Farmaci: spendiamo sempre di più

 È stato presentato il 5 agosto u.s., dall’Agenzia Italiana del Farmaco, il “Rapporto 2019 sull’uso dei Farmaci in Italia”, realizzato dall’Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali (OsMed) dell’AIFA, giunto quest’anno alla sua ventesima edizione.

Il rapporto, illustra i dati di consumo e di spesa dei medicinali in Italia e fornisce approfondimenti sul consumo dei farmaci per età e genere, sulle differenze regionali e sulle categorie terapeutiche a maggiore prescrizione rispetto all’ anno precedente.

Interessante il raffronto tra le diverse regioni, con notevoli differenze regionali sia per quanto riguarda i costi che le classi terapeutiche di maggiore prescrizione. Ricordiamo che la spesa farmaceutica è di esclusiva competenza regionale.

In pillole: la spesa per farmaci nel 2019 ha raggiunto la ragguardevole cifra di 30,8 miliardi di euro con una spesa pro-capite di 510 euro ed un aumento della spesa del 5,8% rispetto all’anno precedente.

Aumenta la spesa per l’acquisto di farmaci da parte delle strutture pubbliche +18,3% e per l’acquisto di farmaci da parte del consumatore +7,2% mentre la spesa pubblica convenzionata (farmacie al pubblico) scende dello 0,5%.

Ricordiamo, in linee generali, come sono classificati i farmaci In Italia:

* Classe A: farmaci essenziali per le malattie croniche interamente rimborsati dal SSN.

La classe A si suddivide in due categorie, farmaci distribuiti dalle farmacie territoriali classe A (farmacie al pubblico) e farmaci A-PHT (prontuario della distribuzione diretta).

I farmaci A-PHT sono farmaci di continuità ospedale-territorio, vengono prescritti in una struttura ospedaliera con un piano terapeutico perchè il paziente necessita di un controllo periodico da parte della struttura specialistica. In pratica l’ospedale fa la prescrizione e il paziente ritira il farmaco o in una farmacia dell’azienda sanitaria oppure in una farmacia al pubblico convenzionata con la regione.

In genere le associazioni dei farmacisti regionali concordano con la regione la distribuzione di tutto o di parte del prontuario A-PHT e ricevono da parte della regione una quota fissa e non una percentuale sul costo dei

farmaci. E’ la regione che acquista e il farmacista al pubblico distribuisce; questa modalità viene chiamata DPC acronimo di distribuzione per conto.

Un’altra delle ragioni di questa forma di distribuzione sta nel fatto che l’acquisto di farmaci attraverso le strutture pubbliche comporta per legge una scontistica maggiore da parte delle aziende (almeno il 50% sul prezzo di fustella).

Nel corso degli anni questo prontuario si è ampliato notevolmente e nel 2019 ha raggiunto un fatturato di 4.481 milioni di euro.

* Classe H: farmaci di esclusivo uso ospedaliero
* Classe C: farmaci a totale carico del paziente

I farmaci di classe C sono divisi in due sottoclassi: farmaci con obbligo di ricetta e farmaci senza obbligo di ricetta. Questi ultimi sono a loro volta suddivisi in due sottoclassi:

Farmaci OTC (acronimo dall’inglese Over The Counter) per questo chiamati farmaci da banco per

i quali è possibile fare pubblicità, e farmaci SOP (acronimo di Senza Obbligo di Prescrizione) per i quali non è possibile fare pubblicità.

Ma quanto vale questo mercato?

La classe C con obbligo di ricetta vale 3.066 milioni di euro con un incremento rispetto all’anno precedente del +6,6%.

La classe C senza obbligo di ricetta vale 2.392 milioni di euro con un incremento del 5,4% rispetto all’anno precedente.

I farmaci di classe C senza obbligo di ricetta possono essere venduti anche dalle parafarmacie e nei corner farmaceutici della grande distribuzione.

In questa categoria grazie alla liberalizzazione si è avuta una diminuzione del prezzo di riferimento del 20/30%.

Oggi molte parafarmacie sono in crisi (per lo più di giovani farmacisti) mentre resistono meglio i corner farmaceutici della grande distribuzione. Nei corner della grande distribuzione come nelle parafarmacie la distribuzione del farmaco viene fatta sempre per legge da un dottore farmacista iscritto all’albo.

Essendo sempre un Farmacista a dispensare i prodotti sarebbe stato logico pensare di estendere alle parafarmacie e ai corner la dispensazione dei farmaci di classe C con obbligo di ricetta ma ad oggi i vari tentavi di liberalizzazione di questa fascia di mercato sono falliti, grazie anche alla forte azione di lobby dei farmacisti titolari di licenza.

Il farmacista convenzionato ha una licenza da parte dello Stato per vendere in esclusiva i farmaci rimborsati solo all’interno di una delle circa 18.000 farmacie, ma non si capisce perche’ debba avere anche il monopolio di vendita per farmaci non rimborsati che il cittadino paga di tasca propria.

I farmaci di classe C vengono anche definiti di supporto; servono per la cura di patologie di lieve entità e per questo motivo sono a totale carico del cittadino. Quindi, qualcosa di non essenziale è giusto che si paghi. Quello che sembra strano è che milioni d’italiani vadano dal medico per farsi prescrivere enormi quantità di farmaci “non essenziali” per un valore di miliardi di euro.

Si tratta di circa 3.800 specialità, che includono antidolorifici, antinfiammatori, antidepressivi e anticoncezionali . Quello a cui si è assistito negli anni è uno spostamento di intere classi terapeutiche dalla rimborsabilità da parte del SSN al pagamento da parte del cittadino. Tutto questo accade nell’ottica dei tagli ai costi a carico del SSN.

Conviene a tutti, tranne che al consumatore, che la dispensazione di molti farmaci sia a carico del cittadino: lo stato risparmia, il farmacista incassa l’acquisto subito senza dovere attendere il rimborso da parte del SSN e le aziende altrettanto.

Il cittadino paga subito, per i farmaci di classe C con obbligo di ricotta senza un centesimo di sconto.

Ma la spesa per i farmaci di classe C è una sola parte di quello che il consumatore sborsa di tasca propria.

Tutte le regioni italiane hanno introdotto un ticket sui farmaci di classe A, dietro presentazione di ricetta medica, che può essere sulla confezione e/o sulla ricetta.

Sul sito di Federfarma si può verificare facilmente qual è l’importo che ogni regione ha introdotto.

In alcune regioni il ticket ha semplicemente un costo fisso per confezione. In altre, l’importo del ticket per confezione aumenta a seconda del reddito familiare in alcune regioni come il Piemonte non si applica nessuna forma di ticket.

Ad esempio in Puglia si pagano due euro per confezione fino a un massimo di 5,5 euro più un euro per ricetta. Non ci sono due regioni che applicano lo stesso sistema e con gli stessi costi.

Una Babele.

Un’altra voce di spesa riguarda i farmaci che perdono il brevetto, di questi farmaci esistono i corrispondenti generici o equivalenti. Il SSN rimborsa il costo del generico, mentre per legge, il farmaco branded (l’originale che ha perso il brevetto) deve avere un costo superiore rispetto al generico.

Il consumatore decide quale acquistare e se decide di continuare con l’originatore (branded) deve comunque pagare la differenza tra il branded ed il generico.

In tutte le regioni nel caso di medicinali non coperti da brevetto (farmaco generico o equivalente) sottoposti al sistema del rimborso di riferimento, la quota fissa per ricetta o confezione, si somma all’eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso.

Ricapitolando gli italiani hanno sborsato di tasca propria per acquistare farmaci più di sette miliardi euro così ripartiti:

farmaci di classe C con ricetta 3.066 M

farmaci OTC/SOP 2.417 M

ticket sulle ricette 459 M

differenza brand/generico 1.122 M.

Secondo un’indagine di Confcommercio del 2019, per 12 milioni di famiglie i costi sostenuti per le cure sanitarie sono divenute insostenibili.

Mezzo milione di persone hanno rinunciato ad acquistare i farmaci necessari per curarsi.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha diminuito la quota di farmaci e prestazioni mediche coperte dal 62,7% al 59,7%.

I costi di farmaci e di trattamenti medici nel 2019 pesano sul budget familiare per il 40,3% in aumento rispetto al 37,3% rispetto all’anno precedente.

Le famiglie in condizioni economiche normali spendono circa il 42% delle entrate per acquistare medicinali che non rientrano nella fascia di copertura.

La percentuale aumenta di molto se si considerano i nuclei indigenti, per i quali la spesa in cure al di fuori

del SSN rappresenta il 62,5% del budget a disposizione.

Di conseguenza molti rinunciano a curarsi.

Per un sistema sanitario che ha la presunzione di definirsi gratuito e universale, suona un po’ stonato.