

Liberalizzazione delle farmacie: se non ora, quando?

di Maria Alice Rosasco

Sono una farmacista titolare di parafarmacia che ha letto con interesse alcuni interventi di Reforming.it in tema di liberalizzazione della distribuzione dei farmaci. Purtroppo, le “lenzuolate Bersani” sono finite su un binario morto, nonostante i ripetuti interventi delle numerose organizzazioni delle parafarmacie per sbloccare il sistema. Prendendo spunto proprio da quei “falsi miti” di cui Reforming ha spesso scritto sulla stampa specializzata, invio alcune mie riflessioni sull'argomento, augurandomi che possano risultare di una qualche utilità nel caso si decidesse di rilanciare il tema della liberalizzazione delle farmacie nell'ambito di un auspicato rinnovamento *post*-pandemia del “sistema Italia”. Sono riflessioni su di una professione sanitaria che, a parità di titoli di studio e competenze professionali, riserva sbocchi lavorativi molto diseguali per i farmacisti, a seconda che siano titolari di farmacia o titolari di parafarmacia, in ragione di un mercato tutelato trasmesso per ereditarietà o per compravendita dell'esercizio a costi molto elevati.

- Maria Alice Rosasco

Mi presento: sono una farmacista, che dopo aver svolto una tesi sperimentale, aver conseguito la laurea in farmacia, aver superato l'esame di Stato, aver lavorato come dipendente di una farmacia privata per oltre due anni e aver così ottemperato al vecchio obbligo della pratica professionale, nel 2013 ha infine scelto, sulla scorta di quanto già fatto da altri quattromila colleghi sparsi in tutta Italia, di investire abilitazione professionale e risorse per aprire una parafarmacia secondo le regole del decreto “Bersani” del 2006.

Si sperava allora che le parafarmacie potessero rappresentare il primo passo verso una completa liberalizzazione di una professione che di fatto, a tutt'oggi, si tramanda per ereditarietà o per compravendita della titolarità di esercizi esistenti a costi molto alti. Purtroppo, dopo le “lenzuolate Bersani” nel 2006, poco o niente si è fatto per cambiare questo stato di cose. La Legge 124/2017 ha addirittura esteso la titolarità alle società di capitali¹ e ampliato la possibilità di catene farmacie², ma senza superare i limiti dei piani di zona.

A dire il vero, in questo 2021 si erano riposte speranze nella volontà del governo “Draghi” di presentare una nuova legge sulla concorrenza che - così trapelava da indiscrezioni giornalistiche - avrebbe anche toccato il delicato tema della distribuzione dei farmaci. Come è noto, il Disegno di legge annuale per il

¹ “Sono titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, in conformità alle disposizioni vigenti, le società di persone, le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata”.

² “[Medesimi soggetti] possono controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del Codice Civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima Regione o Provincia autonoma”.

mercato e la concorrenza 2021³ ha invece dimenticato di affrontare il tema delle farmacie e del conseguente “futuro diseguale” dei laureati abilitati alla professione di farmacista ma suddivisi in due categorie, a seconda che siano titolari di farmacie convenzionate con il SSN o titolari di parafarmacia⁴.

Come è facile comprendere, in gioco non c'è solo il destino dei tanti farmacisti che hanno aperto una parafarmacia; in discussione c'è soprattutto il valore professionale del titolo di studio, la fiducia nei percorsi formativi dell'Università, nonché la capacità del Parlamento di dar voce ai principi di libertà, eguaglianza e pari opportunità sanciti dalla nostra Costituzione.

La vigente legislazione italiana in materia di distribuzione dei farmaci, infatti, da un lato mantiene un assetto chiuso e protetto, in cui l'unico dinamismo è dato dalla compravendita della titolarità delle sedi farmaceutiche previste dai piani di zona (la ex pianta organica come da Legge 475/1968 e successive modificazioni), e dall'altro (Legge 124/2017) permette, sotto l'ombrello protettivo di quell'assetto, lo sviluppo di posizioni dominanti di chi già è presente sul mercato e adesso può avvalersi anche di nuove soluzioni organizzative e costituire anche catene di distribuzione⁵.

Il livello di contraddizione ha spinto la Corte di giustizia dell'Unione europea a rilevare come la normativa italiana sulla distribuzione dei farmaci “[appaia] piuttosto voluminosa e complessa, e non [permetta] di identificare facilmente il vero obiettivo o i veri obiettivi perseguiti dal Legislatore”.

Peraltro, lo stesso Ministero della Salute, rispondendo, attraverso il suo Ufficio legislativo, a una interrogazione dell'On. Michela Rostan del gennaio 2019 in merito agli sviluppi normativi-regolatori riguardanti le parafarmacie, faceva riferimento alla possibilità di “avviare approfondimenti e valutazioni, funzionali a nuove strategie politiche per la materia dei farmaci”. Per inciso, si ricorda che la normativa italiana richiede la presenza di farmacista abilitato all'interno delle parafarmacie⁶

Personalmente mi sono fatta l'idea che occorra ri-partire dalla figura professionale del farmacista per varare una riforma finalmente equilibrata, lontana sia da rendite di posizione che dal potere di uno o più soggetti di condizionare il mercato. Sono naturalmente consapevole che questa mia analisi riflette il punto di vista di una persona direttamente impegnata nella attività di farmacista anche se in condizione ingiustificatamente diseguale rispetto ai farmacisti titolari di farmacia convenzionata; ma sono altrettanto convinta che in democrazia tutti i cittadini abbiano il diritto di discutere le leggi, valutandole in relazione alla loro capacità di eliminare le diseguaglianze e di conseguenza essere orientate al bene della collettività.

³ Alla data in cui si scrive è in corso di valutazione parlamentare. Riguardano i farmaci gli articoli 13-18.

⁴ C'è poi anche la terza categoria dei farmacisti dipendenti che lavorano o presso una farmacia di cui non sono titolari o presso altri datori di lavoro in ambiti diversi dalla distribuzione al dettaglio dei farmaci.

⁵ Un esercizio o una catena in posizione dominante nella distribuzione dei farmaci con obbligo di prescrizione è plausibile lo diventi anche nella vendita dei prodotti SOP-OTC, e anche per il canale dell'on-line. “La vendita on-line è possibile solo per i farmaci senza obbligo di prescrizione, cosiddetti “SOP”, che comprendono i farmaci da banco, anche detti “OTC” (Over The Counter), che sono medicinali da automedicazione e che, come tali, vengono indicati solitamente per disturbi di lieve entità. Sono usati per un breve periodo di tempo e per loro non è necessario l'intervento del medico. Un bollino sulla loro confezione li rende facilmente riconoscibili” (dal sito web del Ministero della Salute).

⁶ Si veda la scheda riepilogativa degli obblighi strutturali e organizzativi delle parafarmacie sul sito del Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/tracciabilita/dettaglioContenutiTracciabilita.jsp?lingua=italiano&id=5092&area=tracciabilita%20farmaco&menu=produzioneDistribuzione>.

1. Il ruolo centrale del farmacista

Per affrontare il tema in una prospettiva non deformata da interessi corporativi o da spinte consumistiche, a mio avviso è bene partire dal ruolo centrale del farmacista nella distribuzione dei medicinali. Una prospettiva di lavoro resa ancora più urgente alla luce dei decreti sulla farmacia “dei servizi”, che configurano la farmacia come presidio territoriale di assistenza sanitaria.

In primo luogo, occorre superare la netta ma artificiosa distinzione fra farmacisti titolari di farmacia e farmacisti titolari di parafarmacia che rende palese il prevalere dell'aspetto del censo e del mercato tutelato sulle competenze professionali. Il farmacista è, infatti, un professionista che, attraverso adeguati percorsi di studio (laurea in farmacia, laurea in scienze e tecnologie farmaceutiche) e, sino al novembre 2021, anche superamento dell'esame di Stato più due anni di pratica professionale, è abilitato a gestire un esercizio farmaceutico. È stata la volontà del Parlamento italiano nel novembre 2021, nell'ambito dell'attuazione del PNRR, ad abolire l'esame di Stato riconoscendo a farmacisti, veterinari, psicologi e odontoiatri l'abilitazione al libero esercizio della professione direttamente attraverso il diploma di laurea, come già avvenuto nel 2020 per i laureati in medicina.

Non va inoltre dimenticato che la Direttiva 55/2013/CE⁷ ha stabilito il reciproco riconoscimento tra i Paesi dell'Unione Europea della qualifica professionale del farmacista laureato, che così può svolgere la propria professione in qualsiasi Stato dell'Unione.

Ma tutto questo non sembra bastare per modificare un sistema che impedisce al farmacista di esercitare liberamente la sua professione così come avviene per i medici, gli odontoiatri, gli psicologi, i veterinari e anche per ingegneri, commercialisti, avvocati.

Mi chiedo se le riserve corporative che imbrigliano la figura del farmacista possano trovare oppure no fondamento nella Costituzione italiana e nelle norme europee.

2. La Costituzione italiana e le norme europee

Come è ben noto, l'articolo 3 della Costituzione italiana stabilisce che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge e che spetta alla Repubblica *“rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”*.

L'articolo 32 della Costituzione precisa che *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”*, e l'art. 41 che *“l'iniziativa economica privata è libera”* ma *“non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana”*, e che *“la legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali”*.

⁷ *“Gli Stati Membri assicurano che i titolari di un titolo di formazione in farmacia, rilasciato da un istituto universitario o da un istituto di livello riconosciuto co equivalente, che soddisfi i requisiti dell'articolo 44, siano autorizzati ad accedere ed esercitare almeno le attività sotto elencate, con l'eventuale riserva, laddove appropriata, di un'esperienza professionale complementare: [...] e) approvvigionamento, preparazione, controllo, immagazzinamento, distribuzione e consegna di medicinali sicuri e di qualità nelle farmacie aperte al pubblico [...]”*.

Sulla stessa lunghezza d'onda del dettato costituzionale italiano si muove anche la legislazione europea. L'articolo 16 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea tutela la libertà d'impresa, svolta conformemente al diritto dell'Unione e alle legislazioni e prassi nazionali. A tale proposito, la Corte di giustizia europea ha precisato nelle sue numerose sentenze che solo dimostrate esigenze di interesse generale possono giustificare restrizioni alla libertà di impresa, evidenziando al tempo stesso la non compatibilità con i principi europei di quelle norme poste in essere dagli Stati membri che, dietro lo scopo apparente di perseguire finalità di interesse più vasto, in realtà sono indirizzate a proteggere meri interessi economici di categoria.

Nel caso specifico della distribuzione dei farmaci è quindi lecito chiedersi se l'attuale ordinamento italiano è giustificato da comprovate esigenze di interesse generale, in modo da corrispondere al dettato costituzionale e al diritto europeo

Già a una prima disamina appare del tutto incomprensibile come la trasmissione ereditaria o la compravendita della titolarità di una delle farmacie tra quella previste nei piani di zona possano costituire l'essenza della regolamentazione *“a fini sociali”* prevista dall'articolo 41 della Costituzione. L'equità e l'universalità di accesso a terapie farmacologiche sarebbero maggiormente garantite se non ci fossero limitazioni al numero di farmacie apribili sul territorio, posta la inderogabile necessità che la loro direzione resti nelle mani di un farmacista laureato.

Non bisogna inoltre dimenticare che le Leggi 475/1968 e 124/2017 (veri architravi del vigente ordinamento) da un lato limitano significativamente il diritto a esercitare il proprio mestiere a chi ha conseguito i titoli di studio universitari necessari per aprire liberamente una farmacia convenzionabile con il SSN e, dall'altro, favoriscono il consolidarsi di un mercato protetto, oggi sostanzialmente orientato a favorire, con rendite di posizione, gli operatori già presenti (*incumbent*) e gli oligopoli commerciali.

Tutto questo mi porta alla conclusione che il vigente sistema italiano ricada in quella fattispecie di impropria protezione di interessi di categoria richiamata dalla Corte di giustizia europea, e finisca col tradire il combinato disposto degli articoli 3, 32 e 41 della nostra Costituzione. Da qui l'urgenza di *“avviare approfondimenti e valutazioni, funzionali a nuove strategie politiche per la materia dei farmaci”*, come ricordato dall'Ufficio legislativo del Ministero della Salute nel gennaio 2019.

3. I “falsi miti” della legislazione italiana

Alla luce delle osservazioni sopra esposte, una sia pur rapida rassegna dell'impianto legislativo italiano in materia di distribuzione dei farmaci fa scoprire, nelle motivazioni addotte per giustificarlo, contraddizioni e illogicità che rientrano in quell'*“impropria protezione di interessi di categoria”* sopra ricordata.

La dizione “falsi miti” (presa a prestito da un articolo pubblicato da Reforming.it) mi sembra calzante per evidenziare come l'attuale assetto normativo e regolatorio delle attività delle farmacie italiane sia funzionale a garantire protezione per chi è già dentro il mercato limitando fortemente, senza motivazioni plausibili, il libero accesso allo svolgimento della professione a tutti gli altri farmacisti che lo desiderino. Ripercorriamoli questi “falsi miti”.

3.1 I falsi miti della legge n. 475/1968

La capillarità del servizio - Questo assunto, che giustifica il contingentamento del numero di farmacie previsto dalla vecchia pianta organica della Legge 475/1968 di fatto confermata dai piani di zona della Legge 124/2017, si basa sul presupposto che un mercato del tutto liberalizzato non sarebbe in grado di garantire un servizio capillare, distribuito sul territorio anche nelle zone meno appetibili commercialmente.

A smentire questa affermazione sono i dati di fatto diffusi dalla stessa Federfarma (anno 2019): nonostante la pianta organica, la densità massima di farmacie si riscontra nella regione Molise (una farmacia ogni 1.858 abitanti) e la densità minima si riscontra nella provincia di Bolzano (una farmacia ogni 3.938 abitanti). Abbiamo di fronte una distribuzione territoriale talmente disomogenea da rendere del tutto aleatorio il nesso tra la pianta organica e l'ottimale distribuzione territoriale del servizio.

Peraltro, la legge dà facoltà ai Comuni e alle Unioni di Comuni di aprire farmacie comunali laddove si riscontrino carenze di servizio; al tempo stesso, sussidi sono previsti per le farmacie rurali⁸. Ricordo che in Italia esistono 1.675 farmacie pubbliche e oltre 6.000 farmacie rurali.

E sia pure ammettendo che il contingentamento serva ad assicurare la presenza di un minimo di farmacie su tutto il territorio italiano, non si vede perché, raggiunto questo minimo, non sia possibile liberalizzare l'apertura di nuove farmacie nelle zone già servite, in ossequio agli articoli 3, 32 e 41 della Costituzione italiana e all' articolo 16 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. L'obiettivo finale è raggiungere livelli minimi di servizio (un Lea della distribuzione al dettaglio), e non fisare dei limiti al suo miglioramento.

Tutela della salute dei cittadini - La tutela della salute deve essere esclusivamente ricondotta all'assistenza sanitaria (la continuità di fornitura sia dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale sia di quelli a carico del cittadino), mentre di per sé non apportano miglioramenti di qualità del servizio né la trasmissione ereditaria né la disponibilità di capitali per l'acquisto della titolarità di una o più farmacie convenzionate i cui costi sono, nel frattempo, tenuti elevati proprio dal contingentamento numerico dei piani di zona.

Peraltro, occorre aggiungere che sugli scaffali dei supermercati e su Internet si trovano in libera vendita integratori alimentari e rimedi fitoterapici che contengono principi attivi che possono interferire con eventuali protocolli terapeutici seguiti da chi li acquista. Queste anomalie dovrebbero non dovrebbero essere sottovalutate perché possono diventare rilevanti per la tutela della salute.

Controllo della spesa pubblica - Il controllo della spesa a carico del Servizio sanitario nazionale dipende solo in parte dalle farmacie, perché il loro fatturato è collegato alle prescrizioni mediche e ai piani terapeutici delle competenti strutture mediche pubbliche o convenzionate.

Una conferma è rinvenibile nei dati dell'AIFA (Agenzia italiana del farmaco): nel 2019, in Italia la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 30,8 miliardi di euro, di cui il 76,4 per cento a carico del SSN e il 10,1 per cento a carico dei cittadini come fascia "C" con obbligo di ricetta (vendita esclusiva in farmacia a totale carico dell'acquirente)⁹. La fascia "C" senza obbligo di ricetta è valsa complessivamente il 7,8 per cento della spesa complessiva (circa 2,4 miliardi di euro). La quota rimanente riguarda il comparto OTC.

⁸ In località con meno di 3.000 abitanti, hanno diritto a un'indennità di residenza stabilita da leggi regionali, a parziale compensazione delle condizioni di disagio in cui si trovano a operare.

⁹ Per un controvalore di oltre 3 miliardi di euro, con un incremento rispetto all'anno precedente del +6,6 per cento.

Il confronto con l'Europa (dati AIFA e OSMED) dimostra come in Italia la spesa farmaceutica per residente sia allineata alla media europea. Considerando la spesa territoriale pubblica e privata e quella ospedaliera, in Italia la spesa *pro-capite* è pari a 469 euro, inferiore a Germania (550 euro), Belgio (507 euro) e Austria (502 euro), superiore a Polonia (183 euro), Regno Unito (344 euro), Portogallo (345 euro), Svezia (400 euro), in linea con Francia (453 euro) e Spagna (460 euro).

La liberalizzazione delle farmacie convenzionabili con il SSN non andrebbe a impattare su questi numeri che sostanzialmente sono determinati dalla distribuzione di farmaci con ricetta (fasce "A", "H", "H-T"), prescritti dalle strutture mediche competenti. Semmai è vero il contrario, e una più ampia diffusione sul territorio di farmacie indipendenti può sostenere la canalizzazione al paziente dei prodotti equivalenti più economici (tra questi i generici-*branded* e generici-puri), con effetti di contenimento della spesa (sia quella a carico del SSN sia quella a carico dei privati).

Tutela della redditività di impresa - Appurato che né la diffusione territoriale del servizio né la tutela della salute pubblica né il controllo della spesa sanitaria hanno connessioni causali dirette con il contingentamento previsto dai piani di zona (semmai inverse!), il mercato protetto risulta funzionale a garantire solo la rendita di posizione delle farmacie convenzionate con il SSN e già comprese nei piani di zona, ledendo quel principio di iniziativa economica che è nell'articolo 41 della Costituzione italiana. In prospettiva, questa rendita di posizione può venire addirittura potenziata dalle norme previste dalla Legge n. 124/2017 che permette la nascita di oligopoli organizzati anche come società di capitali e sotto lo scudo del mercato chiuso.

Tutela della qualità del servizio - Ben difficile pensare che la qualità del servizio sia da ricondurre in qualche misura alla trasmissione ereditaria della titolarità di una farmacia convenzionata con il SSN, o alla maggiore disponibilità di capitali per farsi carico di prezzi di acquisizione tenuti elevati proprio dai piani di zona. Anzi, proprio negando la libertà di concorrenza e impedendo a tutti i farmacisti di avviare un loro esercizio si mortificano risorse che potrebbero migliorare la copertura territoriale e impegnarsi alla realizzazione del modello della farmacia dei servizi in stretta collaborazione con gli ospedali per la prevenzione e l'assistenza a domicilio. Vale infine la pena ricordare che la competenza a vigilare sulla qualità del servizio è attribuita alle ASL e non vedo perché, in un possibile futuro assetto di piena liberalizzazione delle farmacie, questa attività di controllo dovrebbe venire meno.

3.2 I falsi miti della legge n.124/2017

Superamento del mercato protetto? - Molti commentatori hanno salutato l'approvazione della Legge 124/2017 addirittura come la fine del mercato tutelato o, perlomeno, come l'inizio della liberalizzazione del settore. Purtroppo, invece, si è realizzata una eterogenesi dei fini: senza il superamento del numero chiuso, le nuove norme (possibilità di organizzarsi come società di capitale e costruire catene di esercizi) finiscono per dare ulteriore protezione agli interessi economici di categoria. Non a caso, per fare un esempio, la quotazione delle compravendite delle farmacie ha conosciuto in questi ultimi anni un nuovo rialzo scontando la redditività della distribuzione (soprattutto in fasi di perdurante stagnazione economica), le allettanti offerte di acquisto delle catene organizzate, e l'incerta sorte delle parafarmacie (che pure anni fa, all'epoca delle lenzuolate", mostravano una qualche capacità di ritagliarsi uno sufficiente spazio concorrenziale).

Scissione tra proprietà e gestione delle farmacie come richiesto dall'UE - Se è vero che, nel corso del tempo, le direttive della Commissione europea hanno individuato profili di criticità nel contingentamento numerico, nelle restrizioni all'accesso alla titolarità, nella sovrapposizione tra diritto di proprietà e diritto di

gestione, nel divieto alla formazione di catene (la Legge 124/2017 ha molto mitigato alcuni di questi aspetti), è altrettanto vero che la Corte di giustizia europea ha ripetutamente evidenziato la contrarietà ai principi europei di quelle misure poste in essere dagli Stati membri, apparentemente o superficialmente allo scopo di perseguire finalità di interesse generale, ma nella realtà dei fatti funzionali alla protezione di interessi economici di categoria. Senza il superamento dei piani di zona, la separazione tra proprietà e gestione non è necessariamente foriera di effetti positivi. Se si permette l'ingresso di capitali e la formazione di catene di esercizi mentre il numero complessivo degli esercizi resta prefissato, si rischia di rendere il fattore capitale preponderante su quello del capitale umano del farmacista con plausibile aumento della concentrazione di mercato. Invece, se avviata di pari passo con la liberalizzazione dell'apertura delle farmacie (pieno superamento dei piani di zona), dal disaccoppiamento di proprietà e gestione non potrebbero che derivare effetti solo positivi¹⁰.

Effetti positivi sull'efficienza della distribuzione - La tendenza, che ancora permane nella normativa, a far pendere il bilanciamento tra competenze professionali (capitale umano) e redditività di impresa (garanzia di fatturato e di ritorno sul capitale economico-finanziario) a favore di quest'ultima non ha di per sé alcun riflesso sull'efficienza della distribuzione dei farmaci. Senza una sufficiente tensione concorrenziale, non è detto che le maggiori risorse investibili nel settore grazie all'interessamento di società di capitali (*incorporation*) e alla separazione tra proprietà e gestione (*unbundling*) si traducano in aumenti generalizzati degli *standard* di servizio. Piuttosto, la convenienza dell'offerta a concentrarsi nelle zone commercialmente più appetibili potrebbe portare a uno scadimento del servizio nelle aree meno frequentate, periferiche e con livelli medi di reddito inferiori. *Incorporation* e *unbundling* assumerebbero una luce completamente diversa se invece fossero accompagnati dal superamento dei piani di zona.

Progressiva riduzione del prezzo dei farmaci - I farmaci con obbligo di prescrizione (che costituiscono quasi il 90 per cento dei proventi delle farmacie tradizionali) sono ceduti a prezzi amministrati dopo contrattazione con l'AIFA. In queste condizioni, una maggiore concentrazione della distribuzione avrà plausibilmente effetti negativi, di aumento sia dei prezzi medi di vendita sia dei prezzi delle singole specialità nel passaggio da una ricontrattazione all'altra. Una offerta più concentrata ha meno convenienza a convogliare al paziente i farmaci equivalenti più convenienti in termini di prezzo unitario e di dimensione del *packaging*. Inoltre, pretese più elevate in termini di margini assoluti di distribuzione per forza di cose spingono verso l'alto le contrattazioni dei prezzi di cui quei margini sono quota percentuale¹¹. Senza la liberalizzazione dell'apertura delle farmacie, il *pricing* dei farmaci diviene più complicato e, nel contempo, anche quelle modifiche normative, che almeno sulla carta sembrerebbero muovere nel verso dell'apertura e del maggior coinvolgimento di risorse fresche, rischiano di generare contraccolpi.

3.3 Una riforma ineludibile e possibile

In attesa che il Ministero della Salute (purtroppo tuttora impegnato a fronteggiare l'emergenza COVID-19 sviluppatasi tempo dopo l'interrogazione parlamentare dell'On. Michela Rostan) dia corso ai promessi approfondimenti e al successivo confronto istituzionale, nel frattempo è auspicabile che il tema della liberalizzazione delle farmacie venga fatto proprio da tutte quelle forze politiche interessate a promuovere eguaglianza, efficienza e libera concorrenza come leve per la rinascita del Paese.

¹⁰ Del resto, la Corte di giustizia europea ha sempre riconosciuto la liceità dei più diversi assetti proprietari degli esercizi di dispensazione dei farmaci, come in effetti si riscontra nei vari Stati dell'UE.

¹¹ Si veda il rapporto OSMED (2020), "L'uso dei farmaci in Italia", pag. 766 e segg.. Il prezzo di vendita dei farmaci "A" è composto di percentuali prefissate che remunerano produttore, grossista e farmacista.

In definitiva, volendo guardare al futuro con fiducia, lo spazio per liberalizzare il settore ponendo al centro la figura professionale del farmacista ci sarebbe e credo potrebbe contare anche su di un vasto consenso politico e di opinione pubblica.

Per trovare una soluzione giusta, sarebbe bene ricordare che l'attività delle farmacie, per la maggior parte del loro numero, trae origine da un lontanissimo e iniziale atto concessorio con cui lo Stato ha demandato al farmacista lo svolgimento del servizio di dispensazione e vendita dei farmaci, con la possibilità di trasmettere questa concessione primigenia in eredità ai figli oppure ad altri farmacisti (singoli o riuniti in società di persone e adesso anche di capitale) attraverso compravendite regolate prima dalla pianta organica e adesso dai piani di zona, mentre del tutto marginali sono sempre state e restano le nuove farmacie assegnate per concorso in aumento del numero complessivo degli esercizi. In tal modo l'attività si è sviluppata all'ombra di un mercato chiuso, le cui tutele sono state per giunta paradossalmente rinforzate dalla Legge 124/2017 (che non ha superato il numero chiuso ma ha dato agli *incumbent* nuovi strumenti operativi). Inoltre, una soluzione giusta dovrebbe anche tenere presente l'impatto sulla salute dei cittadini di quel vasto mercato di fitofarmaci e di integratori alimentari che si è nel frattempo consolidato in libera vendita presso i supermercati e su Internet.

A mio avviso, una riforma coerente e completa dovrebbe partire dalla valorizzazione della figura professionale del farmacista che per titoli di studio ha conseguito l'idoneità a gestire le farmacie, mettere al centro il farmacista.

L'*agenda* potrebbe prevedere una gradualità temporale di interventi che, a mero titolo di esempio, potrebbero articolarsi attorno a tre principi:

1. Permettere da subito che le parafarmacie con almeno cinque anni di attività svolti in piena regola possano trasformarsi in farmacie convenzionabili con il SSN, dietro verifica della congruità organizzativa e di tutti gli altri aspetti a cura della ASL competente per territorio¹². In questa trasformazione si potrebbe dare precedenza a quelle farmacie la cui titolarità è dello stesso farmacista (o degli stessi farmacisti) che ci lavora (lavorano);
2. Definire un ragionevole ma perentorio orizzonte (5 anni, al massimo 10 anni) per superare passo dopo passo il numero chiuso e arrivare alla completa liberalizzazione degli esercizi;
3. Rivedere la lista di distribuzione di fitoterapici e integratori alimentari contenenti importanti principi attivi farmacologici in libera vendita nei supermercati e su Internet, per individuare quelli da ricondurre, per ragioni di sicurezza, nell'alveo dei prodotti medicinali in vendita dietro consiglio e sotto sorveglianza del farmacista.

Nell'augurarmi che nel 2022 il Parlamento affronti il tema della liberalizzazione delle farmacie alla luce della sostanza dei principi costituzionali ed europei, colgo l'occasione per porgere i migliori saluti.

Sori, 3 gennaio 2022

Dr.ssa Maria Alice Rosasco
Via XXV Aprile 15/2
16031 Sori (GE)

<http://www.reforming.it>
e-mail: info@reforming.it
[twitter: reformingit](https://twitter.com/reformingit)

¹² La regolamentazione Italia prevede già l'obbligo di presenza in parafarmacia di almeno un farmacista abilitato. Tale presidio non dovrebbe mai essere messo in discussione, come invece è accaduto qualche anno fa (ad esempio con il Ddl "Sileri").