

**CONVEGNO**  
**UTIFAR**  
**ROMA**

La farmacia italiana  
tra remunerazione e  
spesa farmaceutica

**Magazine n.1**  
**novembre - dicembre 2009**

## CONVEGNO UTIFAR

### ROMA

venerdì 16 ottobre  
sabato 17 ottobre

Hotel  
Parco dei Principi  
via G. Frescobaldi 5

# CONVEGNO UTIFAR ROMA

17 ottobre 2009  
Hotel Parco dei Principi  
via G. Frescobaldi 5

Utifar Magazine  
NOVEMBRE 2009, N.1

supplemento gratuito  
in allegato a  
**Nuovo Collegamento n.8**  
novembre/dicembre 2009

**A cura di**  
Alessandro Fornaro

**Direzione e Redazione**  
Via Mauro Macchi, 32  
20124 Milano  
Tel. 0270608367 - 70607263  
Fax 0270600297

[www.utifar.it](http://www.utifar.it)  
[utifar@utifar.it](mailto:utifar@utifar.it)

**Progetto grafico  
e impaginazione**  
NEXO  
Via L. Settala 45,  
20124 Milano  
Tel. 0220241817  
[nexo@datafin.it](mailto:nexo@datafin.it)

**Stampa**  
FAST-EDIT s.r.l.  
Via Gramsci 11/15  
63030 ACQUAVIVA PICENA (AP)

## PROGRAMMA CONVEGNO

### Venerdì 16 ottobre

- cena di benvenuto

### Sabato 17 ottobre

**ORE 9.30**

#### INTERVENTI

- Eugenio Leopardi, presidente Utifar
- Luigi d'Ambrosio Lettieri, senatore della Repubblica, vicepresidente Fofi
- Andrea Mandelli, presidente Fofi
- Annarosa Racca, presidente Federfarma

#### RELAZIONI

- Peter Burkard, vicepresidente Società Svizzera dei Farmacisti
- Marcello Tarabusi, dottore commercialista
- Giovanni Trombetta, dottore commercialista

**ORE 15.40**

#### TAVOLA ROTONDA

Moderatore: Roberto Tobia,  
vicepresidente Utifar

Partecipanti:

- Andrea Mandelli, presidente Fofi
- Annarosa Racca, presidente Federfarma
- Emilio Stefanelli, vicepresidente Farminindustria
- Carmelo Riccobono, presidente ADF
- Venanzio Gizzi, presidente Assofarm
- Gaia Sorrone, segretario generale di Assogenerici
- Paolo Tagliavini, presidente Federfarma Servizi

**ORE 17.30**

#### DIBATTITO

- discussione aperta ai partecipanti

Si ringraziano



# SOMMARIO



**LA FARMACIA ITALIANA  
TRA REMUNERAZIONE  
E SPESA FARMACEUTICA:  
CONFRONTO CON L'EUROPA**

- 04 **Prima pagina**  
Presentazione del primo numero del Magazine  
*Alessandro Fornaro*
- 05 **Visti dall'esterno**  
Commento alla giornata  
*Peter Burkard*
- 06 **Il processo di riforma della remunerazione farmaceutica in Italia**  
*Eugenio Leopardi*
- 07 **La riconoscibilità della professione farmaceutica**  
*Luigi d'Ambrosio Lettieri*
- 08 **Saper ascoltare per portare avanti insieme il cambiamento**  
*Andrea Mandelli*
- 08 **La remunerazione è un aspetto che riguarda la vita professionale**  
*Annarosa Racca*

## *le relazioni*

- 09 **La rivalutazione del ruolo del farmacista in Svizzera**  
*Peter Burkard*
- 12 **Spesa farmaceutica e contesto macroeconomico**  
*Marcello Tarabusi*
- 15 **Analisi delle possibili evoluzioni nel modello italiano e comparazione con altri sistemi europei**  
*Giovanni Trombetta*
- 18 **Tavola Rotonda e dibattito**  
*Moderatore Roberto Tobia*



Presentazione del primo numero  
del magazine  
**Prima Pagina**  
di Alessandro Fornaro

Si è tenuto lo scorso 17 ottobre a Roma, presso l'hotel Parco dei Principi, il convegno dal titolo *La farmacia italiana tra remunerazione e spesa farmaceutica: confronto con l'Europa*.

È stata una giornata importante, nella quale si è discusso, insieme alle rappresentanze della categoria e del mondo del farmaco, di remunerazione della farmacia. Anzitutto ponendo un interrogativo: l'attuale sistema rappresenta ancora il modello migliore per remunerare la farmacia? E tutela adeguatamente il farmacista e la sostenibilità economica della sua azienda?

Domande attuali, queste, in un momento che vede i prezzi dei farmaci ridursi, le coperture brevettuali in celere scadenza e i farmaci innovativi distribuiti pressoché unicamente dalle strutture ospedaliere.

Come ha voluto sottolineare **Eugenio Leopardi**, presidente di UTIFAR, **"l'aspetto remunerativo può contribuire a valorizzare la professione, riportando in farmacia tutti i farmaci, compresi quelli ospedalieri"**.

Da un lato, quindi, la valorizzazione della professione, che passa inevitabilmente per il ritorno ad una farmacia che distribuisce tutti i medicinali. Se il trend degli ultimi anni, avviato con l'introduzione della distribuzione diretta, non sarà fermato, presto la farmacia sarà deputata alla sola distribuzione dei farmaci più datati e meno costosi, mentre i medicinali innovativi saranno di esclusiva competenza ospedaliera. **Il rischio è una farmacia sempre più drugstore; sempre più parafarmacia perché privata del suo bene più prezioso: il farmaco innovativo.** Una farmacia che sì, valorizzerà la cosmesi, la prevenzione, offrirà servizi e sarà sempre più vicina al cittadino, ma rischierà di essere solo una farmacia del benessere perché rivolta a chi sta bene o ha patologie e disturbi che non necessitano dei farmaci più innovativi. Farmacia del benessere, della prevenzione e del sorriso o ancora farmacia del farmaco, di tutto il farmaco? Se poi si riuscirà a distribuire tutti i farmaci con il sorriso, allora si potrà dire di avere superato la sfida.

Per farlo, occorre però offrire alle Asl l'opportunità di confrontarsi con un diverso sistema di remunerazione della farmacia, basato non più sulla percentuale di sconto sul prezzo al pubblico del medicinale dispensato, ma sulla remunerazione dell'atto dispensativo, che richiede la stessa attenzione e professionalità che si tratti di un farmaco da pochi centesimi o da molti euro di costo.

Ma il sistema della remunerazione deve essere rivisto anche per un altro motivo: tutelare gli interessi economici della farmacia e, con essi, la sostenibilità del sistema. Una farmacia che non abbia l'acqua alla gola può permettersi di investire, di assumere, di offrire servizi. **In quest'ottica, Leopardi è consapevole che sarà più difendibile un sistema che preveda la remunerazione dell'atto, rispetto all'attuale meccanismo basato sugli sconti.** Slegando la retribuzione dal prezzo dei farmaci, la farmacia sarà un soggetto terzo rispetto alle trattative tra aziende e Ministero per la riduzione dei prezzi. **La remunerazione della farmacia non sarà più soggetta a improvvise riduzioni come è avvenuto in questi ultimi periodi. Legando la retribuzione all'atto professionale il farmacista avrà un compenso che non potrà più subire riduzioni.** Una tariffa professionale è legata a revisioni periodiche, sulla base dell'inflazione e di altri fattori, ma accade raramente che si riduca un compenso stabilito. Al contrario, un sistema retributivo basato sugli sconti e sulle percentuali può subire continue e infinite revisioni al ribasso, come in effetti sta avvenendo.

È tempo quindi di pensare a sistemi diversi. Ma occorre farlo subito, perché il trend al ribasso dei prezzi dei farmaci è inarrestabile e non ci si può permettere che trascini con sé la sostenibilità economica delle farmacie italiane. Occorre farlo subito anche perché la definizione di un compenso per l'atto dispensativo passa per una trattativa che sarà per forza di cose legata alla quantificazione dell'attuale remunerazione e, più passa il tempo, più questo parametro si riduce. Di questi argomenti si è discusso approfonditamente nel convegno Utifar di Roma. Questo numero speciale del Magazine allegato a Nuovo Collegamento riporta gli interventi della giornata.

Commento alla giornata  
**Visti dall'esterno**  
 di Peter Burkard

Da quello che ho potuto recepire rispetto all'attuale situazione italiana, c'è bisogno di cambiare qualcosa. Da un lato le farmacie si lamentano delle riduzioni di margine e dei contratti tra industrie e Stato che evitano il canale della farmacia tradizionale, e dall'altro lato non trovano l'accordo al loro interno per costruire insieme il futuro. Solo l'unione fa la forza contrattuale in questo settore!

Secondo me è arrivato il momento di studiare seriamente un modello di retribuzione per il farmacista basato sulla remunerazione. È auspicabile che le associazioni come Fofi, Federfarma e Utifar propongano alle Autorità sanitarie un modello chiaro, trasparente ed innovativo e non si aspetti che lo Stato, per contenere la spesa sanitaria, faccia tagli sul margine o chieda sconti.

Occorre ricordare che nei prossimi anni aumenterà il numero dei medicinali generici sul mercato e le nuove terapie basate sulla biotecnologia: per i generici con basso costo il margine non basta nemmeno per coprire i costi delle infrastrutture delle farmacie. I farmacisti dovranno quindi chiedere una remunerazione anche per le loro prestazioni intellettuali inerenti alla dispensazione di un medicinale.

Per i farmaci biotecnologici c'è da prevedere che saranno tutti sotto forma galenica parenterale e che i pazienti non potranno assumerli a casa o iniettarli per proprio conto. Ci sarà bisogno di qualcuno: la farmacia può essere un'opzione valida e competente per queste nuove terapie e sarà remunerato per le sue prestazioni. Senza una remunerazione approvata dallo Stato il farmacista difficilmente potrà vendere e dispensare questi nuovi medicinali.

È per questo che i farmacisti dovrebbero già essere al lavoro per proporre il loro modello di remunerazione.

Un'altra cosa che secondo me serpeggiava in sala era che alcuni rappresentanti della base si accontenterebbero di un solo forfait "fee". Visto la nostra esperienza in Svizzera con più tariffe che vanno a formare il prezzo del servizio, si è al riparo da eventuali attacchi da parte di politici, consumatori ecc.

Utifar ha avuto il coraggio di far confrontare le diverse rappresentanze di categoria rispetto alla questione della remunerazione e vorrei complimentarmi con i vertici di Utifar per la riuscita di questa giornata di studio. Mi auguro che nei prossimi 2 anni anche i farmacisti italiani avranno la loro remunerazione e non saranno più dipendenti dai capricci dell'industria farmaceutica e dei politici per quello che concerne il prezzo del medicamento.

**Peter Burkard,**  
 vicepresidente della Società  
 Svizzera dei Farmacisti  
 (il sindacato dei farmacisti)  
 è titolare di farmacia a Chiasso.  
 È stato promotore delle modifiche  
 al sistema di remunerazione delle  
 farmacie  
 che negli ultimi anni ha avuto  
 luogo in Svizzera.  
 Queste le sue impressioni  
 dopo la giornata di Roma.



Eugenio Leopardi  
Presidente Utifar

## Il processo di riforma della remunerazione del farmacista



Permettetemi di introdurre brevemente i lavori della mattinata. Utifar ha voluto offrire uno stimolo di discussione e di confronto sull'argomento della retribuzione delle farmacie. È un argomento di fondamentale importanza per la nostra vita, per la nostra azienda e anche per la nostra professione perché poi la professione si deve appoggiare su qualcosa di concreto per essere portata avanti. Ci auguriamo di aver portato un servizio alla professione e alle nostre istituzioni che poi sono quelle che devono guidare questi cambiamenti e portare avanti le istanze dei farmacisti.

Utifar da più di 50 anni si è occupata di aggiornare professionalmente i farmacisti ma anche di prevedere e analizzare quelli che avrebbero potuto essere gli scenari futuri. Ricordo le battaglie fatte da Utifar insieme a tanti colleghi sull'informatica in farmacia e sulle analisi che oggi alla luce del nuovo decreto sui servizi rappresenteranno uno dei nostri punti di forza. Punto di forza perché la farmacia, se vorrà sopravvivere, si dovrà sempre più affermare come casa della salute e come punto di riferimento del Servizio sanitario nazionale sul territorio. Proprio a questo proposito, se la farmacia dovrà svolgere un ruolo di presidio fondamentale nel Servizio sanitario nazionale, integrando anche le strutture di medicina territoriale, educando al buon uso dei farmaci, promuovendo i generici ed offrendo servizi è importante che venga messa nelle condizioni di poterlo fare. In un momento difficile come quello attuale, con il servizio farmaceutico costantemente al centro dell'interesse della politica (chiunque arrivi al Governo se deve recuperare qualcosa lo recupera sulla spesa farmaceutica perché è più facile).

Non vi è dubbio che il tema dell'evoluzione della professionalità del farmacista acquisti una rilevanza fondamentale. I cambiamenti che hanno riguardato l'universo della professione hanno fatto emergere problematiche tutte nuove diventate nel tempo piuttosto urgenti e sulle quali si rende necessario avviare un attento processo di riflessione.

*Utifar vuole dare voce alle istanze di cambiamento che si affacciano sullo scenario della professione dando un contributo per certi versi sostanziale a quel processo di riforma del servizio farmaceutico da più parti invocato ma non ancora realizzato.*

È opportuno notare che ad essere in discussione non è tanto il ruolo sociale della farmacia né tanto meno quello professionale del farmacista che è apprezzato da tutti. Quello che viene messo in discussione sono gli aspetti prettamente commerciali connessi con la vendita dei prodotti farmaceu-

tici. C'è stata, come sempre, una gran difficoltà nel far convivere in farmacia professione e commercio. La farmacia italiana questo l'ha sempre fatto con grande dignità e professionalità meritando negli anni la stima e la fiducia dei cittadini.

È un dato di fatto che il consumo dei farmaci non possa diminuire, perché tutti i residenti nella nostra nazione sono assistiti; perché la domanda di salute cambia, crescendo per tutto ciò che riguarda non solo il farmaco ma anche tutti i settori della medicina; perché l'età media della popolazione aumenta e chiaramente una persona oltre i 65 anni ha un consumo quattro volte superiore di medicinali di quello che è il consumo di una persona al di sotto dei 65 anni; perché c'è una maggiore cultura della prevenzione, dettata anche dalla variazione dei parametri (la glicemia prima 1,20 era un valore normale, adesso si parla di 1,00) e quindi aumenta la prescrizione del medico per andare incontro a questi valori oggi alterati. Quindi la spesa farmaceutica è destinata comunque a non calare: siamo in una società in cui si è passati dalla cultura della malattia alla cultura del benessere. Tutto questo porta comunque a delle criticità per la nostra professione, criticità attuali e criticità che potrebbero anche svilupparsi in futuro. Gli Otc sono presenti al di fuori della farmacia, stanno prendendo piede nuovi canali di distribuzione anche sotto forma di distributori automatici e su questo forse la nostra categoria dovrebbe prestare attenzione. Prestare attenzione a non favorire certi sviluppi che poi vengono a danno della nostra attività principale che è la farmacia. I farmaci costosi, quelli innovativi, come quelli derivanti dalle biotecnologie sono in continuo aumento e vengono ormai distribuiti esclusivamente dall'ASL e dagli ospedali, quindi il farmacista ha una perdita economica, ma subisce anche una perdita culturale. Questo è un danno grave per la categoria che non viene più a contatto con i nuovi farmaci e quindi non è più informata. È un danno anche per il cittadino, che si trova costretto a prendere alcune specialità in farmacia e altre fuori, credo con grande confusione e disagio.

Un domani (e già se ne parla in accordi con le poste), i farmaci per malati cronici potrebbero essere distribuiti direttamente al paziente dall'industria. La distribuzione per conto andrà sempre di più incrementando. Per ora si è riusciti ad evitare la dispensazione di farmaci via internet. I prodotti alimentari e salutistici li troviamo sempre al di fuori della farmacia. In più la pubblicità a volte propone certi alimenti spacciandoli per farmaci.

È un momento di crisi per la farmacia ed un momento di crisi anche per la professione e andiamo incontro ad un nuovo scenario per la dispensazione farmaceutica: dal 2012 non ci sarà più un farmaco che non sarà genericabile. I generici in Italia hanno un prezzo molto superiore alla media europea, quindi sono destinati a scendere e come dicevamo prima i farmaci innovativi non passeranno più per la farmacia.

Come evitare tutto ciò? Come correre ai ripari? Utifar non sposa nessuna tesi. Vuole solo porre all'attenzione della categoria queste preoccupazioni.

*Secondo noi, se non si prenderanno provvedimenti e se non si inizierà a pensare ad un cambiamento, ci troveremo presto di fronte ad una farmacia che venderà solo generici e farmaci vecchi.*

E allora questa giornata di studio, che sicuramente sarà una delle tante che si succederanno su questo argomento, serve per provare a capire se modificando il sistema di remunerazione si possa ottenere una farmacia più slegata dalle logiche commerciali e dove, invece, venga riconosciuta la competenza dell'atto del professionista farmacista. Crediamo e speriamo che questo contributo possa essere utile all'approfondimento del tema. Si tratta di un cambiamento radicale e proprio per questo prima di proporlo secondo noi va analizzato in tutti i suoi aspetti e in tutte le sue ricadute sull'azienda farmacia.

Il cambiamento del sistema remunerativo potrà portare dei vantaggi slegando il compenso del farmacista da ulteriori tagli di prezzo dei medicinali o sconti imposti dal Governo. Certo, anche ammettendo che un domani avremo un sistema di remunerazione a prestazione professionale non più basata sullo sconto, nulla vieterà al Governo di ridurre il compenso di un atto professionale. Credo che sia molto più facile per il nostro sindacato difendere il costo di una prestazione professionale, piuttosto che difendere uno sconto commerciale.

Inoltre, questo sistema retributivo potrebbe essere un punto di forza proprio per proporre il rientro in farmacia di tutti i farmaci che vengono distribuiti al di fuori. Non dovendo riconoscere uno sconto importante su un farmaco che costa centinaia di euro, sicuramente conviene anche al Governo riportarlo in farmacia, smantellare quella che è la rete di distribuzione delle ASL e degli ospedali e magari utilizzare i colleghi farmacisti per fare altri tipi di controlli e di prevenzione. Tutto questo giove-

rebbe alla farmacia, al cittadino che comunque si potrebbe approvvigionare nella sua farmacia. E inoltre acquisiremo forse l'immagine di un farmacista che non essendo più legato allo sconto commerciale fornisce al cittadino e al Servizio sanitario nazionale il miglior farmaco al miglior costo. Questi sono gli aspetti positivi. Ci sono poi sicuramente delle criticità rispetto alle quali si dovrà riflettere se si percorrerà questa strada. Anzitutto legate al fatto che oggi il valore dell'azienda farmacia è basato sul fatturato. Questo fatturato, dalle esperienze che ho letto riguardo all'Europa e all'estero, dopo un cambiamento di tipo di remunerazione viene ridotto alla metà. Occorrerà quindi pensare a una nuova valutazione del valore della farmacia. Sono processi lunghi da cercare di governare. In seguito ad un calo di fatturato, entrerebbero in un momento di criticità anche i rapporti con le banche: bisognerà ricontrattare il sistema di affidamenti con le banche e fare sì che strumenti come quelli messi in piedi anni fa dal nostro sindacato per affrontare i ritardi dei pagamenti vengano ripensati e utilizzati per tamponare queste nuove necessità.

Queste sono in breve le motivazioni che ci hanno spinto ad affrontare l'argomento della retribuzione.

Ma siamo stati spinti anche dalla presa di posizione dell'Antitrust. L'Autorità dice: "Come già auspicato in altre occasioni, ribadiamo l'opportunità di riconoscere al farmacista una retribuzione a forfait per ogni servizio di vendita di ciascun medicinale indipendentemente dal suo prezzo, sistema che introdurrebbe un elemento di forte regressività del margine di guadagno rispetto al prezzo del prodotto, incentivando in tal senso la vendita dei farmaci a minor prezzo. Il sistema di remunerazione a forfait d'altro canto, se pur in alcuni casi associato ad un moderato aggancio al prezzo del prodotto commercializzato viene già utilizzato con successo da altri Paesi europei (Regno Unito, Germania, Francia e altri). In tali Paesi il livello di diffusione dei farmaci generici è nettamente superiore rispetto a quello italiano. Si osserva infine che il valore della fee for service potrebbe essere calcolato in modo da non erodere la marginalità complessiva della componente distributiva del settore limitandosi invece a definire una diversa e più appropriata distribuzione dei guadagni sui diversi servizi resi al farmacista piuttosto che sul valore dei prodotti venduti".

L'attenzione dell'Antitrust su questo argomento e l'attenzione dello Stato sulla spesa farmaceutica sono stati i punti che ci hanno spinto ad attribuire questo titolo alla nostra giornata di studi, giornata di partenza, e noi come Consiglio Direttivo di Utifar ci auguriamo che da questa giornata escano degli stimoli utili per i vertici della nostra categoria e che questa volta i farmacisti riescano a guidare un cambiamento e non ne vengano improvvisamente travolti.

sen. Luigi d'Ambrosio Lettieri  
Vicepresidente Fofi

## La riconoscibilità della professione farmaceutica



Mi complimento con Utifar ed il suo Consiglio Direttivo per l'attualità del tema posto oggi alla congiunta valutazione.

Porto anche il saluto di Maurizio Gasparri, che ha chiesto di ritenerlo accanto ai farmacisti nel convincimento del ruolo che questa professione svolge. D'altra parte il disegno di legge che, oltre al nome di Tommasini riporta anche il suo, indica l'attenzione che sia il Pdl che Tommasini e Gasparri destinano ad un argomento che rappresenta ancora una criticità irrisolta sulla quale, come per l'argomento oggi posto in discussione, sarà utile che si tenti di trovare una sintesi in modo tale che la politica raccolga l'umore e l'aspirazione della farmacia italiana e della professione farmaceutica.





*Il tema di oggi è un tema di grande attualità oltre che di particolare rilevanza e cade in un momento in cui si parla, anche se in via informale, di una ulteriore nuova sforbiciata. Si ipotizza del 3%. Ho ricevuto numerosissime telefonate da parte di colleghi per avere riscontro a questa indiscrezione. Pur essendo soltanto un'indiscrezione, questo è un problema che si pone perché non sfugge a nessuno che il comparto farmaceutico è quello che negli anni ha registrato il maggior numero di provvedimenti legislativi e atti amministrativi che ci consegnano un quadro figlio di quel contorsionismo che è l'esigenza di far quadrare i conti, dove in un bilancio di azienda sanitaria locale l'unica voce sulla quale è più agevole o meno difficoltoso intervenire è proprio la spesa farmaceutica. C'è la necessità di tentare di risparmiare considerato che i costi per l'assistenza sanitaria sono incompressibili. Non si può sforbicare sul personale, sulla convenzionata specialistica, sulla medicina di base, sui ricoveri, non si riesce a fare il rilancio di una politica di sanità del territorio degna di essere chiamata in questi termini contraendo l'unica spesa sulla quale si deve intervenire che è quella dei ricoveri.*

*Allora qual è l'unica posta sulla quale si riesce ad intervenire? Quella della farmaceutica, per cui il problema che oggi viene posto in discussione diventa di particolare attualità.*

*Si deve quindi tentare di rispolverare la stella polare della professione e fare in modo che tra Stato e mercato e tra professione e azienda anche il professionista farmacista riesca per quel che è possibile a recuperare qualche residuo elemento di certezza. Non è solo un problema di tenuta economica (fatto straordinariamente importante) ma è anche un problema di riconoscibilità maggiore e migliore della professione farmaceutica nella sua accezione etimologica più chiara. Probabilmente prima tentiamo di esplorare questa strada di un'ipotesi alternativa alla remunerazione della prestazione professionale del farmacista, prima potremo risponderci se esiste una strada diversa da quella attuale e prima potremo capire se questa strada offre elementi di prospettiva migliore che vadano a consolidare la nostra riconoscibilità professionale e la nostra autonomia professionale disgiunta dal costo del farmaco e capace non soltanto di remunerare una prestazione professionale ma capace anche di remunerare i servizi che la farmacia è in grado di offrire, che in parte già offre e che da domani potrà offrire in modo più strutturato a seguito dell'approvazione del decreto legislativo attuativo della legge 69 recentemente approvata in seconda lettura in Senato.*

*Andrea Mandelli  
Presidente Fofi*

## **Saper ascoltare per portare avanti insieme il *cambiamento***



*Ringrazio Utifar per aver recuperato il suo ruolo. Questo dibattito torna a dare all'Associazione un ruolo centrale in quello che è il dibattito che deve animare una categoria che sta andando incontro ad un cambiamento importante delle sue prerogative.*

*Credo che sia necessario un momento di confronto al nostro interno per-*

*ché solo così, recuperando la capacità di ascolto, possiamo poi cercare di dare delle soluzioni ai problemi che affollano l'agenda di Federfarma, di Fofi, e di tutti i farmacisti che si occupano con passione della professione. Spero davvero dai lavori di questo convegno emergano gli spunti necessari per chi andrà poi a rappresentare la professione ai tavoli di Governo per trovare una via comune che permetta di traghettare la professione in un momento difficile. In un momento difficile come questo si deve davvero cercare di essere tutti uniti nella direzione di una meta che è quella della farmacia italiana.*

*Annarosa Racca  
Presidente Federfarma*

## **La remunerazione è un aspetto che riguarda la vita professionale**



*Quello proposto dall'Utifar con questo convegno è un bell'argomento, un confronto importante anche con i colleghi europei. In fondo l'Europa è poi quella che ci governa ed è quella su cui insieme dobbiamo fare le battaglie, quelle fatte in questi anni e che dovranno poi continuare nel futuro. La remunerazione è un aspetto che riguarda la nostra vita perché siamo dei professionisti ma abbiamo anche delle attività commerciali. Abbiamo una remunerazione che è tra le più basse d'Europa e che non può subire altri tagli dei quali diciamo già da ora che sarebbero inaccettabili e irricevibili. Federfarma sta chiedendo un tavolo per rivedere il sistema dei margini. È importante arrivare a un nuovo sistema di remunerazione che preveda un minimo di serenità per tutti noi, per investire e per far andare avanti una farmacia che ha bisogno di essere nuova, una farmacia dei servizi, una farmacia sempre più vicina ai cittadini.*

Peter Burkard  
Vicepresidente Società Svizzera dei Farmacisti

## La rivalutazione del ruolo del farmacista in Svizzera



*Peter Burkard è vicepresidente della Società Svizzera dei Farmacisti (il sindacato dei farmacisti) ed è titolare di farmacia a Chiasso. La sua testimonianza è dunque interessante sia per l'impegno profuso come rappresentante di categoria, sia per il fatto che Burkard non ha perso il contatto con la quotidianità del lavorare in farmacia. Peter Burkard ha infatti vissuto in prima persona ed è stato promotore delle modifiche al sistema di remunerazione delle farmacie che negli ultimi anni ha avuto luogo in Svizzera. Un'esperienza che lui valuta positivamente, riconoscendo che i coraggiosi cambiamenti avvenuti hanno portato effetti positivi sotto moltissimi punti di vista.*

*Punto di partenza del suo intervento è stata la constatazione che il ruolo del farmacista, in Svizzera, si è rivalutato grazie alle riforme di settore operate dal 1993 in poi. Negli Anni '90, il farmacista rischiava di essere considerato un commerciante ed un dispensatore di farmaci. Oggi, invece, il farmacista ricopre il ruolo di Gatekeeper, con un ruolo attivo come fornitore di prestazioni farmaceutiche rigorosamente ancorate alla legge.*

*In Europa c'è una forte tendenza alla liberalizzazione del mercato dei farmaci. In Svizzera la situazione non è differente ed è caratterizzata da: forti pressioni sulle industrie, con una regolarizzazione dei prezzi tendente al ribasso, attraverso negoziati tra industrie ed assicurazioni; possibilità per chiunque di essere proprietario di una farmacia, a patto che venga nominato un farmacista come responsabile dell'attività; sono state create catene di farmacie e ciò ha portato ad una diminuzione della qualità del servizio; l'invio per posta o grazie a prenotazioni in Internet non è vietato; i medici, in alcuni cantoni svizzeri, possono vendere direttamente le medicine agli assistiti.*

*A fare da contrasto a questi elementi, che possono essere discutibili, c'è un nuovo sistema di remunerazione del farmacista che, dal 2001, è basato sulle prestazioni*

*Si ha un margine fisso applicato al prezzo di fabbrica pari al 12%. Poi, viene considerato un margine fisso per la dispensazione che va da 3 a 12 euro in base a differenti parametri, tra cui il prezzo di fabbrica, la convalida del medicamento e la tipologia del trattamento. Vengono poi considerate ulteriori prestazioni quali il servizio notturno, la sostituzione con farmaci generici qualora il medico prescriva il farmaco originale, la dispensazione di determinati farmaci sotto sorveglianza e via dicendo. Questo metodo, dal 2001 al 2008, ha fatto sì che si siano risparmiati 800 milioni di franchi svizzeri per la spesa sanitaria. E ha messo il farmacista al riparo dalle continue diminuzioni dei prezzi dei farmaci, rendendolo di fatto un soggetto terzo rispetto alle trattative tra industrie e soggetto pagante, ovvero, nel caso della Svizzera, le assicurazioni. Il nuovo sistema di remunerazione ha quindi garantito al farmacista che la propria remunerazione non fosse ancorata a trattative o all'andamento dei prezzi, ma fosse legata alla propria attività professionale che, come tale, non può essere rivista al ribasso.*

**A**nzitutto, ringrazio Utifar per la possibilità data a PharmaSuisse di esporre la propria testimonianza.

Nel mio intervento illustrerò alcuni aspetti che voglio da subito riassumere:

- clima politico e ventate di liberalizzazione che

soffiano su tutta l'Europa, dovuti anche alla globalizzazione;

- situazione svizzera;

- passaggio dal margine alla remunerazione;

- ruolo del farmacista come fornitore di prestazioni e non come un semplice commerciante;

- reazioni della popolazione, mondo politico, associazioni di categoria e associazioni in difesa del consumatore;

- conseguenze, vantaggi e svantaggi per i farmacisti, evoluzione e adattamento (attualmente in Svizzera siamo alla quarta versione della Rdp, ossia remunerazione basata sulle prestazioni).

Tra il 1990 e il 1995 in Svizzera l'opinione pubblica guardava a noi farmacisti come a dei commercianti che guadagnavano bene (in quegli anni il margine medio era del 38 - 40% per la farmacia) e che offrivano prodotti a prezzi molto elevati. Eravamo ritenuti responsabili dell'esplosione della spesa sanitaria; e protetti dallo Stato. C'era la vecchia legge sui cartelli che proteggeva la Svizzera come piccolo Stato in mezzo all'Europa. Fuori dalla comunità europea vigevano leggi rigorose su quello che riguardava le importazioni dall'estero.

*Oggi, il clima politico in Europa tende fortemente alla liberalizzazione del mercato dei medicinali. Il motto è quello di incrementare i mercati interni e fomentare la concorrenza tra tutti gli operatori. Ci sono poi notevoli pressioni sull'industria per la riduzione dei prezzi, e una forte erosione del guadagno e dei margini.*

Anche in questa sala, oggi, ho sentito parlare di ipotesi che circolano, come l'invio postale dei medicinali e di industrie che fanno accordi con i pazienti diabetici. Per le industrie questa prassi è molto semplice dal momento che hanno grosse banche dati e che possono accordarsi con lo Stato per negoziare prezzi più bassi.

In Svizzera non c'è un sistema sanitario statale. I parametri sono forniti dalla "legge assicurazione-malattia". Le assicurazioni private, in forte concorrenza tra loro, offrono tutte lo stesso pacchetto di prestazioni definite dallo Stato, ma a prezzi differenti nelle varie regioni della Svizzera.

Le industrie farmaceutiche svizzere sono lobby molto potenti (basti pensare a colossi come Roche e Novartis). Sono loro a negoziare direttamente con le assicurazioni (per ottenere vantaggi per sé e per dimostrarsi attivi di fronte ai politici).

*C'è poi, anche da noi, la questione della continua erosione dei margini e dei guadagni: si cerca sempre di prendere un po' da una parte e un po' dall'altra su certe fasce di medicinali, (obbligare a vendere il generico più basso) sia nel dettaglio (farmacia) che nella logistica (distribuzione tramite i grossisti).*

Le conseguenze di questa liberalizzazione si ripercuotono sulla proprietà delle farmacie. In Svizzera qualsiasi persona o società può essere proprietaria di farmacie basta che ci sia un farmacista con tutti i requisiti per la sua gestione (es. in Inghilterra Boots, catena di 1200 farmacie tutte di un unico proprietario). In queste catene il ruolo del farmacista è svalutato. In Svizzera ci sono tre grandi catene che comprendono circa il 20% di tutte le farmacie aperte al pubblico.

Un altro fattore di rischio della liberalizzazione è l'integrazione verticale ed orizzontale.



L'integrazione verticale è relativa soprattutto alle catene che fabbricano da sé i farmaci, li distribuiscono e li vendono (guadagnano qualcosa ad ogni passaggio). L'integrazione orizzontale invece è data dalle farmacie che si riuniscono tra loro, liberamente, in associazioni o in gruppi per negoziare prezzi migliori. Essi tendono poi a formare gruppi di farmacie indipendenti.

La liberalizzazione inoltre fa sì che la capillarità delle farmacie diminuisca. Si cercano infatti i migliori insediamenti (centri commerciali, centri città) e così alla periferia vengono sempre di più a mancare le farmacie. Chiaramente la qualità del servizio diminuisce perché si pensa soltanto al business e ai soldi. Lo scopo delle catene è quello di avere prezzi concorrenziali. Essi forniscono sconti e promozioni, e il farmacista indipendente non riesce più ad essere competitivo.

*Infine dal 1996 in Svizzera è permesso l'invio postale di medicinali. Il medico invia le ricette a queste centrali ed il paziente tre giorni dopo riceve i suoi farmaci a casa. Bisogna però considerare che se una persona ha bisogno di un farmaco d'urgenza deve poter far capo alla sua farmacia di prossimità. Tali farmacie, con questa liberalizzazione, rischiano di chiudersi.*

In Svizzera il mercato del farmaco è libero. In alcuni cantoni addirittura (ed è l'unico caso al mondo) anche i medici vendono farmaci. Il medico che visita il paziente, non gli fa la ricetta, ma gli fornisce direttamente i farmaci.

Attualmente in Svizzera c'è un'alta densità di farmacie distribuite sul territorio e c'è concorrenza tra farmacisti. Anche società anonime sono proprietarie di farmacie, e si usa abitualmente il sistema di invio per posta, che in Svizzera su circa 7 milioni di abitanti produce un fatturato di circa 80 milioni di franchi svizzeri (circa 50 milioni di euro). Il consumo pro-capite di medicinali è di circa 300 euro all'anno corrispondenti al 20% della spesa sanitaria. Le farmacie hanno solo il 60% del mercato dei farmaci, il resto è dispensato dagli ospedali (12%), e per quasi il 30% dai medici.

I prezzi di fabbrica sono tra i più alti al mondo, anche perché i colossi dell'industria quotati in borsa, se in Svizzera riescono ad ottenere un determinato prezzo di vendita, diventano poi di referenza anche per tutti gli altri paesi del mondo. Nella prima fase del passaggio dal margine alla remunerazione (1993-2001) si è cercato di salvare il margine. Tale impresa è stata dura dal momento che negoziare un margine commerciale come operatore sanitario responsabile della spesa sanitaria che esplose non è facile. Si è cercato anche di fornire un valore aggiunto al ruolo del farmacista, che in quel periodo ha vissuto una forte crisi d'identità causata dalla considerazione del suo ruolo come esclusivamente commerciale. La rivalutazione ha puntato a far considerare il farmacista come un laureato, fornitore di prestazioni, unico tecnico professionista del farmaco.

Nel 1996 la Svizzera subisce un altro grosso colpo con l'abolizione della vecchia Legge sui cartelli (antitrust) e con l'entrata in vigore della nuova Legge assicurazione-malattia che prevedeva la concorrenza tra gli operatori sanitari (medici, farmacisti, ospedali) e tra le assicurazioni. Con questa legge era la prima volta che in Svizzera il farmacista veniva menzionato, e veniva considerato un fornitore di prestazioni pari al medico, al chiropratico e alle levatrici. Ma con l'abolizione della legge sui cartelli, una grossa assicurazione ha lan-

ciato la proposta dell'invio per posta dei medicinali. L'idea è ovviamente stata ben accolta dalla politica e dall'opinione pubblica, che hanno visto in questo una possibilità di riduzione dei costi.

Dal 1999 il farmacista può fatturare le sue prestazioni a carico dell'assicurazione di base. In Italia tale costo sarà probabilmente a carico dello Stato. Nel 2001 c'è stata l'introduzione della remunerazione basata sulle prestazioni (RBP I). Tale modifica del sistema è stata neutrale ed è stata basata sulle cifre disponibili per l'anno 2000. In pratica si è preso l'utile lordo che le farmacie svizzere hanno conseguito nell'anno 2000, lo si è congelato, e poi in base ai prezzi dei medicinali si è calcolato un sistema per avere un passaggio neutrale. Il fatto che alcune farmacie ci abbiano perso ed altre guadagnato è dipeso principalmente dalle tipologie dei medicinali, anche se a livello globale l'utile lordo per le farmacie sui prodotti di fascia A e B è rimasto lo stesso.

Dal 2002, al farmacista sono state riconosciute le prestazioni intellettuali. Sullo scontrino, però, figurava la dicitura "tassa farmacia", che non era, ovviamente, ben vista dal pubblico.

Nel 2008, con la RBP III, abbiamo avuto il definitivo riconoscimento del farmacista come attore sanitario innovativo e trasparente, perché la popolazione ha avuto la possibilità di vedere sullo scontrino, oltre al costo del farmaco, anche l'onorario che spetta al farmacista. La definizione di questo onorario è cambiata da "tassa" a "tariffa", terminologia maggiormente legata alla prestazione professionale. Fondamentalmente per il farmacista fornitore di prestazioni non è cambiato quasi nulla. Tuttavia, a livello di remunerazione, si è passati a riconoscere un onorario per le principali attività che svolgiamo e che sono remunerate indipendentemente dal tipo di medicinale. Solo per citarne alcune, queste sono:

- la validazione e verifica delle ricette;
- il controllo della posologia e delle interazioni;
- la verifica delle controindicazioni e dei rischi;
- le istruzioni speciali (es. posologia aerosol e altre applicazioni);
- la garanzia della continuità della terapia (dossier farmaceutico con lo storico dei medicinali del paziente).

Le principali attività in una farmacia sono le prestazioni legate alla distribuzione e alla gestione del magazzino, la messa a disposizione del capitale proprio, la convalida di ricette, la dispensazione di consigli farmaceutici e prestazioni, oltre che di specifici servizi come l'allestimento di terapie settimanali in appositi blister, oppure la dispensazione frazionata, che una volta veniva fatta gratuitamente, ma è ora remunerata.

La remunerazione avviene così: il prezzo di fabbrica in Svizzera lo fissa lo Stato prendendo come paragone i Paesi europei che hanno all'incirca lo stesso sistema sanitario e un costo della vita simile a quello della Svizzera. Fino al 2006 si consideravano Olanda, Germania, Danimarca e Inghilterra. Ora si sono aggiunte Francia ed Austria.

Il margine applicato al prezzo di fabbrica è del 12%. C'è poi un supplemento fisso in funzione al prezzo di fabbrica che varia da 3 a 12 euro. Tre euro per i farmaci che costano fino a 10 euro, e 12 euro per i farmaci che costano sopra ai 20/25 euro (prezzo di fabbrica). Si ha poi la "convalida medicamentosa" applicata per ogni farmaco con obbligo di ricetta e riconosciuto dall'assicurazione di base (per paragonarli ai farmaci italiani, sono quelli di fascia A e B con obbligo di prescrizione medica). Questa convalida, così come quella relativa al trattamento, viene espressa in punti, negoziati precedentemente con le assicurazioni, e vale circa 3 euro.

Le operazioni relative alla gestione della cartella farmaceutica del paziente o del dossier farmaceutico valgono circa 2 euro. Se una persona acquista diversi medicinali, questa convalida è soltanto una perché il lavoro del farmacista avviene solamente una volta. Ci sono poi ulteriori prestazioni che vengono remunerate solo se necessarie, per esempio, la dispensazione sotto sorveglianza, il servizio notturno, la ripetibilità delle ricette (per ridurre il costo della salute abbiamo ottenuto con le assicurazioni, che per esempio un paziente che prenda un determinato farmaco quattro volte all'anno, possa ricevere tale medicinale dal farmacista, dopo un piccolo controllo, senza la necessità di avere una nuova ricetta, il farmacista fattura poi tale costo alle assicurazioni), la sostituzione con i generici (se il medico prescrive l'originale, e noi, dopo un'attenta valutazione con il paziente, riteniamo opportuno vendergli il generico, il 40% della differenza tra l'originale e il generico lo possiamo incassare come prestazione remunerata. Il rimanente 60% spetta alle assicurazioni).

*Inizialmente, le reazioni a queste novità sono state di opposizione da parte della maggior parte dei farmacisti.*

In Svizzera ci sono circa 1700 farmacie. Sicuramente le multiproprietà e le catene commerciali di farmacie che hanno solo business e mercato hanno visto che a fronte di un budget globale invariato, dovevano vendere delle prestazioni, e quindi non sono stati molto favorevoli. Mancava inoltre la convinzione generale nell'appoggiare questa nuova sfida. È stato necessario un grande lavoro di comunicazione da parte delle farmacie nei confronti dei clienti, i quali si sono trovati improvvisamente a dover pagare prestazioni che prima ricevevano gratuitamente. Con questa remunerazione è venuta a mancare la sovvenzione trasversale tra il farmaco costoso e quello meno caro, anche se in fondo il lavoro di somministrazione del farmaco per il farmacista è lo stesso. I fabbricanti invece si sono dimostrati favorevoli da subito dato che la negoziazione dei prezzi è sempre stata di loro pertinenza.

I grossisti hanno di conseguenza introdotto un nuovo sistema di fatturazione forfettario per ogni imballaggio e trasporto.

Le associazioni in difesa dei consumatori sono tutt'ora critiche e scettiche, sostenendo che la remunerazione attuale va a solo vantaggio dei farmacisti.

*I pazienti, che all'inizio pensavano che si trattasse di nuovi supplementi, hanno invece compreso la situazione grazie anche al lavoro di comunicazione svolto dai farmacisti. In seguito all'introduzione di questo sistema non si è più parlato di prezzi alti in farmacia. I farmacisti, infatti, hanno un onorario che è indipendente dal prezzo del farmaco.*

Tale onorario è garantito, sia ora che in futuro, e la remunerazione avviene in maniera trasparente in relazione al lavoro svolto. Al farmacista non interessa più il prezzo di base del medicinale. Le prestazioni farmaceutiche, per essere fatturabili, devono essere ben visibili.

Analizziamo ora alcuni dati.

L'introduzione del nuovo sistema è avvenuta a metà del 2001. La voce "totale" rappresenta solo quello che distribuiscono le farmacie (espresso in milioni di franchi svizzeri). Si è registrato un aumento di 400 milioni di franchi in 6 anni. Lo Stato guadagna tramite l'IVA. L'introito dei fab-

bricanti è salito di 300 milioni. I grossisti e la grande distribuzione hanno avuto un incremento di circa 20 milioni di franchi. I farmacisti, per quanto riguarda i margini e le infrastrutture, ossia i supplementi fissi quali il personale, l'affitto, e le spese di gestione generale della farmacia, hanno visto aumentare le entrate per tali quote di circa 54 milioni di franchi.

Le prestazioni dei farmacisti sono cresciute in sei anni di circa 16 milioni. Questo pare che sia dovuto all'aumento della popolazione, oltre che alla crescita dell'età media. Di conseguenza i farmacisti forniscono un numero sempre crescente di prestazioni.

Nel totale vediamo che, con il cambio della remunerazione, l'utile lordo del 2001 è cresciuto di circa 70 milioni, passando dai 577 milioni di franchi iniziali agli attuali 647 milioni.

Il primo vantaggio di questo sistema di remunerazione è dato dal fatto che in pochi anni, ossia dal 2001 al 2008, i farmacisti hanno contribuito a contenere la spesa sanitaria e sono stati risparmiati circa 800 milioni di franchi cumulati.

*Un altro vantaggio è stato che il farmacista tramite questo sistema, è oggi al riparo da tutte le riduzioni di prezzo imposte dallo Stato, visto che la remunerazione non dipende più dal valore del farmaco, ma è sempre la stessa.*

Con la RBP si sfrutta al meglio il potenziale di risparmio nel settore dei medicinali, mantenendo alta la qualità, dal momento che il farmacista deve dimostrare di essere un professionista nel suo settore.

Fino ad ora siamo riusciti ad evitare l'obbligo di dispensare il generico meno caro. Addirittura, come già abbiamo visto, se il medico prescrive il generico applichiamo le normali convalide, altrimenti, di fronte ad una prescrizione dell'originale, se convinciamo il cliente a sostituirlo con il generico, prendiamo un onorario.

La proliferazione dei canali paralleli rimane costante. Anche l'invio postale dei medicinali, con il margine basso non suscita più grande interesse.

Infine, il nuovo sistema di remunerazione ha gettato le basi per creare, con lo Stato e le assicurazioni, il managed care, ossia reti di cura integrate, sul modello di quelle americane e inglesi dove il paziente ruota nel sistema medico costituito da medici specialisti, cliniche, ospedali, farmacie. Speriamo di riuscire a entrare in questo sistema, perché fino a pochi anni fa la politica si dimostrava poco favorevole.

L'evoluzione del nuovo sistema remunerativo è avvenuta per gradi. Nel 2001 è stata introdotta la RBP I. Nel 2004 sono stati attuati alcuni cambiamenti che hanno dato vita alla RBP II (le assicurazioni ogni due anni disdivano il contratto per rimettersi al tavolo a negoziarne di nuovi). Tra i cambiamenti effettuati, il cambio della terminologia sullo scontrino da "tasse" a "tariffe" e l'adattamento del valore delle prestazioni RBP.

Nel 2006, con la RBP III, i farmacisti hanno cominciato ad essere al riparo dagli attacchi delle associazioni dei consumatori, che non hanno più argomenti per contraddire il lavoro dei farmacisti. Con il passaggio alla remunerazione basata sulle prestazioni, per esempio, la pillola del giorno dopo è diventata di competenza del farmacista. È un farmaco che non ha obbligo di ricetta e viene fornito dopo un piccolo consulto con il farmacista.

Nel 2010 avremo la quarta versione della RBP. A fronte della riduzione del margine, Pharmasuisse

Evoluzione delle quote parti medicinali soggetti a RBP in Mio di CHF e in % dal 2002 al 2008							
Le assicurazioni malattia pagano a farm.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totale	1'953.2	2'306.7	2'143.7	2'160.8	2'180.9	2'318.7	2'355.1
Allo Stato iva	48.9	40.2	51.4	51.5	51.5	54.2	54.0
Al fabbricanti	1'258.7	1'786.5	1'351.3	1'410.0	1'537.6	1'471.3	1'559.5
Alta grande distribuzione (grossisti)	82.7	96.3	104.8	105.8	104.7	110.3	115.3
Al Farmacisti logistica & infrastruttura	407.0	407.3	424.0	420.7	418.7	433.7	461.4
Al Farmacisti prestazioni farmaceutiche	161.7	167.4	171.0	171.3	174.2	179.0	185.7
Alle Farmacie (Totale)	577.0	574.7	593.9	592.0	592.3	623.2	647.1

Le assicurazioni malattia pagano a farm.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Allo Stato iva	2.5%	1.7%	2.4%	2.4%	2.4%	2.3%	2.3%
Al fabbricanti	63.3%	77.1%	62.6%	65.3%	69.1%	63.5%	66.2%
Alta grande distribuzione (grossisti)	4.2%	4.2%	4.9%	4.9%	4.8%	4.8%	4.9%
Al Farmacisti logistica & infrastruttura	20.9%	17.6%	19.7%	19.5%	19.0%	19.5%	19.6%
Al Farmacisti prestazioni farmaceutiche	8.3%	7.3%	8.0%	7.9%	7.9%	7.8%	7.9%
Alle Farmacie (Totale)	29.5%	24.8%	27.8%	27.4%	27.7%	27.6%	27.6%

Evoluzione delle quote parti medicinali soggetti a RBP indicizzato dal 2002 al 2008							
Indice base 2002							
Le assicurazioni malattia pagano a farmacie	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totale	100.0%	102.7%	108.2%	110.2%	102.4%	115.7%	120.8%
Allo Stato iva	100.0%	102.7%	108.2%	110.2%	102.4%	115.7%	120.8%
Al fabbricanti	100.0%	104.8%	112.3%	114.1%	112.3%	113.0%	124.2%
Alta distribuzione (grossisti)	100.0%	104.0%	112.3%	114.1%	112.2%	113.0%	124.2%
Al Farmacisti logistica & infrastruttura	100.0%	100.0%	104.1%	102.3%	102.7%	108.0%	114.1%
Al Farmacisti prestazioni farmaceutiche	100.0%	100.7%	101.3%	101.2%	102.7%	105.0%	108.0%
Alle Farmacie totale	100.0%	98.6%	103.3%	102.6%	102.7%	108.0%	117.3%
Sviluppo smercio medicinali soggetti RBP	100.0%	101.1%	101.3%	101.4%	102.0%	108.1%	113.3%

ha negoziato nuove prestazioni fornibili al cliente senza ricetta medica.

Per esempio un paziente polimedcato (che assume regolarmente almeno quattro farmaci prescritti dal medico) può chiedere una consulenza al farmacista riguardo alla terapia, alla posologia, alle controindicazioni e può fatturare all'assicurazione per due volte circa 50 franchi. Questo per i pazienti cronici è chiaramente un aiuto.

Con questa versione della RBP inoltre, il garante dei prezzi riconosce ufficialmente gli sforzi compiuti dai farmacisti per contenere la spesa globale dei farmaci.

L'adeguamento della RBP sta portando anche ad una continua correzione degli incentivi sul prezzo e sul margine. Parallelamente alla RBP ci concentriamo sulla richiesta di un riconoscimento ufficiale della nostra formazione continua. In Svizzera solo i medici sono obbligati ad aggiornarsi. Noi come Farmasistem abbiamo creato un titolo su base privata che vorremmo venisse riconosciuto ufficialmente. Abbiamo poi introdotto nelle farmacie un certificato di qualità QMS riconosciuto dalla Isas International.

Infine è stato attribuito al farmacista il ruolo di gatekeeper, ossia "la porta di entrata nel sistema sanitario". Il farmacista a cui si presenti un paziente, in base ai sintomi che rileva, può decidere se sia il caso di mandarlo da un medico o in ospedale, o se trattarlo personalmente tramite l'uso di medicinali. Per questo importante ruolo all'interno del sistema di managed care, il

farmacista deve essere remunerato.

*È lecito ora chiedersi quale sarebbe la situazione in Svizzera se non fosse stata introdotta la RBP. Sicuramente ci sarebbe stata una forte erosione dei margini.*

Avremmo avuto una proliferazione dei mercati paralleli, e addirittura importazioni di generici da Paesi come il Pakistan, l'India, il Bangladesh. Avremmo avuto accordi tra le industrie e le assicurazioni e la farmacia tradizionale non sarebbe più riuscita ad essere competitiva. Tutto questo a discapito della popolazione. È poi da valutare se ci sarebbe stata una reale riduzione della spesa farmaceutica.

*Grazie a questo nuovo sistema di remunerazione abbiamo ottenuto una rivalutazione della nostra professione.*

Abbiamo infatti un ruolo attivo come fornitori di prestazioni e non solo come commercianti o "distributori". Le prestazioni farmaceutiche sono ora ancorate alla legge, che fornisce così garanzie per il futuro. Questi interventi hanno inoltre contribuito a contenere la spesa sanitaria e a fornire alle farmacie la possibilità di offrire servizi di maggiore qualità.

Vi ringrazio e vi auguro col cuore, anche a nome di Pharmasuisse, di trovare la migliore soluzione alla vostra situazione.



Marcello Tarabusi  
Dottore commercialista

## Spesa farmaceutica e contesto *macroeconomico*



Marcello Tarabusi, dottore commercialista, ha analizzato la situazione economica delle farmacie nel nostro Paese. Per prima cosa, Tarabusi ha confermato che, nell'ultimo biennio, si è assistito ad un calo dei prezzi dei medicinali rimborsabili. La spesa sanitaria totale è leggermente diminuita dal 2007 al 2008. Confrontandola con quella di Spagna, Regno Unito, Germania e Francia, la spesa pro capite nel canale farmacia, in Italia è minore. I ricavi maggiori della farmacia derivano dai farmaci del SSN soggetti a sconto (49,3%). Il valore medio dei farmaci in relazione al prezzo al pubblico ha visto una crescita del 10,8% dal 2008 al 2009, con una crescita pari all'11,67% del margine. Non si può nascondere un dato di fatto: negli ultimi anni, mentre il costo della vita aumenta, in Italia il prezzo dei farmaci continua a diminuire. Nel 2008, solo il 13% della spesa sanitaria pubblica competeva alla spesa farmaceutica territoriale, a fronte di un 48% assorbito dagli ospedali al netto dei farmaci. Non si capisce quindi che senso abbia una riduzione delle spese sanitarie nel comparto che fa riferimento ai farmaci. Quello che ci vorrebbe è una razionalizzazione delle spese, più che l'ennesimo taglio dei fondi da destinare alla sanità. L'incidenza della dispersione nella spesa farmaceutica varia notevolmente da regione a regione. Per un comportamento virtuoso delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, si ha invece la maglia nera nel Lazio.

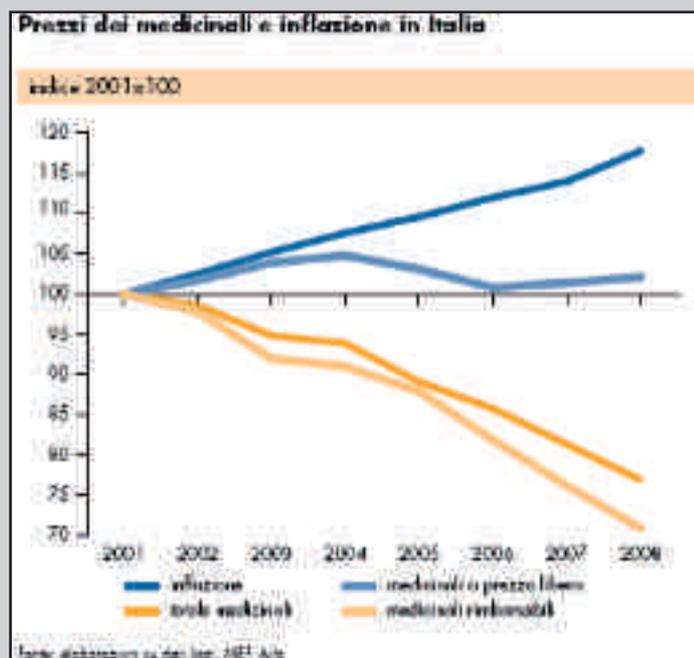
Il dottor Tarabusi ha presentato con dovizia di particolari i dati forniti dall'OCSE sulla spesa farmaceutica, così come quelli inerenti i prezzi ed i margini.

Un problema si intravede all'orizzonte: il possibile taglio del 3% sui margini del farmaco. Questo comporterebbe una diminuzione dell'1,99% sul margine globale.

Osservando l'andamento della crescita annua della spesa sanitaria pubblica nei principali stati europei tra il 1980 e il 1997, si nota che la velocità di crescita della spesa sanitaria pubblica ha superato ripetutamente quella del PIL. Tuttavia, dal 1993, questa tendenza si è invertita e, dal 1994, è risultata inferiore al PIL. Considerando l'andamento dei prezzi dei medicinali, notiamo che in Italia, dal 2001 al 2008, vi è un vistoso calo dovuto principalmente all'abbassamento dei prezzi dei farmaci rimborsabili.

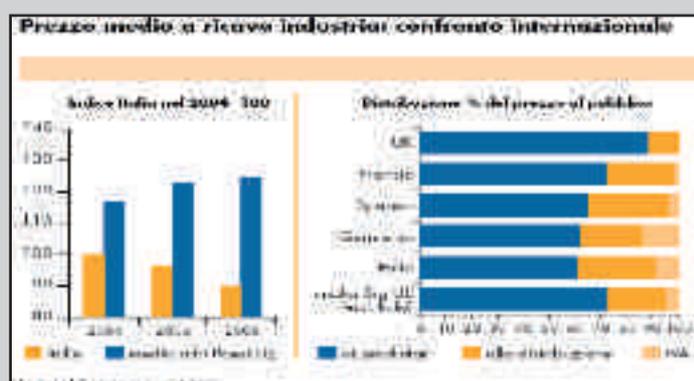
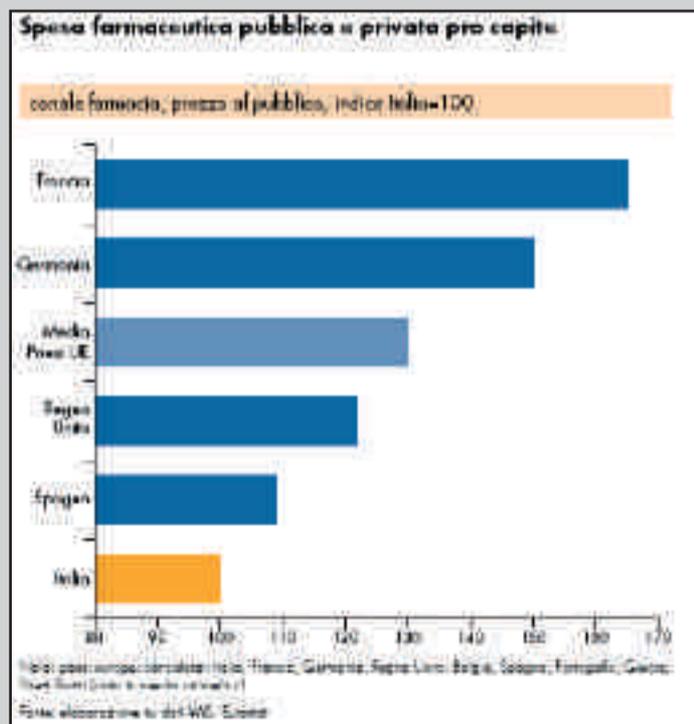
### Tav. 1

Confrontando la situazione italiana con quella degli altri paesi europei, si vede che in Italia la diminuzione dei prezzi e il tasso d'inflazione, sempre nel periodo 2001-2008, sono molto più elevati. Analizzando il quadro della spesa farmaceutica italiana, vediamo che l'andamento della spesa farmaceutica negli ultimi tre anni in Italia ha subito una riduzione per quanto riguarda la spesa convenzionata, mentre è cresciuta la spesa privata (crescita dovuta ai farmaci con prescrizione). Per quanto riguarda l'andamento della spesa totale, si è passati dai 19 milioni del 2006, ai 18 milioni del 2008). Ma è la spesa conven-



	2006	2007	2008	var % 2008/2007
Spesa totale	19.081	18.223	18.840	0,9
Spesa convenzionata (netto)	12.327	11.492	11.383	-1,0
Spesa privata	6.754	7.232	7.457	1,9
- Farmaci con prescrizione (*)	3.700	3.912	4.034	1,1
- SGR e STG (**)	3.054	3.320	3.423	0,6
- Totale	214	508	627	20,0

(\*) Farmaci con prescrizione (netto) e lista A rimborsabili (canale SSN netto)  
(\*\*) Azioni contro il GSC e polimerici



## RICALCOLIAMO LE QUOTE SUL LORDO IVA

	Netto IVA/Sconto	Lordo IVA/Sconto	% Sul lordo
SSN soggetto a sconto	49,3	58,09	50,57
SSN non soggetto	6,5	7,15	6,22
Altri OP non a carico SSN	10,6	11,66	10,15
Altri prodotti	33,6	37,97	33,05
Totale	100,00	114,87	100,00

...supponendo che lo sconto SSN pesa in media 3,51% sui ricavi netti IVA

(Fonte: Osservatorio)

5

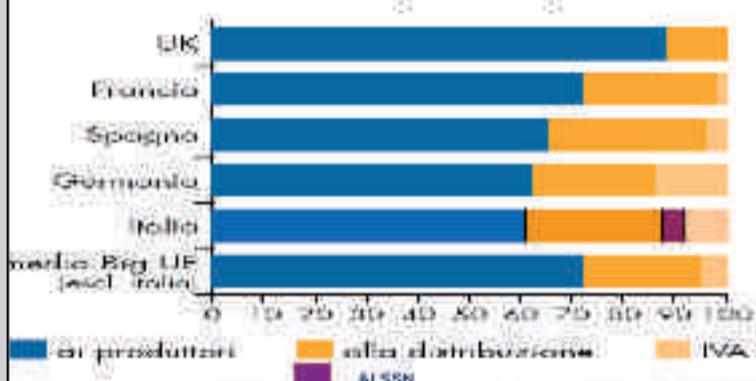
### L'attuale struttura dei margini di ricavo sui farmaci rimborsabili

prezzo al pubblico IVA inclusa (Euro)	% del prezzo al pubblico IVA inclusa spettante alla farmacia	summa in % di % dalla farmacia al SSN	% di ricavo spettante alla farmacia	% di ricavo spettante al grossista	% di ricavo spettante al produttore
<21,62	25,70	3,75	22,95	6,65	69,60
21,62-31,64	25,70	6,70	20,72	6,65	69,63
31,65-40,23	25,70	9,50	17,72	6,65	69,63
40,24-154,95	25,70	12,30	14,22	6,65	69,63
>154,96	25,70	16,00	7,70	6,65	69,65

(Fonte: Osservatorio)

6

### Distribuzione % del prezzo al pubblico



7

zionata che ha subito la riduzione, passando dai 12 agli 11 milioni. La spesa privata è una componente significativa della spesa totale. Quindi, la spesa convenzionata non rappresenta una fetta così contenuta della spesa totale. **Tav. 2**

Se facciamo un'analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata nelle sue varie componenti, vediamo che la spesa netta, fatto 100 il livello del 2001, si è mantenuta grossomodo allo stesso livello. Parallelamente, abbiamo assistito ad una crescita dei volumi, una crescita del tasso d'inflazione, e una riduzione del prezzo dei medicinali.

In realtà, il problema della spesa farmaceutica è che è l'unica spesa governabile. Infatti, mentre tra il 2001 e il 2008 la farmaceutica convenzionata ha subito una riduzione del 2,4%, le altre voci di spesa sanitaria sono cresciute del 54,6%, mentre la spesa totale sanitaria è cresciuta del 45,7%. Limitando l'analisi al periodo 2007-'08, la riduzione della farmaceutica convenzionata è stata del 1%, a fronte di una crescita della spesa totale sanitaria intorno al 6,7%.

La composizione della spesa sanitaria pubblica

nel 2008 è costituita per il 13% dalla spesa farmaceutica territoriale, per il 3% della spesa farmaceutica ospedaliera e per il resto dalle altre voci della spesa sanitaria. Verrebbe da chiedersi se queste altre voci siano davvero tutte incompressibili.

Analizzata brevemente la situazione italiana, vediamo ora di fare un confronto con gli altri Paesi europei.

Prendiamo in esame la spesa procapite in farmacia nei principali Paesi europei. Fatto 100 il valore della spesa procapite nelle farmacie italiane, vediamo che negli altri Paesi la spesa è maggiore, partendo dalla Spagna, per arrivare alla Francia, che presenta un valore del 60% in più rispetto all'Italia **Tav. 3**. In media, in Europa la spesa procapite nel canale farmacia è di circa il 25% in più rispetto all'Italia.

Confrontiamo adesso la spesa farmaceutica pubblica in farmacia dell'Italia, con quella degli altri Paesi. In termini di valori globali, Paesi come la Germania e la Francia presentano una spesa di molto superiore all'Italia (26 milioni per la Germania e 20 per la Francia). Ma, anche in ter-

mini di spesa procapite, l'Italia è inferiore a questi Paesi. In Germania, per esempio, la spesa procapite è di 326 euro, contro i 188 dell'Italia. La Francia spende 318 euro, il Regno Unito 211 e la Spagna 253. Anche l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in Italia (0,72%) è inferiore a quella degli altri Paesi europei. Del resto, il rapporto tra la spesa farmaceutica pubblica e il PIL in Italia, dopo il 1992, è sempre stato inferiore all'1%. Dobbiamo inoltre considerare che la crescita del nostro prodotto interno lordo non è detto che sia comparabile con quella degli altri Paesi europei. Quindi, questo dato è doppiamente significativo. Vediamo adesso l'incidenza della spesa sanitaria totale (comprensiva di tutte le spese inerenti la salute, non solo farmaceutica o pubblica), che è passata dal 7,7% del PIL nel 1990, al 8,2% nel 2003. Tuttavia, la dinamica di crescita di queste spese è equivalente in tutti i Paesi europei. Vediamo che, anche al di fuori dell'Europa, l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria totale è sempre più alta che in Italia e si aggira attorno all'8% del PIL, ad eccezione degli Stati Uniti, dove raggiunge addirittura il 16%. Ma sappiamo che in gran parte la spesa americana è a carico dei privati. Eccezion fatta per gli Stati Uniti, la componente pubblica in tutti gli altri Paesi è predominante. Dopo aver esaminato l'ordine di grandezza della spesa sanitaria complessiva e il suo rapporto con il PIL nei vari Paesi, vediamo di analizzare la questione dei prezzi e dei margini sul farmaco.

Analizzando il prezzo medio a ricavo dell'industria, vediamo che, fatto 100 l'indice in Italia nel 2004, quello della media degli altri Paesi europei è andato crescendo, a fronte di una diminuzione registrata in Italia. **Tav. 4**

Vediamo la distribuzione della marginalità lungo la filiera. Fatto 100 il prezzo del farmaco, vediamo come nei diversi Paesi varino le quote a favore delle industrie e della distribuzione. La parte più chiara del grafico è rappresentata dall'IVA, che in Italia è del 10%. Nel Regno Unito, la quota a favore del produttore è di circa l'80%, mentre in Italia (dove l'IVA è al 10%) e in Germania (dove l'IVA è al 19%) si aggira attorno ai 60%. A giudicare da questo grafico, sembrerebbe che alla distribuzione (e quindi anche alla farmacia italiana e tedesca) spettasse una fetta superiore a quella degli altri paesi. Ma è proprio così? Cominciamo a fare qualche ragionamento.

Consideriamo un campione di farmacia italiana, anche se, ovviamente, le farmacie non sono tutte uguali. Vediamo che, fatto 100 il totale dei ricavi, il 49,3% è il valore del fatturato soggetto a sconto, il 6,5% è il valore del Servizio nazionale non assoggettato a sconto, il 10,6% sono altri farmaci con obbligo di prescrizione, ma non a carico del Servizio sanitario nazionale, e il 33,6% sono gli altri prodotti.

Abbiamo considerato le percentuali sui ricavi al netto. Dobbiamo però tener presente che in Italia, oltre all'IVA, esiste una percentuale di sconto che la farmacia riconosce al Sistema sanitario nazionale e che pesa in media il 3,51% sui ricavi netti IVA. Quindi, ricalcolando il valore lordo, vediamo che le percentuali sul lordo diventano 50,57% per i farmaci SSN soggetti a sconto, 6,22% per gli SSN non soggetti a sconto e 10,15% per gli altri farmaci con obbligo di prescrizione. **Tav. 5**.

Possiamo così notare che il totale dei farmaci per il Servizio sanitario nazionale al lordo IVA costituisce il 65,24% del totale dei ricavi. Su questi, il valore dell'IVA è 5,93%, mentre lo sconto, come sappiamo, è del 3,51%. Il residuo che rimane alla distribuzione è 16,27% e alla produzione 39,53%.



Questi dati sono espressi in percentuale sul ricavo netto della farmacia. Ricalcolandolo in percentuale sul prezzo al pubblico al lordo dell’IVA, viene fuori che lo sconto incide per il 5,38%, mentre il 24,94% è quello che rimane alla distribuzione, e la produzione ne ricava il 60,59%.

La colonna di destra prende in considerazione tutti i farmaci con l’obbligo di ricetta, sia quelli dispensati in ambito SSN, sia gli altri.

Ed infatti, l’attuale margine sui farmaci rimborsabili è ben raffigurata dalla tabella prodotta dal CERN **Tav.6**, dove si calcola la percentuale spettante a tutti i protagonisti della filiera, in relazione alla fascia di prezzo del farmaco.

Quindi, riconsiderando il margine della distribuzione in Italia, tenuto però conto della quota riferita allo sconto SSN (in viola nella **Tav.7**), vediamo che il margine spettante alla distribuzione non è diverso da quello degli altri Paesi dell’Unione Europea. Questa è la tabella giusta da confrontare, per partire con dei ragionamenti che riguardino i margini della distribuzione. Quindi, sia gli sconti del sistema sanitario nazionale, sia l’IVA, sono elementi da tener presente quando si parla di margini.

Immaginando una riduzione dell’IVA al 4%, situazione che abbiamo avuto fino agli anni ’90, questa ridurrebbe l’impatto al 3,84%. Ciò significherebbe un risparmio mantenendo invariati in termini assoluti i margini della filiera. Questo, secondo me, è il primo punto da tener presente quando si prova ad immaginare un diverso sistema di remunerazione delle prestazioni dei farmacisti a favore del Servizio sanitario nazionale.

Analizziamo la possibilità che si passi ad un sistema misto di remunerazione.

Ci dobbiamo chiedere se questo rischia di portare la farmacia ad un modello low-cost, ovvero, un modello in cui si ha uno svilimento in termini economici per la farmacia.

Nel 2008, la media complessiva del valore di pezzo in farmacia è di 7,08€, il valore di margine medio unitario è di 2,17€. Sui farmaci con ricetta, invece, il valore medio è leggermente superiore a 8,58€, ed il valore medio del margine unitario è di 2,63€. Per i generici, abbiamo 3,08€ come valore medio del prezzo di confezione e 1,30€ come valore di margine. **Tav.8 e Tav.9**. Confrontando questi dati con quelli relativi all’anno 2009, vediamo che il valore medio generale è di 7,85€ e il margine unitario è di 2,34€. C’è stata quindi una leggera crescita. Sui medicinali con ricetta, il valore medio è risultato di 8,93€ e il margine unitario è di 2,58€. Questi sono valori di prezzo al pubblico e, quindi, non abbiamo l’incidenza dello sconto ASL o di altri provvedimenti. Complessivamente, quindi, abbiamo assistito ad un incremento di circa il 10% sul prezzo medio dei farmaci nel loro insieme, considerando anche i generici e i farmaci senza ricetta.

Andiamo adesso a vedere i margini: la crescita media è stata dell’11%. Praticamente, una crescita proporzionale. Questo deve fare riflettere perché, quando la crescita di questi valori unitari risulta proporzionale, significa che in valore percentuale il margine è diminuito, cioè che il farmacista non si è adeguato con rapidità all’aumento dei costi di approvvigionamento. A parità di incremento di prezzo al pubblico, il farmacista ha avuto una marginalità leggermente inferiore.

Cosa è successo? Parlando di farmaci senza obbligo di prescrizione, se una volta ragionavamo con una scatola in cui, per semplificare, era suddiviso il 30% per il farmacista e il 70% al fornitore, al momento della liberalizzazione, abbia-

### VERIFICHIAMO LE VARIAZIONI

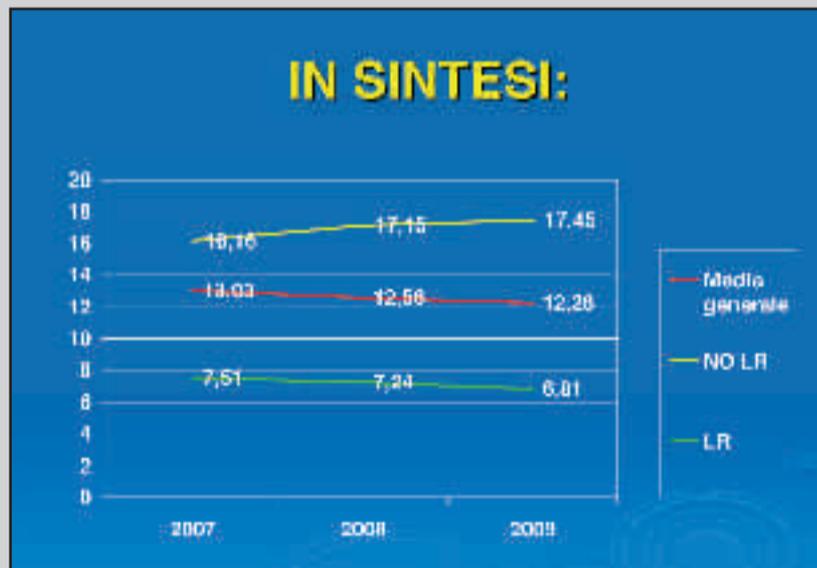
Descrizione	Valore pezzo 2008	Valore pezzo 2009	Var. %
Medicinali con ricetta	9,17	9,93	8,50
Altri prodotti generici	2,06	2,79	35,02
Medicinali senza ricetta: EOP e OTC	6,56	6,56	4,07
Prodotti cosmetici e di profumeria	10,10	10,32	2,24
Dispositivi medici: diagnostici, presidi	4,82	4,79	-0,61
Medicinali senza adempimenti	8,77	20,55	4,15
Altri prodotti per animali	6,04	6,39	4,07
Medicinali erboristici	8,91	10,00	0,92
Preparati galenici (macerati e officinali)	2,47	2,45	0,79
Prodotti per particolari regimi alimentari	4,07	4,35	6,44
Integratori alimentari	13,75	13,88	0,68
Prodotti specialità	11,82	12,71	4,92
Prodotti di specialità, sale e iniezioni	7,02	7,71	1,08
Altri prodotti	7,04	7,13	1,09
Prestazione di servizi	0,72	0,74	34,05
<b>TOTALE</b>	<b>7,08</b>	<b>7,85</b>	<b>10,88</b>

8

### ... ANCHE SUI MARGINI UNITARI

Descrizione	Margine pezzo 2008	Margine pezzo 2009	Var. %
Medicinali con ricetta	2,20	2,68	6,54
Altri prodotti generici	0,88	1,14	29,70
Medicinali senza ricetta: EOP e OTC	2,18	2,64	7,00
Prodotti cosmetici e di profumeria	2,68	2,74	4,18
Dispositivi medici: diagnostici, presidi	1,66	1,64	-0,90
Medicinali senza adempimenti	5,77	5,55	6,90
Altri prodotti per animali	2,89	3,02	4,74
Medicinali erboristici	3,00	3,18	9,97
Preparati galenici (macerati e officinali)	0,60	0,60	1,20
Prodotti per particolari regimi alimentari	1,11	1,18	6,51
Integratori alimentari	4,00	4,08	0,88
Prodotti specialità	1,48	1,48	2,58
Prodotti di specialità, sale e iniezioni	1,01	1,02	-0,55
Altri prodotti	2,28	2,28	-1,21
Prestazione di servizi	0,00	0,00	0,00
<b>TOTALE</b>	<b>2,17</b>	<b>2,34</b>	<b>11,07</b>

9



10

### CONCENTRAZIONE DI QUANTITÀ E VALORI

Categorie prezzi	anno 2007		anno 2008		anno 2009	
	N. farmaci	%	N. farmaci	%	N. farmaci	%
0-10	34,89%	21,11%	32,83%	23,32%	35,82%	27,88%
10-20	27,96%	28,81%	39,70%	22,82%	36,49%	16,74%
20-30	11,82%	22,07%	11,20%	23,30%	11,40%	22,44%
30-40	2,66%	2,81%	4,72%	4,98%	4,73%	4,84%
40-50	0,4%	1,07%	1,84%	1,31%	1,31%	1,31%
50-60	1,30%	1,87%	1,48%	1,83%	1,83%	7,37%
60-70	0,21%	1,95%	2,13%	1,70%	1,32%	1,79%
70-80	0,28%	1,99%	2,07%	2,21%	2,37%	2,41%
80-90	0,17%	1,10%	2,20%	1,28%	2,23%	1,77%
90-100	0,09%	1,22%	2,02%	1,19%	0,03%	0,24%
100-150	0,25%	1,20%	2,25%	1,25%	1,25%	2,07%
150-200	0,14%	1,20%	2,17%	2,69%	1,14%	0,21%
200-300	0,03%	1,03%	1,02%	1,07%	2,03%	0,21%
300-500	0,09%	0,77%	0,89%	0,87%	0,02%	0,02%
500-1000	0,02%	0,87%	0,02%	1,17%	0,02%	0,02%
oltre 1000	0,01%	2,97%	2,01%	1,70%	0,02%	0,24%
<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: elaborazione su dati PROMOFARMA

11

mo avuto in un primo momento la possibilità di fare degli sconti commerciali con quindi una diminuzione del valore del prodotto venduto, poi, la dinamica dei prezzi, come era inevitabile che succedesse, ha modificato l'andamento e non tutti i farmacisti sono riusciti ad adeguare il prezzo all'incremento del valore che ha avuto il costo di acquisto.

Allora, guardiamo come si sono mossi negli ultimi tre anni i farmaci distribuiti in regime di Servizio sanitario nazionale. Ripartendo la distribuzione per fasce di prezzo, il valore medio delle fustelle dispensate nel 2007 è di 13 euro. Sempre nel 2007, il valore medio dei farmaci presenti nella lista di trasparenza è stato di 7,51 euro, mentre per quelli fuori dalle liste di trasparenze di 16,16 euro.

Passando al 2008, il valore medio delle fustelle dispensate è stato di 12,56 euro, suddiviso in 7,24 per la lista di trasparenza e 17,15 per gli altri.

La situazione registrata nel 2009 ha invece visto la media complessiva essere di 12,28 euro, la lista di trasparenza di 6,81 euro ed il dato per i farmaci non presenti nella lista pari a 17,45 euro.

Quello che si osserva è che il consumo si è concentrato sui prodotti presenti nella fascia di prezzo a valore più basso. Di fatto, in questi tre anni, la scadenza di numerosi brevetti ha portato a questa situazione e, nei prossimi anni, questa tendenza è destinata ad aumentare. **Tav 10 e 11.**

*Giovanni Trombetta  
Dottore commercialista*

## Analisi delle possibili evoluzioni nel *modello italiano* e comparazione con altri sistemi europei



*Giovanni Trombetta, dottore commercialista, ha posto un quesito fondamentale: esiste un modello sostenibile per le farmacie, oppure siamo all'inizio della fine? Per rispondere a questa domanda, l'ultimo relatore della mattinata ha preso in esame i dati relativi ad una farmacia urbana, valutando l'impatto dello sconto SSN sull'utile lordo della farmacia. Questo è risultato essere pari al 29,62%. Questo significa che per un utile lordo di circa 474mila Euro, si avrebbe un recupero sconto intorno ai 56mila Euro. Una retribuzione del farmacista in base a schemi di proporzionalità al costo dei farmaci porterebbe a comportamenti poco virtuosi, perché incentiverebbe il ricorso alla vendita dei farmaci più costosi. Una retribuzione a forfait porterebbe ad un maggiore smercio di farmaci equivalenti più economici e con confezioni più piccole. Il sistema migliore per l'Italia che si evince analizzando i dati provenienti dal CERM vedrebbe un passaggio alla tariffazione a forfait, con un modesto correttivo su base proporzionale al costo dei farmaci.*

**L**a finalità del mio intervento è quella di provare a rispondere ad una domanda: "Siamo di fronte ad un nuovo Eden, o è l'inizio della fine?". Perché poi, in fin dei conti, dobbiamo metterci lì con la calcolatrice, per cercare di capire se esiste un modello sostenibile e, magari, confrontando con i modelli presenti in altre realtà quelli che possono essere gli indirizzi da prendere. Faremo delle presunzioni, tuttavia lo faremo sui preziosi dati forniti da Promofarma, che ringrazio sentitamente, perché ci ha consentito di fare dei confronti con gli altri modelli comunitari.

Io non so se il sistema attuale proporzionale, rispetto ad un sistema di tariffazione sulla dispensazione, piuttosto che misto, sarà meglio o sarà peggio. Tuttavia, vi posso dire come, prendendo altre realtà e trasferendole alla situazione italiana, siamo in grado di vedere in che maniera questi modelli potrebbero impattare economicamente.

### **Tav. 1**

Se noi prendiamo ad esempio una ipotetica farmacia con un ricavo al netto Iva di 1.600.000 e analizziamo la ripartizione delle vendite, vediamo che il 49,3% è verso il SSN. Sulla parte invece di etico non rimborsato, dove non si paga lo sconto ed è tenuto distinto per questo motivo, la ripartizione è del 6,5%. Abbiamo poi la fascia a margine tra la fascia C e ciò che viene venduto con ricetta bianca (10,6%). Poi, ci sono Sop e Otc e altri prodotti. Abbiamo calcolato, per determinare l'utile lordo su cui poi incide lo sconto, un utile lordo sui ricavi pari al 29,5% per i farmaci, e il 30% sugli altri prodotti, per arrivare ad un complessivo 29,62% di utile lordo sui ricavi. Se consideriamo gli sconti al SSN, vediamo che il margine scende al 26,7%. Tutto questo per comprendere che il margine di partenza non è quello che poi la farmacia incassa una volta completato il ciclo delle vendite.

In realtà le altre trattenute (Enpaf, sindacali e convenzionali) non interessano il nostro discorso perché nulla hanno a che vedere con il rapporto con il SSN, se non per un fatto di tesoreria.

Allora, vediamo che l'impatto dello sconto al SSN per la farmacia presa ad esempio è di 56 mila euro e l'utile netto scende dal 29,50% al 23,83% per i farmaci rimborsati e da 29,62% a 26,11% complessivamente, ovvero riferito a tutte le vendite della farmacia.

*Il dato  
su cui oggi dobbiamo focalizzare  
la nostra attenzione  
è quel 23,83% di utile netto  
che rimane per i farmaci dispensati  
in regime di SSN.*

### **Tav. 2**

Il Cerm, nel 2005, per primo ha ipotizzato la sostituzione del sistema della remunerazione su base proporzionale con un sistema a forfait, ovvero un tanto a pezzo. Secondo il Cerm, il sistema proporzionale è un elemento negativo, perché incentiva la commercializzazione dei prodotti più costosi. Non si capisce da dove queste considerazioni trovino riscontro, visto che il farmacista non può sostituirlo con uno a fascia più alta. Peraltro, tenendo conto della regressione del margine, non è nemmeno vero, visto che ci sono zone franche in cui passare a uno scaglione di prezzo è meno conveniente che vendere il prodotto a prezzo più basso.

La Cerm dice inoltre che la distribuzione dei farmaci comporta per la maggior parte costi di natura fissa. È normale che su parte della struttura ci



siano costi fissi, ma che tra questi debba rientrare anche la professionalità del farmacista non credo sia un discorso sostenibile. Poi, l'analisi continua dicendo che si tratta di costi indipendenti dalle caratteristiche del singolo prodotto, sia in termini di packaging, che di composizione chimica e di costo di produzione. Il Cerm conclude dicendo che il fatto che la remunerazione del capitale umano rientri tra i costi fissi non significa che il livello degli emolumenti non debba assumere livelli adeguati di professionalità. Questi aspetti diventano molto importanti perché, nell'evoluzione dei modelli di remunerazione europei, vedremo sempre di più che interviene la remunerazione dei servizi, ovviamente di natura professionale. La valutazione di tali servizi professionali non può essere effettuata partendo da un'analisi di struttura fissa.

*La professionalità del farmacista rimane la stessa sia che dispensi un farmaco, sia che fornisca un servizio, anche se viene considerato costo fisso soltanto nel momento in cui si occupa della dispensazione. Se non interveniamo subito su questa impostazione concettuale, nel sistema di remunerazione fissa un tanto al pezzo non potrà essere riconosciuto l'aspetto professionale.*

Il Cerm dice anche che, in effetti, il passaggio ad un sistema remunerativo a forfait o misto, ovvero aggiungendo ad un tanto al pezzo anche una moderata componente di retribuzione ancorata al prezzo del prodotto, è il sistema perfetto, anche perché mantiene alti gli incentivi a commercializzare i prodotti più economici. Inoltre, sgancia la remunerazione dalla dimensione della confezione, eliminando l'incentivo alla commercializzazione delle confezioni più grandi. Rimane il rischio, sempre secondo il Cerm, di veicolare sul mercato confezioni piccole, per massimizzare il numero degli atti di vendita. **Tav. 3.** Grazie poi alla ulteriore specificazione dei dati forniti da Promofarma, possiamo oggi fare una valutazione e vedere se gli studiosi del Cerm ci avevano visto giusto. Possiamo cioè tornare indietro nel tempo e vedere se un sistema di remunerazione un tanto al pezzo oppure misto avrebbe sortito effetti migliori.

Posso immaginare che, nel 2007, la farmacia ipotetica analizzata prima, per arrivare al fatturato SSN che abbiamo analizzato, abbia dovuto gestire un certo numero di prodotti (75370), numero ottenuto dividendo il fatturato per la media del prezzo prodotti Ssn. Se questa farmacia si fosse fatta rimborsare 3,50 euro a confezione dispensata, avrebbe portato a casa 263 mila euro in valore assoluto, in percentuale il 29,54%. Quindi, con un rimborso a pezzo di 3,50 euro, avrebbe guadagnato gli stessi soldi di prima. Mantenendo fissi i 3,50 euro, ma muovendo il trend di crescita del fatturato registrato nel corso degli anni successivi, il farmacista avrebbe guadagnato a valore qualcosa in più, tanto è vero che il margine sarebbe risultato del 30,65% nel 2008 e del 31,35% nel 2009. Quindi, nel momento in cui la distribuzione della spesa sanitaria si è concentrata sulle fasce basse, passando ad un sistema puro di remunerazione a pezzo, si sarebbe registrato un incremento.

### IMPATTO DELLO SCONTO SSN SULL'UTILE LORDO DELLA FARMACIA

	Farmacia Urbana	Farmacia Rurale Sussidiata
<b>Ricavi caratteristici</b>	<b>€ 1.600.000</b>	<b>€ 480.000</b>
- di cui verso SSN (49,3%)	€ 788.800	€ 236.640
- di cui verso SSN senza applicazione sconto - generico (6,5%)	€ 104.000	€ 31.200
- di cui farmaco senza rimborso SSN (10,6%)	€ 169.800	€ 50.880
- di cui SOP/OTC	€ 150.400	€ 45.120
- altri prodotti	€ 387.200	€ 116.160
<b>Sconto 1,662/96</b>	<b>€ 45.878</b>	<b>€ 3.550</b>
<b>Payback 0,8%</b>	<b>€ 4.746</b>	<b>€ 1.420</b>

1

### Sistema ITALIA

- Il gruppo dei farmaci rimborsati dal SSN (cui sono applicati i margini di legge) contiene quasi esclusivamente **prodotti etici**.
- La remunerazione spettante alla distribuzione è **espressa in percentuale del prezzo al pubblico al netto dell'IVA**.
- A livello farmacia esiste un **meccanismo di correzione** per dare regressività ai margini al crescere del prezzo ex-factory. Tale meccanismo si basa su **sconti** che il SSN richiede (e ottiene per legge) al farmacista all'atto della corresponsione della quota parte del prezzo non coperta da ticket.

2

### Le conclusioni del CERM

- Se l'Italia vuol mantenere schemi che regolamentino puntualmente i margini delle vendite, è auspicabile un passaggio alla tariffazione a forfait, con l'eventuale aggiunta di una modesta proporzione del prezzo.
- Attenzione però! Affinchè tale riforma espliciti appieno le sue potenzialità, essa deve essere un punto di forza di una agenda più ampia di interventi per l'apertura al mercato della distribuzione dei farmaci.
- Infatti in presenza di limitazioni della concorrenza o di "colli di bottiglia", l'avvicinamento al benchmark potrebbe addirittura generare effetti negativi, con incentivi a veicolare sul mercato confezioni piccole anche quando subottimali e a massimizzare il numero degli atti di vendita.

3

*Pertanto,  
non dobbiamo vedere  
il passaggio da un sistema proporzionale  
ad un rimborso fisso come un qualcosa  
di negativo in assoluto.  
In realtà, se il sistema ipotizzato  
fosse stato introdotto,  
le farmacie  
ne avrebbero beneficiato.*

Diversi fattori concorrono per fare ritenere il momento favorevole per discutere di queste tematiche. Anzitutto, da quando, nel 2001, è stata introdotta la distribuzione diretta, si è passati sempre più alla distribuzione per conto. Poi, ci sono le nuove tendenze comunitarie, la parziale liberalizzazione del canale e il peso dei generici. Questi sono gli elementi che renderanno il sistema proporzionale sempre più inadeguato e porranno sul tavolo della discussione l'ipotesi del rimborso fisso.

**In Spagna** un sistema di remunerazione mista è stato introdotto nel 2008. Facendo la stima in base ai dati di dispensazione registrati in Italia, vediamo che con il sistema spagnolo noi guadagneremmo il 23,83%, mentre il farmacista spagnolo continua a guadagnare il 26,75%. Questo dipende dal fatto che il sistema Italia non è un sistema che premia i farmacisti, come emerge dalla relazione del mio collega Tarabusi.

**In Francia** nel 2004 riformano il sistema e hanno un sistema a scaglioni con remunerazione in percentuale sul prezzo. Prendendo il sistema francese e applicando i dati di vendita italiani, si ottiene che con il sistema francese avremmo guadagnato qualcosina di meno.

**In Germania** nel 2006 è stato introdotto un sistema misto con una scalettatura dei prezzi molto complessa. La loro remunerazione, che è composta da un tanto a fustella, un tanto a mark up fisso e un tanto a mark up variabile, porta un numero che, se traslato al modello Italia, risulta decisamente superiore (54,94%). Quindi, si ha una redditività molto maggiore.

**In Grecia** nel 2006 hanno introdotto un sistema di parziale aggiornamento e definiscono un percentuale fissa piuttosto alta, del 35%. Alla fine, pur avendo dei fatturati modesti anche perché hanno una farmacia ogni 1198 abitanti, guadagnano più di noi.

**In Irlanda** nel 2009 è stato introdotto un sistema fisso per scaglioni di confezioni vendute, quindi anche loro sono passati ad un sistema di remunerazione a pezzo. Questo sistema porta ad una remunerazione del 32,97%, quindi, anche in questo caso, il modello irlandese, riprodotto portato in Italia, porterebbe ad una remunerazione più alta del 9,14%.

**In Danimarca** il passaggio ad un sistema di remunerazione fisso per scaglioni di confezioni vendute è avvenuto nel 2006. Qui, il rapporto farmacie-abitanti è di 1 a 18835. Applicando in Italia il sistema danese, la redditività sarebbe maggiore del 7,95%.

**Nel Regno Unito** l'introduzione del sistema misto, con un fisso per prodotto e rimborso in percentuale per ricetta, ha avuto luogo

nel 2005. Però, la remunerazione dei servizi avviene con dei protocolli. In Inghilterra, esistono servizi base, servizi advanced e servizi enhanced. Nei servizi base abbiamo una buona comparabilità con i servizi fatti attualmente in Italia, per i quali, però, si è pagati per formare il personale interno alla farmacia. I servizi advanced sono, per esempio, la presa in carico di protocolli per smettere di fumare, sostanzialmente i servizi di primo livello, poi ci sono i servizi enhanced, che non sono regolamentati a livello nazionale, bensì locale, ed è presentata una ulteriore forma di remunerazione, in base ad accordi territoriali, come per esempio i protocolli per la somministrazione del metadone. Nel Regno Unito, al di sotto di determinate soglie, non c'è remunerazione, ovvero, questi servizi non vengono pagati. Non tutte le farmacie possono garantirsi servizi enhanced e vi è una grande distinzione tra farmacie con grandi fatturati e piccole farmacie. Nel complesso, il sistema della remunerazione inglese è poco premiante: 13,58%, contro il 23,83% italiano.

Insomma, questi paragoni dimostrano che il farmacista italiano, con i sistemi presenti negli altri Paesi europei, continuerebbe a guadagnare di meno.

Dando uno sguardo ai margini dei grossisti, e qui devo ringraziare Giancarlo Esperti, che mi ha aiutato molto con il suo lavoro fatto sul contesto europeo. Considerando che la variazione di un solo punto percentuale sui volumi trattati comporta delle differenze consistenti, possiamo notare che non esistono grandi difformità.

C'è un modello che, però, avrebbe un impatto fortemente dannoso: quello della distribuzione per conto generalizzata. Immaginate che la dispensazione per conto regolamentasse l'intero sistema di convenzione con il SSN. E' un paradosso, ma serve per capire il punto di caduta del sistema. Immaginiamo che questo sistema remunerasse il 30%, quindi di più di quello attuale. Allora potremmo, scioccamente, dire: il margine cresce e rimane fermo sul 30%, allora posso andare a guadagnare di più. In termini di utile di bilancio, non trovo valori differenti, in effetti. Però, troveremmo un disastro nei bilanci delle farmacie italiane e, quindi, a seguire, in quelli dei distributori intermedi e di tutti i partner finanziari che oggi accompagnano la farmacia privata. Infatti, l'adozione di questo meccanismo comporterebbe grandi difficoltà economiche alla farmacia, anche quelle con patrimonio netto positivo. Se, invece, il patrimonio netto è negativo già in partenza, coperto con indebitamento bancario e dilazioni di pagamento dei fornitori, il rating della farmacia scenderebbe di cinque classi.

Considerando invece una farmacia con patrimonio a zero, che ha però investito in immobilizzazioni materiali, magari accendendo un mutuo, un sistema di remunerazione che non rimborsasse più l'intero prezzo del farmaco, ma solo una percentuale, porterebbe ad una riduzione di 15 classi di rating. Quindi, una farmacia che oggi è virtuosissima, ma ha un mutuo, sarebbe fortemente in difficoltà.

Nessuno oggi ha mai parlato di un sistema di distribuzione per conto generalizzato. Tuttavia, questi esempi servivano per dire che nel momento in cui si arriverà ad una trattativa col Sistema sanitario nazionale, dobbiamo far notare che se la dpc cresce, le difficoltà economiche per la farmacia aumentano.

Ho accennato prima a quanto per me sia inaccettabile definire la professionalità del farmacista come un costo fisso.

*Il fatto che la componente umana rientri nei costi fissi non vuol dire che il livello degli emolumenti non possa o debba assumere nel complesso livelli adeguati di professionalità. Ma quanto pesa, dunque, la professionalità?*

Prendiamo un farmacista con 14 anni di anzianità. Noi siamo abituati a valutare il costo in termini annui che, al netto delle festività, costa circa 41 mila euro all'anno. Dividendo questa cifra per il numero di mesi o, addirittura, ricavando il costo giornaliero o il costo orario, ottengo un costo al minuto di 0,44 euro. La ditta che manda il tecnico del computer come calcola la sua tariffa? Considera il costo orario del tecnico e ricarica del 100%.

Quindi, nell'area dei servizi, il costo orario viene mediamente raddoppiato. Così, per un farmacista che costa 26 euro all'ora, il suo lavoro dovrebbe essere tariffato dalla farmacia a cui prestasse la sua opera 56 euro all'ora.

Anche considerando di non voler aumentare il costo al minuto del 100%, ma solo del 66%, che è il minimo, il lavoro del farmacista non può essere retribuito meno di 70 centesimi al minuto. Questo è il mio auspicio per il futuro, ovvero, che la professionalità del farmacista, anche quando si parlerà di servizi, non dovrà essere inferiore ai 70 centesimi al minuto, se volgiamo garantire la sostenibilità delle farmacie.



Roma 17 ottobre 2009

# Tavola rotonda

moderatore Roberto Tobia, vicepresidente Utifar



Andrea Mandelli, presidente Fofi  
Annarosa Racca, presidente Federfarma  
Emilio Stefanelli, vicepresidente Farindustria  
Carmelo Riccobono, presidente ADF  
Venanzio Gizzi, presidente Assofarm  
Gaia Sorrone, segretario generale di Assogenerici  
Paolo Tagliavini, presidente Federfarma Servizi

**R. Tobia:** Buon pomeriggio a tutti e benvenuti a questa tavola rotonda nella quale, in compagnia dei nostri graditi ospiti, responsabili rappresentativi del mondo della farmacia italiana e della filiera del farmaco, che ringrazio per la loro partecipazione, discuteremo i temi argomento del nostro convegno, che costituiscono, a mio parere, un punto di partenza per il futuro della farmacia italiana, in un momento nel quale una lettura sul futuro dell'azienda farmacia e della professione, appare alquanto difficile da individuare.

Come spiegava Marcello Tarabusi nella mattinata: "Prima di decidere bisogna comprendere". Per affrontare un cambiamento bisogna infatti conoscere e valutare bene tutti gli aspetti della questione. Dibattere di remunerazione per la professione di farmacista è certamente difficile, perché vuole dire mettere in discussione l'attuale sistema legato esclusivamente ad una percentuale sul prezzo del farmaco, ipotizzando un cambiamento che leghi, in un sistema diverso dall'attuale, questa percentuale all'atto professionale che il farmacista svolge con la dispensazione, riconoscendogli quindi un onorario professionale. Ma questo cambiamento è necessario per la farmacia italiana in questo momento?

**A. Mandelli:** Credo sia necessario fare un tagliando a questa "macchina" che è il comparto farmaceutico italiano. Di fronte a tutte le evoluzioni in corso, non possiamo limitarci a dire che la farmacia sta cambiando: è già cambiata, almeno in parte. E' importante però essere protagonisti di questo cambiamento. In effetti, quella della remunerazione è una questione importante.



**A. Racca:** Personalmente, sono molto contenta del lavoro che stiamo svolgendo insieme in questa giornata. Oltre ad una discussione interna e a decisioni condivise, è importante il confronto con la politica. Le misure di contenimento adottate per la farmacia vanno rivisitate insieme per dare vita a proposte nuove che rafforzino la farmacia nel suo importante ruolo.

**R. Tobia:** Certo, questa dev'essere la base per un progetto di rinnovamento, che preveda, oltre al possibile cambiamento del sistema retributivo, l'introduzione di nuovi servizi (recente decreto del Governo e sue limitazioni sull'interpretazione dell'art. 102 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie). In quest'ottica, che tipo di sistema di remunerazione potrebbe essere adottato? Per esempio il sistema misto ipotizzato nella mattinata?

**A. Mandelli:** E' stata fatta un'analisi del sistema farmacia, nel 2006 col documento "Palazzo Marini", avevamo individuato momenti critici nel futuro della farmacia che corrispondevano anche ad un cambiamento reale dello scenario: la popolazione che invecchia, la necessità di deospedalizzare i pazienti in tempi brevi, il quadro della situazione dei generici con il 95% delle molecole genericate tra il 2012 e il 2015, l'avvento di nuovi farmaci biologici ed il conseguente nuovo approccio del farmacista, con un'attenzione rivolta non solo alla dispensazione, ma anche alla somministrazione, al paziente. Considerando che in pochi anni il numero dei laureati in Farmacia è pressochè raddoppiato, per garantire uno spazio a tutti, è necessaria una sostenibilità del sistema.



**A. Racca:** Il margine della farmacia italiana deve essere mantenuto dignitoso, per riconoscere il servizio che svolge. Parliamo di una farmacia che è sempre di più una farmacia dei servizi e sempre di più tende ad avere strutture all'altezza dei servizi che offre.

Nel nostro lavoro di dispensazione dei farmaci, stiamo sempre di più soffrendo per i recenti cambiamenti. Un esempio sono tutti quei farmaci che non vengono più distribuiti dalla farmacia, ma vengono forniti con modalità diverse da regione a regione, da ASL ad ASL e da distretto a distretto. Per questo ci deve essere uniformità e un sistema che ripositioni la farmacia come protagonista della dispensazione del farmaco: un sistema che deve essere studiato insieme e posto all'attenzione dell'opinione pubblica e della politica. Non si possono accettare ulteriori tagli. Si deve arrivare ad una remuneratività che permetta investimenti; oltre che una tranquillità per la stabilità futura, perché l'attuale situazione, con i tagli ai prezzi, i tagli alla spesa farmaceutica, gli sconti, i pay-back, le trattenute varie, l'incremento della distribuzione diretta, hanno tolto alla farmacia energia vitale. Dobbiamo lavorare insieme per un sistema moderno che veda la farmacia sufficiente remunerata.

**R. Tobia:** Sì: le sfide sono tante ed economicamente impegnative, ma è necessario che siano comunque economicamente sostenibili. La farmacia, considerati gli attuali costi di gestione, se dovesse sostenersi con il solo apporto del SSN, stenterebbe a fornire il servizio primario della distribuzione del farmaco.

Il 2012 sarà un nuovo punto di partenza per nuova farmacia: scadranno molti brevetti.

Quale sarà quindi l'orientamento di Farindustria e Assogenerici?

**G. Sorrone:** Secondo il parere espresso dall'Antitrust sul cambio della remunerazione da proporzionale al prezzo del prodotto ad un importo fisso, si potrebbero evitare le distorsioni verificatesi sino ad ora. La scadenza dei brevetti porterà ad una continua erosione del prezzo dei farmaci. I farmaci generici avranno un notevole impatto sul mercato, quindi, per noi, il passaggio ad una nuova forma di remunerazione è positivo.

**R. Tobia:** In Italia, rispetto al resto d'Europa, vi è una minor diffusione dei farmaci generici. Qual è l'orientamento della Federazione degli Ordini riguardo alla posizione assunta dal Garante della concorrenza del mercato Antonio Catricalà; e quali possibilità di ampliamento della diffusione del generico ci sono in un sistema innovativo basato su una nuova forma di remunerazione?

**A. Mandelli:** Rispetto al documento dell'Antitrust si è già espresso il vicepresidente di Fofi nel corso della mattinata (N.d.R.: vedi intervento Senatore d'Ambrosio Lettieri). Come Fofi, abbiamo fatto girare una circolare dove veniva esposto lo scenario profilato da Catricalà. Il Governo dovrà tener conto della documentazione prodotta. È necessario monitorare l'evoluzione della situazione con la massima attenzione.

Per quanto riguarda il generico, il ruolo del farmacista è fondamentale, ed è infatti premiato con una percentuale superiore per l'atto professionale. È il farmacista che è in grado di intervenire nella scelta del cliente, portando l'attenzione dal farmaco di brand a quello generico.

Il farmaco generico cambia in rapporto col problema economico. I prezzi italiani, diversi da quelli europei, calano e sono destinati a calare sempre più velocemente.

**E. Stefanelli:** Il nostro rapporto con il sistema delle farmacie in Italia garantisce un ottimo servizio.

Ora è il momento di definire bene i costi del sistema di distribuzione, partendo dall'industria. Vanno inoltre valutati attentamente anche gli altri costi sanitari (non solo costi diretti e indiretti del farmaco).

Vi è poi un'altra questione. I margini devono andare almeno verso il sistema misto, se non addirittura verso il fee for service [N.d.R.: pagamento per il servizio], perché nel tempo saranno sempre meno i nuovi prodotti brevettati. Certi prodotti sono di nicchia, destinati più al mercato ospedaliero, che a quello farmaceutico. Il rischio è quello che i clienti premano sul prezzo del prodotto e quindi l'industria farmaceutica non abbia più i margini per continuare l'informazione scientifica. Anche l'industria del generico corre dei rischi, perché, se si trasforma il farmaco in una commodity, le farmacie non riusciranno più ad entrare economicamente nel sistema.

**R. Tobia:** Quali scenari futuri prospetta Federfarma in un passaggio da un sistema di remunerazione percentuale ad un onorario professionale? Quale modello per l'Italia? Più simile a quello francese o a quello tedesco?

**A. Racca:** E' normale che questi cambiamenti creino timore e rappresentino un'incognita, soprattutto in un momento in cui c'è poca disponibilità

di risorse, anche se il Patto della Salute dice che il 55% delle risorse va alla territoriale ed il 45% all'ospedaliera.

Ci vuole coraggio per affrontare questo cambiamento. Coraggio che abbiamo già dimostrato con la normativa dei servizi. Abbiamo dimostrato che i costi sanitari di altri settori che non riguardano il farmaco sono aumentati, mentre quelli della farmacia sono sempre contenuti.

L'Antitrust prevede un modello fee for service. Io credo che però debbano essere considerate anche le istanze del farmacista.

Mi auguro che questo lavoro confluisca in una proposta di cambiamento difficile ma da affrontare con coraggio, che porterà alla territoriale, quindi ad un'assistenza farmaceutica del territorio, che garantisca alla farmacia la dignità di un grande servizio per il Paese.

**R. Tobia:** I costi della farmaceutica sono contenuti perché sono gli unici controllabili. Sono gli unici sui quali il servizio pubblico possa agire. In un ipotizzabile scenario futuro, la distribuzione per conto di farmaci pht dovrebbe rientrare nell'ambito ristretto della distribuzione territoriale attraverso la farmacia. E' questo uno dei punti all'ordine del giorno per Federfarma?

**A. Racca:** I recenti controlli ed indagini della Guardia di Finanza cercano di dimostrare che le ASL avrebbero dovuto andare verso un sistema di distribuzione diretta per risparmiare, senza considerare costi di gestione, distribuzione, scaduti, resi, e via dicendo. Noi stiamo lavorando per riuscire a dimostrare il contrario e per far capire che la farmacia è il canale giusto da seguire. Tuttavia, è difficile dimostrarlo perché non ci sono mai dati certi per verificare quanto vada speso attraverso le vie di distribuzione del farmaco.

**R. Tobia:** Immagino che questi argomenti siano oggetto di riflessione in fase di rinnovo della convenzione. Desidero chiedere al Presidente di Federfarma a che punto è la procedura di rinnovo.

**A. Racca:** Si deve cominciare dal momento in cui la normativa dei servizi è uscita e dà alla Sisac [N.d.R.: Struttura interregionale sanitari convenzionati] il compito di occuparsi della nostra convenzione. Spero di festeggiare presto una nuova convenzione con una marginalità corretta, con una farmacia del territorio e con la distribuzione dei farmaci in farmacia.

**R. Tobia:** Torniamo all'ipotesi di remunerazione. Il ruolo della distribuzione. Sentiamo le ipotesi formulate da Federfarma Servizi e da ADF.

**C. Riccobono:** Quelli affrontati oggi sono argomenti di fondamentale importanza anche per la distribuzione intermedia. Le sorti della distribuzione intermedia sono strettamente legate a quelle della farmacia.

È un dato estremamente positivo quello del raddoppio del numero di farmacisti negli ultimi anni, perché attesta l'importanza di questa professione nel panorama sanitario del Paese; quindi, se avvertiamo periodi di crisi e preoccupazioni circa le modalità con cui si esplica la professione, dobbiamo però dire che il dato di fondo è che la professione riscuote ampi riconoscimenti ed ha diritto di ben sperare per il futuro.

Per quanto riguarda i sistemi innovativi di remunerazione, credo che noi, come distributori intermedi, dobbiamo essere gli ultimi ad esprimerci, perché è vero che in farmacia, più che nelle nostre aziende, è prevalente l'atto della somministrazione e quindi l'atto professionale (dunque si possono prendere in considerazione sistemi alternativi rispetto a quello proporzionale), ma è anche vero che la farmacia non può non considerarsi azienda a tutti gli effetti. Le possibili ripercussioni di un sistema fee for service allargato sono che il fatturato possa essere fortemente decurtato, se non addirittura dimezzato, e una tale rivoluzione potrebbe minare alla base l'assetto delle singole farmacie, del sistema e della distribuzione intermedia. Esempio: negli anni '92 - '93, è bastato un 20% di fatturato in meno dovuto alle restrizioni apportate dal SSN ai prezzi e alle tipologie somministrate, per portare ad una crisi e ad un elevatissimo numero di farmacie che fallirono.

Il fatto che un rating della farmacia possa scalare al ribasso 15 posizioni è una cosa allarmante.

Non esiste settore in cui la remunerazione non sia legata al valore del bene erogato. Questo per dire che è vero che il farmaco ha un valore "etico", ma non si può prescindere da una remunerazione che sia pari al valore intrinseco del bene. Ad esempio, un farmaco di alto costo comporta responsabilità diverse, rispetto a quelle che comportano una semplice vendita dell'aspirina, e richiede al somministratore delle competenze e un'assistenza professionale maggiori.

Si deve quindi insistere nel riportare in farmacia il farmaco pht (ospedaliero), per restituire al farmacista la piena responsabilità e competenza culturale ed economica e perché questo corrisponderebbe alle necessità di risparmio e all'interesse pubblico del SSN.



**R. Tobia:** Stiamo parlando di un sistema che, cambiando, non potrà fare a meno di una quota sostanziale relativa oltre all'onere professionale, anche in percentuale sul prezzo del farmaco. Federfarma Servizi come si pone di fronte a questa ipotesi?

**P. Tagliavini:** Le nostre aspettative per questa ipotesi di variazione di prezzi sono strettamente legate alle nostre funzioni. Noi siamo vicini alle farmacie e dedichiamo loro un servizio molto delicato: forniamo farmaci che, in base alla legge, devono essere conservati e trattati e consegnati in una certa modalità. Le nostre strutture devono pertanto osservare una serie di normative, che portano a far sì che ci siano dei costi incompressibili, ma in continua espansione, per far arrivare il farmaco in farmacia nelle condizioni ottimali. Se si dovesse ipotizzare una remunerazione diversa dalla quota percentuale, per la nostra distribuzione ci sarebbero notevoli problemi. I problemi della distribuzione ricadono inevitabilmente sulla farmacia e, di conseguenza, sull'utente finale.

**R. Tobia:** Qual è la posizione delle farmacie comunali secondo il presidente di Assofarm?

**V. Gizzi:** Si tratta di temi già affrontati dalle farmacie comunali intorno al 2005, perché ci si era accorti che i canali di distribuzione erano troppi e bisognava rilanciare il ruolo della farmacia e ripartire con forza, facendo leva sulla tradizione e ribadendo con forza che la farmacia ha le sue radici nel binomio luogo-farmacista e, quindi, bisogna far tornare la farmacia ad essere elemento integrante nel Servizio sanitario nazionale. Dobbiamo fare i conti con un sistema di interventi legislativi che hanno sempre visto piano erodere i margini della farmacia stessa. Quindi, da un lato assistiamo all'erosione dei margini, dall'altro lato ad una legislazione che dice che si devono fare i servizi. Bisogna quindi ridare al farmacista il ruolo che gli compete effettivamente quale professionista della salute. Il ruolo della farmacia deve essere centrale e di riappropriazione delle attività, anche denunciando le contraddizioni in senso generale.

L'esempio di altri Paesi europei mostra che la remunerazione va in direzione di dare il giusto compenso per la diffusione dei farmaci generici. Al contrario in Italia i farmacisti hanno provveduto alla distribuzione dei farmaci generici che si sono visti penalizzati del famoso 1,4%. Dai dati e dalle riflessioni emerse in questa sede, credo si possa partire per un profondo ragionamento unitario per trovare le migliori soluzioni affinché la farmacia possa essere il punto di riferimento essenziale per i cittadini e possa avere le modalità e le risorse necessarie per svolgere la propria funzione.

**R. Tobia:** La farmacia ha un ruolo sociale fondamentale. Ha necessità di risorse e deve poter giustificare tutti quelli che saranno gli oneri relativi all'espletamento dei servizi. Realtà lontane dai grandi centri come le farmacie rurali soffrirebbero il passaggio ad un diverso sistema di retribuzione. Federfarma come si pone di fronte a questa questione?

**A. Racca:** La farmacia rurale è sempre il nostro fiore all'occhiello e continueremo a proteggerla e sostenerla. La normativa dei servizi non creerà, secondo me, diversi tipi di farmacia. Ogni Federfarma sosterrà le farmacie all'interno del proprio territorio. Le sfide da affrontare sono tante. Si parla ad esempio di ricette on-line, di tracciatura del farmaco, di sanità transfrontaliera, quindi di tante sfide competitive, ma dobbiamo cogliere di ogni cosa il buono per andare avanti.

La farmacia rurale è stata informatizzata e questo ci permetterà, anche nei confronti della classe politica, di portare avanti un sistema di rete collegato. Il sistema da definire deve dare alla farmacia una forza che garantisca continuità e stabilità. Si deve arrivare ad una convenzione che chiarisca i paletti dai quali non si possa trascendere.

**R. Tobia:** Tra gli effetti di una diversa remunerazione, è da considerare il fatto che la farmacia potrà vedere i fatturati variare di fronte ad un sistema di remunerazione diverso. Quali difficoltà si incontreranno in contesti in cui il ritardo dei pagamenti è conclamato nel tempo?

**A. Mandelli:** Le difficoltà sono quelle di cui abbiamo parlato sino ad ora, ma dobbiamo tener conto di un fatto importante, ossia che il cittadino è al centro di tutte le riflessioni, comprese quelle del Governo. Quindi, ogni sistema sarà pensato per essere sostenibile. Una proposta seria dovrà tener conto della sostenibilità del sistema e considerare anche la filiera del farmaco. Serve la volontà di aprire un dialogo, di ascoltarsi e avere una sintesi che possa scaturire in una proposta che il Governo possa valutare come proposta unitaria, perché, altrimenti, saremo deboli di fronte ad una politica già di per sé debole. Si devono trovare punti di riferimento, che siano Camera, Senato, Governo, che diano seguito alle nostre azioni. Se la nostra proposta

sarà unitaria, sarà più facile andare in Parlamento a far valutare la nostra idea. Attueremo la tattica della mediazione, per garantire il futuro di tutti.

**R. Tobia:** Restiamo sul problema dei pagamenti. Il passaggio ad un nuovo tipo di remunerazione creerebbe grandissime difficoltà alle farmacie già in difficoltà, soprattutto al Sud. Queste situazioni, che ci pongono di fronte a scelte di sopravvivenza, più che di investimento, impediscono al farmacista che vive in una situazione economicamente difficile e precaria di programmare il proprio futuro. In un'ottica di cambiamento, quali potrebbero essere le conseguenze?

**A. Racca:** *Credifarma* è la struttura di Federfarma che si occupa di sostenere le farmacie che affrontano ritardi di pagamento importanti. Forse, ultimamente, la situazione di alcune regioni del Sud sta migliorando, ma ne abbiamo ancora molte in sofferenza.

Il passaggio ad un nuovo tipo di remunerazione sarà lungo. Rimane importante aprire un dialogo su questo argomento. A noi spetta portare avanti proposte e studi da sottoporre poi alla classe politica. Dobbiamo essere, noi per primi, propositivi e non aspettare che ci piovano in testa decisioni prese dal di fuori, da persone che non conoscono il nostro mondo.

**R. Tobia:** Vorrei soffermarmi sulla nuova farmacia che nasce dalle proposte e dal decreto legge approvato dal Consiglio dei Ministri, per fare valutazioni insieme al presidente Fofi sulle proposte accolte dal consiglio nazionale del 25 giugno scorso sui nove punti all'ordine del giorno che costituiscono una rivisitazione chiara della professione e della farmacia. Vorrei quindi da Mandelli delle indicazioni chiare su queste proposte e un iter futuro su quella che sarà la farmacia del domani.

**A. Mandelli:** Devo fare una premessa doverosa: la Federazione dagli Ordini ha scelto un Comitato Centrale per affrontare i problemi importanti con la volontà di portare un contributo al dibattito e delle proposte fattive. Abbiamo riscontrato una grande adesione rispetto ai progetti del Comitato Centrale che si dimostra sia dal risultato elettorale strabiliante, che dall'adesione dei presidenti al Consiglio Nazionale. Noi abbiamo una proposta che deve guardare a 360° a tutta la farmacia italiana. La Federazione degli Ordini vive e declina al suo interno tutte le possibili sfaccettature della nostra professionalità e del ruolo che svolgiamo all'interno della società. Quindi, la nostra proposta, che è coraggiosa come tutte quelle proposte che sono portate in pubblico, non è un punto dogmatico, ma ha la volontà di aprire un dialogo per capire insieme quali sono le vie da prendere. La professione del farmacista deve tornare ad essere centrale in ogni sua applicazione. Abbiamo posizioni importanti per i colleghi che lavorano negli ospedali e abbiamo affrontato il problema della remunerazione dei collaboratori. Siamo di fronte a una farmacia nuova, la farmacia dei servizi, e pertanto è illogico pensare di legare ad un contratto commerciale chi lavora con noi e dà un servizio importante e riconosciuto come tale dal Servizio sanitario nazionale. Dobbiamo pensare a un contratto di sanità, ma con la volontà di ascoltarsi. Una nuova declinazione del contratto di lavoro per chi è in farmacia non vuol dire portare a livello dirigenziale tutte le persone che vi lavorano. Si tratta solamente di dare dignità a chi collabora in farmacia proprio per coinvolgere tutti in questa trasformazione. Alcuni punti approvati dal Consiglio Nazionale sono fatti nella logica di aprire un discorso di riforma globale, perché tutti devono essere portatori di un messaggio nuovo, ma tutti devono trovare soddisfazione reale all'interno del comparto. Questo, al di là della nostra ben nota volontà di fare chiarezza su quella norma che fa divieto per le professioni sanitarie di lavorare sotto lo stesso tetto confermando l'impossibilità del medico e del veterinario di lavorare in farmacia. La professionalità dell'infermiere o dell'ottico potrebbe essere un'altra interessante possibilità di sviluppo per la nostra professione. Si propone una rimodulazione del quorum più coerente rispetto alle necessità dell'Italia. Un quorum unico potrebbe essere una soluzione per trovare più armonia nella distribuzione delle farmacie rispetto a quella che già è ottimale. Nove punti, suggestioni o proposte per fare un dibattito importante che possa portare ad una proposta alternativa che ci dia stabilità.

**R. Tobia:** Le voci inerenti la prospettiva di una revisione dei margini (si parla di un taglio del 3%), non fanno altro che allarmare la categoria già per altro in ansia per i recenti provvedimenti. Presidente Racca, una rassicurazione in merito su queste voci che preoccupano i farmacisti.

**A. Racca:** Queste sono voci sulle quali poi ovviamente dobbiamo lavorare. Certamente è un'ipotesi inaccettabile. Quindi, siamo qua tutti per dire che invece dovremmo essere propositivi e pensare a nuovi sistemi. Il taglio del 3% sarebbe invivibile, perché già dobbiamo convivere con una remun-

nerazione del sistema sanitario farmaceutico che è quasi sotto zero. La questione del contratto di lavoro noi l'abbiamo finita l'anno scorso ed era rimasta in sospenso per anni. Quindi, abbiamo portato un aumento di remunerazione per i nostri dipendenti. Condivido le proposte che devono essere congiunte e vissute insieme e devono portare a un buon lavoro comune.

**R. Tobia:** Sicuramente la coesione per la difesa della nostra categoria è importantissima, ma vorrei sentire da Tagliavini e Riccobono come reagirebbe la filiera del farmaco o, meglio, la distribuzione, di fronte ad un'ipotesi di revisione dei margini?

**P. Tagliavini:** vorrei ricordare che si tratta di un'ipotesi e non di una certezza. Se però così dovesse essere, la situazione sarebbe sicuramente problematica, perché, a fronte di costi incompressibili che porterebbero a ritoccare l'operatività delle nostre aziende, avremmo un decadimento del servizio che ricadrebbe poi sulla farmacia che, conseguentemente, avrebbe poi problemi col cliente. Siamo disponibili ad un dialogo se non si parla di impoverimento del margine, perché, altrimenti, l'azienda correrebbe il rischio di riduzione del personale e della qualità del servizio.

**C. Riccobono:** Ribadisco anch'io il fatto che si tratti solo di un'ipotesi. Certo è che, se l'ipotesi diventasse reale, non potrei che essere d'accordo con l'idea di Tagliavini. I nostri costi sono già incompressibili, perché frutto di una agguerrita selezione sul mercato. I margini sono fissati per legge, ma su tali margini c'è sempre stata grande concorrenza e questo ha comportato tagli, dove possibile, da parte delle nostre aziende. Di conseguenza, i prezzi sono già stati ridotti al minimo. In questo momento, inoltre, godiamo di un costo finanziario importante, perché costi così bassi, storicamente, non ce ne sono mai stati. Dobbiamo però prevedere un'impennata di questi oneri, perché il sistema bancario provvederà a riprendersi con gli interessi quello che ha perso in questo periodo di crisi; quindi, dobbiamo aspettarci una corsa al rialzo, che sarà inversamente proporzionale alla discesa di cui abbiamo goduto. Sul piano finanziario, quindi, la situazione ci spaventa molto.

Altri costi operativi: le nostre aziende sono ormai fortemente automatizzate. Ad esempio, su 180/200 magazzini, 90 sono automatizzati. Questi 90, dislocati nei magazzini principali, costituiscono il 70% del fatturato. Quindi in termini logistici, credo che anche qui tutto il possibile sia stato fatto.

Si potrebbero tagliare le consegne, spesso pluri-giornaliere, ma questo comporterebbe comunque un danno, perché ridurrebbe il costo del distributore, ma aumenterebbero il peso e gli stoccaggi della farmacia. Le consegne pluri-giornaliere tendono a far lavorare la farmacia a magazzino zero.

Di conseguenza, sui costi non vedo dove si potrebbe scemare. Sul piano finanziario possono esserci solo peggioramenti. Quindi, anche noi, se dovessero presentarsi queste ipotesi di restrizione, dovremmo partecipare ad un dibattito, una trattativa, un confronto che faccia capire in quale direzione andare.

**R. Tobia:** Sarebbe assurdo che in una farmacia dei servizi, il servizio primario (che è quello di consegna del farmaco all'utente finale) dovesse essere ritardata a causa di una mancata consegna dovuta alla necessità dei distributori di diminuire il numero delle consegne giornaliere.

Ma, tornando sull'ipotesi, che speriamo non si realizzi, di una riduzione dei margini, il sistema della filiera rimarrebbe sostenibile?

**E. Stefanelli:** Questo aspetto per noi non è né positivo né negativo, se non per il fatto che un'eccessiva spesa farmaceutica può sfiorare o meno un tetto. Direttamente però non vi è nessun vantaggio o svantaggio per l'industria. Lo svantaggio eventualmente sarebbe dato dal non avere più da parte della distribuzione quell'eccellente servizio che dà oggi.

Valutiamo però il mondo del farmaco. Nel 2008, per la prima volta, nel Mondo, la primary care non avanza da un punto di vista economico. Gli incrementi di fatturato, che sempre ci sono stati, sono a zero; quindi dobbiamo pensare che, in futuro, il mercato di questo settore scenderà. Le drastiche riduzioni di personale ne sono un segnale forte. Gli investimenti in ricerca non forniscono più farmaci per la primary care, ed è per questo che molti stanno chiudendo. Quindi, questi aspetti sono da tener presenti nella nostra analisi.

In merito al fatto che i prodotti pht dovrebbero rientrare nella farmacia, dobbiamo ricordare che oggi i farmacisti fanno la distribuzione diretta con dei margini che a suo tempo sarebbero stati concessi direttamente, ma non sono stati accettati.

Per quanto riguarda invece il decreto Abruzzo (8% in più per i generici): voi avete diritto e secondo me è corretto che abbiate un margine maggiore sul prodotto che gestite voi. Avete avuto un 8% sui prodotti branded che non vi meritavate. Se è vero che oggi si sta rifondando la farmacia, di queste esperienze bisogna far tesoro e cedere su alcuni aspetti.

**R. Tobia:** Presidente, credo che una risposta sia dovuta.

**A. Racca:** La farmacia deve essere competitiva. Lo stato ti fa lavorare sei competitivo (es. generici). Non sono d'accordo con la legge 405, nè con Ctrialcà. La farmacia deve dispensare tutti i farmaci. Noi vogliamo distribuire farmaci in maniera competitiva per il Sistema sanitario nazionale. Il nostro sforzo deve essere questo. Non possiamo continuare a vedere l'abbattimento dei nostri margini; quindi, dobbiamo aprire un tavolo di confronto, rivedere il margine di distribuzione e lavorare insieme all'industria. Il prontuario ospedale - territorio è vecchio e dovrebbe essere rivisto. Dobbiamo dare al cittadino, che diventa protagonista, la facilità di trovare in farmacia servizi, ma, soprattutto, la distribuzione del farmaco. Dobbiamo arrivare ad un sistema condiviso dalla farmacia, l'industria e la distribuzione, e che porti risparmi al SSN. Lo stato potrebbe eliminare strutture di grandissimo costo impiegando le persone in servizi più utili.

**R. Tobia:** Tornando a quanto detto dalla Dott.ssa Racca in merito ad un percorso condiviso nel rinnovamento della nuova farmacia, l'Associazione delle Farmacie Comunali che ruolo conta di avere in questo nuovo percorso?

**V. Gizzi:** Il progetto condiviso è un'idea da cui possiamo trarre beneficio tutti, ma solo nel momento in cui saranno disponibili i conti della distribuzione diretta, perché sono convinto che di fatto la distribuzione diretta non porti nessuna economia, perché, accanto ai bilanci di natura economica, ci sono anche i bilanci etico-sociali. Nel momento in cui saremo in condizione di avere dalle regioni un bilancio completo di quello che porta la distribuzione diretta, potremo proseguire in riflessioni che dovrebbero andare sul tavolo delle convenzioni col SSN. Quindi, bisogna riordinare da un lato il piano economico e quello etico-sociale al fine di stabilire una convenzione, dall'altro mettersi al riparo dagli assalti.



## Dibattito

### Interventi del pubblico

**G. Trombetta:** Nelle prime gare della 405 per la distribuzione diretta, l'industria è scesa con dei ribassi d'asta del 60-70%. Secondo me, quando un sistema inizia ad andare in crisi sul prodotto, quello che si attacca è la distribuzione, ma dire che se il mercato non cresce è un problema del distributore non mi convince, perché, se è il sistema ad andare in crisi è la produzione che a monte paga il vero prezzo della decadenza della linea distributiva.

**A. Ambreck, ex presidente Federfarma:** Mi rivolgo al Dr. Stefanelli. Al di là di alcuni errori comportamentali di alcuni nostri rappresentanti nei confronti di Farmindustria, devo ricordare che alcuni errori li avete commessi anche voi: primo, la divisione al vostro interno: prima, multinazionali, poi, nazionali, poi, con i famosi sconti che arrivavano al 70-80%. La 405 è passata con il vostro placet: questo è innegabile. Questo, però, non deve far dimenticare il futuro. A Samarcanda l'industria farmaceutica ci arriverà nel 2013. Perderete il 40% o più di fatturato, ma, se lo perdete voi, lo perdiamo anche noi. L'aspetto però che dimenticate è che noi siamo responsabili di un servizio farmaceutico sul territorio fatto in modo coerente e dignitoso. Abbiamo subito la 405, Bersani, Storace (sconti sul parafarmaco e sull'otc), l'apertura dei corner e delle parafarmacie, l'1,4% e adesso arriva il discorso del 3%. Il 50% delle farmacie italiane vive e sopporta la situazione economica disastrosa proprio sulle dilazioni di pagamento e sugli oneri finanziari a cui voi grossisti rinunciate. Se salta questo 3% cosa succede? Questa è la realtà che viviamo noi come farmacisti. Non è un problema 2013. E' un problema 2009, come Fazio ha confermato in "About Pharma", dicendo che i farmacisti hanno avuto i servizi, ma non devono dimenticare che è stato sottoscritto un accordo per 800 milioni di euro di cui 280 derivano dall'1,4% e 520 dal famoso 3% di sconto. Il 3% è stato sottoscritto nel luglio scorso per un totale di 800 milioni ed è questo che le Regioni vogliono.



**S. Sparacio, direttore ADF:** Condivido l'appello della presidente Racca di lavorare insieme. Noi parliamo sempre di filiera del farmaco, ma la filiera del farmaco è un'invenzione. Abbiamo sempre lavorato nel settore farmaceutico alcune volte in maniera congiunta, ma il più delle volte in maniera competitiva e indipendente. L'industria ha perseguito legittimamente i propri obiettivi. La farmacia ha perseguito i propri disegni. La distribuzione intermedia ha perseguito la propria visione, ciascuno nell'ambito del proprio interesse particolare. Credo che forse un'occasione come quella di oggi, importante ed interessante, debba indurre tutti noi ad uno sforzo coraggioso, ossia quello di creare e istituzionalizzare una vera filiera del farmaco, cominciando non nel 2013, ma nel 2009, a costituire un comitato di coordinamento e di crisi che esamini i problemi, raccolga i materiali, che stabilisca in maniera unitaria e compatta e condivisa i contatti a livello politico e amministrativo per portare avanti un discorso in direzione dell'interesse complessivo del bene farmaco, del nostro lavoro e della nostra professione.

**Sbarigia, farmacista titolare**

Vorrei riportare la discussione su di un piano un po' più concreto, sempre nell'ambito della gestione economica. Questa potrà essere implementata o diminuita, in base ad una riduzione a pezzo o percentuale, ma il problema, secondo me, è che la farmacia, ora, ha delle grosse difficoltà a determinare i costi. Ciò deriva dal fatto che attualmente non si ha la potenzialità di saper utilizzare al meglio i gestionali, che non offrono i servizi necessari. Questo accade ad esempio perché determinati grossisti non passano i costi, oppure perché la bolla elettronica non è ancora in essere, con l'industria farmaceutica che tarda il momento di metterla in atto, magari trincerandosi dietro scelte aziendali. In questo modo, per la farmacia, l'acquisizione dei costi diventa un onere elevato, perché occuparsi della verifica dei costi della merce è un lavoro estremamente impegnativo sia da un punto di vista di tempo, che di conoscenze.

Passando all'ambito della Farmacia dei servizi, ritengo che sarebbe un'ottima cosa, ma, nella realtà, è ancora una cosa un po' fantasiosa. Conseguenza di tutto questo sono le grandi difficoltà. Queste non nascono solo perché Federfarma Roma non è d'accordo su alcune cose, ma anche perché le stesse Istituzioni non sono realmente convinte di far partire la farmacia dei servizi. A conferma di questo posso portarvi l'esempio del Lazio, dove le prenotazioni di visite specialistiche in un progetto in collaborazione con la Regione sono partite con un programma che non funziona, che è una riduzione di quello che viene dato ai Cup. La comunicazione con Federfarma e Federazioni provinciali, inoltre, non funziona.

**A. Racca:** La Farmacia dei servizi è all'inizio. Si deve lavorare su vari aspetti di questo progetto. L'aspetto importante è che si porterà la farmacia dei servizi in tutta Italia. Sono convinta che ce la faremo con il nostro impegno. Mi rendo conto che costi, gestionali, bolle elettroniche, siano complessi, ma ci dobbiamo impegnare perché questo fa parte della nostra forza. Siamo sempre riusciti a superare gli ostacoli e sono sicura che lo faremo ancora, insieme, con la comunicazione. Lo sforzo di Federfarma è stato grande e mi dispiace che non arrivi (comunicazione alla stampa, ai notiziari, incontri e confronti con i colleghi, continuo aggiornamento della situazione). Garantisco che questo sforzo continuerà ad esserci in direzione di un'unitarietà. Dovremo rimediare insieme agli errori del passato. Credo che anche il viceministro Fazio voglia lavorare per una farmacia forte e, quindi, insieme cerchiamo di lavorare.

**R. Tobia:** Aggiungo che un po' di concreto entusiasmo e di ottimismo non guasterebbe, così come non sarebbe male ritrovare lo spirito di appartenenza alla categoria!

**E. Stefanelli:** E' un po' strano quanto detto dal Dr. Ambreck sulla 405, perché è riconosciuto che il nostro attuale Ministro del Tesoro insieme a Toscana ed Emilia Romagna, abbia stabilito tale legge (non gradita anche dall'industria) e che il giorno successivo abbia preparato sull'ultima pagina del Corriere della Sera una pagina intera di protesta contro questa che ci è costata 13 tagli di prezzo; quindi, dire che l'industria fosse d'accordo con la 405 sembra eccessivo, visto come sono andate le cose.

Col fatto che la primary care sia a zero intendevo dire che questo è purtroppo un dato di fatto. Non conosco nessun sistema commerciale agganciato ad un sistema industriale che flette, che possa continuare a vivere come viveva prima. Quindi, questo non è un problema di contrapposizione tra industria e sistema distributivo. Bisogna prendere atto che l'incremento nel mondo della primary care è arrivato a zero. Nel futuro ci sarà una maggiore esplosione del generico, perché non arriveranno nuovi prodotti; quindi, questo fatturato dell'industria diminuirà. Diminuendo il fatturato dell'industria, si può ipotizzare che diminuisca anche il fatturato complessivo del sistema generale.

Per quanto riguarda l'intervento sui pht della 405, noi di certo non ci abbiamo guadagnato (perché dobbiamo vendere i prodotti di prezzo europeo al 50%, perché ci mettono in gara, perché ci pagano più tardi). Quindi, non è oggettivamente un vantaggio. Quando dicevo che la distribuzione non l'ha presa al volo, lo dicevo anche nell'interesse nostro. Invece, il discorso di non trasformare il farmaco in commodity mi sembra che trovi approvazione. L'8% sul generico, di cui il driver è il farmacista, è giusto, ma l'8% su un prodotto branded dove il driver non è il medico, non lo è, e questo sistema porta a far diventare il prodotto equivalente una commodity e nel futuro non è interesse di nessuno di noi che questo avvenga. Pur aprendo spazio al generico, bisogna mantenere il farmaco di brand su un certo tipo di qualità e quindi di margine che possa far sì che la nostra economia rimanga un'economia non povera. L'economia del solo generico è necessariamente povera.

**G. Sorrone:** Si è parlato del generico e di erosione del margine. L'Italia è uno degli ultimi Paesi in cui è arrivato il generico. Abbiamo numerosissimi esempi di come generico voglia dire innovazione e risparmio e investimento in ricerca. Questo aspetto in Italia non c'è. Noi non vogliamo che il generico sia una commodity, perché è un farmaco come tutti gli altri, ha una sua importante valenza terapeutica, e con il suo prezzo contenuto crea competizione ed erosione del prezzo, quindi, per voi, erosione dei margini perché se rimaniamo con una proporzionalità sul prezzo è chiaro che i vostri margini si riducano. La nascita del generico vuol dire poter liberare risorse e investire in ricerca. Quindi, l'obiettivo del generico è quello di creare competizione ed innovazione sul mercato.

**P. Corte, presidente Fenagifar:** Vorrei esprimere una grossa preoccupazione. Si parla dei margini delle farmacie e quindi anche di posti di lavoro che attualmente non sono messi in discussione; ma se effettivamente questi discorsi dovessero andare avanti in questo contesto politico ed economico sarebbe necessario sensibilizzare gli organi politici, perché, attualmente, il laureato in farmacia trova lavoro nei primi 12 mesi dalla laurea, ma, in condizione di crisi, questa situazione cambierebbe e addirittura ci sarebbero posti di lavoro in meno. Il politico tiene conto anche del malessere sociale e quindi è un aspetto da portare avanti e sono certo che i nostri rappresentanti sapranno muoversi anche in questo senso.

**A. Mandelli:** Sicuramente questo aspetto sta a cuore anche alla Federazione degli Ordini, anche perché la Facoltà di Farmacia continua a fornire un numero sempre crescente di giovani laureati. In questo senso si dovrà fare un ragionamento con la Conferenza dei presidi. È per questo che è importante trovare tutti assieme una quadratura del cerchio che comprenda tutti gli aspetti.

**R. Tobia:** Questo confronto, che preferisco definire incontro, tra i diversi attori, tra le componenti principali della filiera del farmaco, spero abbia contribuito a chiarire meglio quali potranno essere gli scenari futuri, quale potrà essere il futuro della Farmacia in un contesto ormai da anni in continua evoluzione, caratterizzato sin'ora dall'incertezza, da un senso di incombente tempesta che non permette alla Farmacia di programmare il proprio futuro. Il nuovo modello di farmacia ed il decreto sulla farmacia dei servizi non costituiscono più le basi, ma, forse, un qualcosa di più. Sono un passo avanti verso la costruzione della farmacia del domani. Le analisi e le relative ipotesi di lavoro su un diverso sistema di remunerazione, delle quali oggi abbiamo discusso, non potranno non tener conto delle esigenze e delle necessità di una farmacia alla quale si chiede sempre di più ed alla quale si tende a riconoscere sempre meno. Utifar, storicamente attenta alle innovazioni ed ai cambiamenti, ha provato, proponendosi come piattaforma di confronto, a fornire il proprio contributo.

# LA FARMACIA ITALIANA TRA REMUNERAZIONE E SPESA FARMACEUTICA: CONFRONTO CON L'EUROPA



CONVEGNO  
**UTIFAR**  
**ROMA**  
17 ottobre 2009  
Hotel Parco dei Principi  
via G. Frescobaldi 5

**Da qualche tempo  
si ipotizzano nuovi scenari  
per contenere la spesa  
farmaceutica.  
Come potrebbe cambiare  
il sistema di remunerazione?  
Come mantenere la  
farmacia al centro  
del sistema distributivo?**

Per rispondere a questi ed altri quesiti, abbiamo voluto coinvolgere, oltre ai nostri rappresentanti di categoria, colleghi di altri Stati europei, commercialisti, economisti e politici per sviscerare nel modo più ampio possibile l'argomento e renderne partecipi i farmacisti. Ci auguriamo che ne scaturisca un interessante dibattito, che oltre a fare chiarezza su un argomento a molti ancora sconosciuto, abbia un forte potenziale propositivo.

**EUGENIO LEOPARDI**

**PRESIDENTE UTIFAR**

**LUIGI d'AMBROSIO LETTIERI**

**VICEPRESIDENTE FOFI**

**ANDREA MANDELLI**

**PRESIDENTE FOFI**

**ANNAROSA RACCA**

**PRESIDENTE FEDERFARMA**

**PETER BURKARD**

**VICEPRESIDENTE DELLA SOCIETÀ SVIZZERA  
DEI FARMACISTI**

**MARCELLO TARABUSI**

**DOTTORE COMMERCIALISTA**

**GIOVANNI TROMBETTA**

**DOTTORE COMMERCIALISTA**

**ROBERTO TOBIA**

**VICEPRESIDENTE UTIFAR**

