

Farmacia dei servizi: riforma strategica da implementare o ulteriore forma di consumismo sanitario?

Alberto Donzelli¹*

¹ Medico Chirurgo, Direttore del Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM, ASL di Milano

Le farmacie territoriali, insieme ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS), sono l'articolazione più capillare del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), frequentate anche più del medico di famiglia: c'è almeno una farmacia in ogni comune (media 1/3.300 abitanti), con personale con specifiche competenze sanitarie e una rete informatica.

Federfarma, l'associazione dei titolari di farmacia, per il rinnovo della convenzione nazionale propone a supporto di Regioni e ASL il modello farmacia dei servizi:

- amministrativi di *front office*: prenotazioni CUP, pagamento ticket, ritiro referti
- informativi: campagne vaccinali, per uso corretto farmaci, screening
- territoriali e logistici: consegna di farmaci a domicilio, raccolta di farmaci per non abbienti, piccole medicazioni, iniettorato.

In realtà, **prima di potenziare le competenze delle farmacie**, servirebbe una **riforma del loro sistema di remunerazione, allineando i loro interessi a quelli della salute e del SSN**, interessi oggi piuttosto divergenti.

Infatti, Federfarma afferma che «La farmacia va considerata una risorsa, non un costo da comprimere». Una risposta razionale potrebbe essere: da comprimere no, da stabilizzare forse sì, dato che – nel migliore degli scenari – anche il finanziamento complessivo del SSN viene stabilizzato. Se, invece, si chiede di investire di più sulle farmacie, occorre definire chiaramente sia a spese di chi si dovrà disinvestire, sia perché dovrebbe essere più utile per la comunità destinare alle farmacie risorse distolte da altri settori. La risposta della categoria è: «La farmacia consente risparmi per il SSN, erogando prestazioni a tariffe competitive». Se così fosse, chi oggi esegue tali prestazioni a condizioni meno competitive (?) dovrebbe innanzitutto essere riconvertito; fino ad allora avrebbe costi fissi da sommare all'eventuale risparmio tariffario offerto dalle farmacie.

Tuttavia, il problema maggiore traspare da un'altra affermazione di Federfarma: «Le farmacie sono pronte a far decollare l'offerta di servizi sanitari». Ma oggi i servizi sanitari, sottoposti a *spending review*, pur con il condivisibile impegno del Governo a reinvestire nel settore i fondi recuperati, hanno proprio bisogno di "far decollare l'offerta"? Non sarebbe meglio distinguere l'offerta di servizi efficaci e appropriati, sicuramente da rafforzare,

da quella di prestazioni futili, consumistiche, iatrogene – una quota crescente dell'offerta sanitaria¹⁻⁵ – decisamente da tagliare, ma anzitutto da arginare?

Oggi gli erogatori di prestazioni e chi vende farmaci, dispositivi e tecnologie diagnostiche, pagati dal SSN a tariffa o a prodotto non hanno alcun interesse a ridurre la spesa sanitaria né a stabilizzarla, almeno in una prospettiva individuale, che orienta i comportamenti a livello micro. Infatti ciò significherebbe per loro minori ricavi. E non possono avere come interesse primario la salute dei cittadini, intesa come assenza di malattia connessa con un bisogno inferiore di tecnologie e prestazioni sanitarie, se oggi il loro reddito e in parte la stessa sopravvivenza sono legati proprio alla remunerazione degli episodi di malattia o della gestione delle malattie croniche e delle prestazioni e tecnologie connesse, farmaci inclusi.

Per fortuna tale dilemma, reale ma non percepito, ha possibili soluzioni strutturali, una delle quali già proposta⁶: si tratta di un modello non particolarmente complesso, ma che richiede un vero cambio di paradigma anche solo per essere preso in considerazione.

Adottando il modello generale sarebbero anche possibili modelli di remunerazione più virtuosi per le farmacie, senza togliere nulla di quanto oggi il settore nel suo insieme riceve dal SSN. Lo scopo primario della riforma sarebbe allineare gli interessi delle farmacie (e quelli di gran parte degli attori in Sanità) alla salute della comunità e alla sostenibilità del SSN. Tali finalità, sempre professate

Citazione. Donzelli A. Farmacia dei servizi: riforma strategica da implementare o ulteriore forma di consumismo sanitario. *Evidence* 2014;6(4): e1000075.

Pubblicato 21 aprile 2014

Copyright. © 2013 Donzelli. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Le posizioni espresse nell'articolo dall'autore sono esclusivamente personali e non implicano alcun tipo di approvazione o responsabilità da parte dell'organizzazione di appartenenza.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* e-mail: adonzelli@asl.milano.it

a livello macro, vengono di fatto quotidianamente ignorate nei micro-comportamenti degli attori delle diverse categorie per oggettiva divaricazione dei loro interessi da quelli che in teoria dovrebbero tutelare.

La potenziale utilità sociale della farmacia dei servizi richiede una precondizione strutturale, per far sì che le potenzialità si traducano in impegno effettivo a migliorare salute e sostenibilità, e non alimentino consumismo sanitario e *disease mongering*, stimolando esami preventivi inutili, screening non raccomandati⁷, ecc. Infatti ogni possibile vantaggio tariffario sarebbe sovrabilanciato dagli oneri aggiuntivi generati dalla promozione di nuove prestazioni.

Se una riforma come quella di seguito prospettata trovasse consenso, non si potrebbe certo applicare su larga scala la farmacia dei servizi senza una sperimentazione limitata a qualche ASL o a una Regione. Solo così si potrebbe valutarne l'impatto, almeno sulla spesa, verificando se "consente di far risparmiare il SSN" - come sostiene Federfarma - o se porterebbe invece a un aumento dei costi, come è prevedibile senza alcuna riforma del sistema di remunerazione.

Ma è possibile ripensare al sistema di remunerazione delle farmacie territoriali, per allinearne gli interessi agli obiettivi del SSN e alla salute dei cittadini?

La farmacia dei servizi è una proposta interessante, ma troppo focalizzata sulla remunerazione di nuove prestazioni, considerate di pubblica utilità, senza risolvere la preesistente divergenza d'interessi con il SSN. Infatti, l'attuale normativa non offre ai farmacisti sostanziali incentivi a perseguire l'obiettivo salute, bensì a massimizzare le vendite, privilegiando i prodotti più costosi. Infatti, con margine lordo del 30% sui medicinali a carico del SSN, sia pure in tendenza regressivo (e diritto a un margine $\geq 25\%$ per quelli in fascia C a carico del cittadino), gli interessi delle farmacie sono allineate ai consumi, meglio se di prodotti costosi, e divergenti da quelli del SSN, che deve rimborsare queste somme.

Come prima semplice misura strutturale proponiamo di sostituire al compenso a percentuale un compenso fisso per ogni confezione venduta, destinato a remunerare solo il servizio, non anche il capitale oggi investito dal farmacista per acquisire uno stock di prodotti. Il consumo di prodotti potrebbe essere pagato ai produttori direttamente dal SSN per i farmaci etici al prezzo *ex factory*, maggiorato di una tariffa fissa per il servizio del grossista. Per i prodotti di automedicazione, i cittadini pagherebbero indirettamente i produttori, tramite le farmacie.

Una vera alleanza delle farmacie territoriali con il SSN per la salute della comunità presuppone, tuttavia, un salto di paradigma, come quello proposto anzitutto per altri attori del SSN, in primis MMG e PLS, che prescrivono

gran parte di ciò che la farmacia è tenuta a dispensare.

Un modello innovativo, da approfondire nelle applicazioni e sottoporre a sperimentazioni gestionali, potrebbe essere quello che segue: in analogia a MMG e PLS, i cittadini potrebbero scegliere la propria "farmacia di fiducia", presso uffici di scelta/revoca, con registrazione in tessera sanitaria. Nel caso della farmacia, però, la scelta non comporterebbe vincoli d'accesso come accade con il medico di famiglia, dove bisogna accedere a quello previamente scelto, salvo ricasazione. Per la farmacia le "scelte" servirebbero soprattutto per calcolare un budget annuo di partenza. Per la popolazione di bacino di chi ha scelto una farmacia, il servizio della stessa non dovrebbe essere remunerato a quota (percentuale o fissa) sul venduto/consegnato, ma a quote capitarie per ogni assistito, pesate in base all'età dello stesso con progressione annuale continua (es. la quota del centenario potrebbe pesare 10 volte più di quella del giovane, con un principio simile a quanto idealmente potrebbe valere per i MMG nel modello prospettato⁶). Ciò non terrebbe solo conto per equità del maggior lavoro della farmacia per gli assistiti più anziani, ma darebbe anche un forte segnale di politica sanitaria rispetto all'obiettivo prioritario del SSN (longevità sana per tutti!) e un incentivo virtuoso - indipendente dalle quantità vendute, ma comunque dinamico - a contribuire a far invecchiare bene la propria coorte di assistiti, allineando anche per i farmacisti etica e maggiori ricavi, spingendoli a ricercare e applicare le migliori conoscenze per promuovere la longevità sana.

Il modello descritto renderebbe finalmente conveniente per il farmacista educare a uno stile di vita sano anche in alternativa a farmaci e prodotti medicali (oggi le convenienze sono opposte), sconsigliando anche attivamente il ricorso a farmaci e tecnologie ritenute senza valore aggiunto per la salute, dato che il loro consumo non sarebbe più collegato ad alcuna tariffa. Anzi, il farmacista avrebbe interesse a contrastare attivamente il consumismo senza valore, per evitare possibili effetti iatrogeni che minacciano la longevità degli assistiti e i suoi ricavi, e per non consumare senza benefici di salute le risorse del SSN, da cui dipende anche la remunerazione dinamica delle farmacie.

Le tariffe rimarrebbero in atto solo per compensazioni "ai margini", per chi liberamente decidesse di servirsi da una farmacia diversa da quella di fiducia presso cui è iscritto. In tal caso il cittadino riceverebbe gratuitamente i prodotti a carico del SSN, mentre pagherebbe in proprio alla farmacia per gli altri trattamenti il prezzo *ex factory*, maggiorato della tariffa per il servizio del grossista. La farmacia che effettivamente dispensa il prodotto si rivarrebbe della tariffa di servizio (fissa) sul budget della farmacia presso cui il cittadino è iscritto (registrata su

tessera sanitaria), con possibilità che le compensazioni siano gestite dalle strutture del SSN.

Una riforma di tale portata richiederebbe comunque dai livelli di governo un patto pluriennale con Federfarma/Assofarm, con garanzie di salvaguardia delle loro entrate complessive, indipendentemente dalla verosimile riduzione delle vendite. Infatti il nuovo punto di riferimento, allineato agli interessi così ridisegnati, diventerebbe ciò che il farmacista, oltre che il medico prescrittore, ritiene necessario alla salute in scienza e coscienza, mentre “venduto” e “consumi” perderebbero intrinseco rilievo.

BIBLIOGRAFIA

1. Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too Much Medicine: from evidence to action. *BMJ* 2013; 347:f7141
2. Caverly TJ, Combs BP, Moriates C, Shah N, Grady D. Too much medicine happens too often: the teachable moment and a call for manuscripts from clinical trainees. *JAMA Intern Med* 2014;174:8-9
3. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2013.
4. Preventing Overdiagnosis Conference. Oxford (UK), 15-17 Settembre 2014.
5. Donzelli A et al. Pillole di buona pratica clinica (per medici, 1-108). Pillole di educazione sanitaria (per assistiti, 1-94). Ed. Fondazione Centro studi Allineare Sanità e Salute. Disponibile a: www.allinearesanitaesalute.org. Ultimo accesso: 21 aprile 2014.
6. Donzelli A. Allineare a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in Sanità. *Mecosan* 2004;50:131-47.
7. Thompson S, Tonelli M. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10:ED000047.