastica riduzione dei prezzi al pubblico dei medicinali di classe "A".