



Roma, 16 novembre 2007

Ministro della Salute
On. Sen. Livia Turco

Ministero della Salute
Direzione generale dei farmaci e dei
dispositivi medici
Direttore Generale
Dott. Claudio De Giuli

Agenzia Italiana del Farmaco
Direttore Generale
Nello Martini

On. Sen. Ignazio Roberto Marino
Presidente della Commissione
Igiene e Sanità del Senato della
Repubblica Italiana

On. Mimmo Lucà
Presidente della Commissione Affari
Sociali della Camera dei Deputati

Dott. Roberto Lagalla
Assessore alla Sanità
Regione Sicilia

Dott. Enrico Rossi
Coordinatore degli assessori regionali
alla sanità e Assessore al Diritto alla
salute della
Regione Toscana

Gentili Signori,

il documento che segue contiene le principali criticità denunciate dai cittadini in materia di accesso al farmaco, pervenute dal 01/01/2007 al 31/10/2007 al servizio P.i.T. Salute della sede nazionale di Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato.



Il documento vuole essere uno strumento utile per chi quotidianamente si occupa di politiche del farmaco; offre spunti di riflessione e ipotesi di azioni da intraprendere per migliorare e/o risolvere le limitazioni all'accesso alle terapie farmacologiche incontrate dai cittadini.

Ringraziando per l'attenzione, in attesa di un cortese riscontro, porgiamo distinti saluti.

Teresa Petrangolini

Francesca Moccia

Segretario Generale
Cittadinanzattiva onlus

Coordinatore nazionale
Tribunale per i diritti del malato

Il presente report è sottoscritto dalle Associazioni che aderiscono al Coordinamento nazionale associazioni malati cronici (CnAMC)



Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato¹

“Report sulle principali segnalazioni dei cittadini in materia di farmaci”

Premessa

Con questo documento² Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato vuole dare voce alle principali segnalazioni ricevute dai cittadini in materia di farmaci, dal 01/01/2007 al 31/10/2007 al servizio P.i.T. Salute presso la sede nazionale di Cittadinanzattiva, nonché proporre le relative possibili soluzioni.

Il Report vuole essere uno strumento utile per chi quotidianamente si occupa di politiche del farmaco; offre spunti di riflessione e ipotesi di azioni da intraprendere per migliorare e/o risolvere le limitazioni all'accesso alle terapie farmacologiche incontrate dai cittadini.

In particolare , esso è suddiviso in dieci paragrafi:

1. Note limitative – pag. 4;
2. i piani terapeutici AIFA e le politiche farmaceutiche regionali – pag. 10;
3. limitazioni delle prescrizioni – pag. 15;
4. indisponibilità dei farmaci ospedalieri (fascia H) – pag. 17;
5. farmaci irreperibili – pag. 19;
6. malattie rare – pag. 20;
7. farmaci off-label – pag. 21;
8. distribuzione diretta – pag. 25;
9. terapia del dolore – pag. 26;
10. farmaci di automedicazione – pag. 27.

¹ Via Flaminia, 53 – 00196 Roma – tel. 06/367181 – fax. 06/36718333

² Il presente report è stato redatto da Tonino Aceti in collaborazione con il Coordinamento nazionale del Tribunale per i diritti del malato e del Coordinamento nazionale associazione malati cronici, con la consulenza di Franco Tempesta e Francesca Moccia.



I. Note limitative

In seguito alla pubblicazione delle “ Note AIFA 2006-2007 per l’uso appropriato dei farmaci” e delle successive modificazioni, Cittadinanzattiva attraverso la rete del Tribunale per i diritti del malato ha ricevuto segnalazioni, da parte di molti cittadini, aventi ad oggetto le difficoltà e a volte l’impossibilità di accesso ad alcune specialità medicinali.

Di seguito sono elencate le Note AIFA oggetto delle segnalazioni.

a) Nota 4 – Dolore neuropatico cronico

Precedentemente all’entrata in vigore delle “Note AIFA 2006-2007” i principi attivi gabapentin, pregabalin e duloxetina erano erogati gratuitamente a tutti i cittadini, per gli usi previsti dall’atto di autorizzazione all’immissione in commercio, senza alcuna limitazione.

Attualmente l’erogazione gratuita di tali principi attivi è limitata ai pazienti che rientrano nelle fattispecie previste dalla vigente Nota 4.

Tale restrizione è stata avvertita dai cittadini, che immediatamente hanno segnalato e continuano a segnalare il problema alla nostra Organizzazione.

Di tutte le segnalazioni relative ai farmaci, giunte a Cittadinanzattiva dal 01/01/2007 al 31/10/2007, il **13%** hanno ad oggetto le restrizioni introdotte attraverso la Nota 4.

In particolare i cittadini segnalano il mancato accesso a 2 principi attivi: gabapentin e pregabalin.

Le patologie per le quali i cittadini segnalano l’impossibilità di accedere gratuitamente al farmaco sono molte, e comprendono:

- neuropatie periferiche dovute ad interventi sulla colonna vertebrale;
- vestibolite vulvare;
- sclerodermia;
- fibromialgia;
- protrusioni midollari;
- miopatia mitocondriale;
- sindrome post polio;
- sclerosi multipla;



- siringomielia;
- dolore associato a malattia di Parkinson;
- mielopatia compressiva;
- dolore post ictus;

Le segnalazioni ci informano inoltre che i principi attivi previsti dalla Nota 4 sono giudicati dai medici che li prescrivono come “**necessari ed insostituibili**”.

Infine nel caso del pregabalin il relativo farmaco non ha equivalenti, dunque il cittadino dovrà acquistarlo a prezzo pieno, spendendo fino a 75,00€ mensili.

L’aver consentito recentemente l’uso off-label della **carbamazepina** per il dolore neuropatico cronico, le cui evidenze scientifiche non ci sono note, sembra negare ai cittadini il loro diritto ad aver farmaci più efficaci, sicuri e tollerati anche se più costosi.

E’ necessario considerare inoltre che l’uso della carbamazepina, finora prescritta esclusivamente per la nevralgia del trigemino, comporta difficoltà di gestione a causa dell’incostante e variabile concentrazione ematica, della sua mielo ed epatotossicità, della gravità e frequenza degli effetti collaterali.

I cittadini che si sono rivolti in questi mesi alla nostra Organizzazione avvertono la restrizione introdotta con la Nota 4 come una forte limitazione del proprio diritto alla salute e alla qualità della vita, poiché i farmaci in oggetto permettono loro un sollievo dall’angosciata convivenza con il dolore.

b) Note 1 e 48 - Gastroprotettori

Il **6 %** delle segnalazioni in materia di farmaci riguarda la difficoltà di accedere ai principi attivi della categoria terapeutica “inibitori della pompa protonica”, previsti dalle Note AIFA 1 e 48.

In particolare sussistono alcune criticità relative ai provvedimenti adottati dalle singole Regioni in materia di rimborsabilità del solo farmaco equivalente, a carico dei SSR, all’interno della categoria terapeutica degli inibitori di pompa protonica, in particolare:



- l'accesso ad altro principio attivo, diverso da quello rimborsato totalmente dalle Regioni con prezzo più basso, appartenente alla stessa categoria terapeutica è diverso da Regione a Regione.

A tal proposito la Regione Sicilia prevede come **deroga al limite di rimborsabilità** solo i casi d'interazioni farmacologiche con altre terapie, la Regione Lazio prevede i casi d'intolleranza, allergia, inefficacia, specifiche terapie concomitanti, trattamenti già in essere con altro gastroprotettore; diversamente la Regione Liguria prevede il caso d'interazioni con terapie concomitanti e l'inefficacia, al contrario la Regione Sardegna prevede la possibilità di controindicazioni, intolleranza o allergia agli eccipienti, ecc.....

Inoltre alcune Regioni come la Liguria prevedono che l'inefficacia del farmaco equivalente debba essere provata attraverso l'assunzione per un determinato periodo (con possibili ulteriori degenerazioni della patologia), altre come il Lazio, non prevedono tale limite.

Ancora, la Regione Sicilia prevede, a differenza di altre Regioni, l'obbligo per i medici ospedalieri, convenzionati accreditati, medici specialistici convenzionati e accreditati con il SSN, ove ritengano necessario prescrivere farmaci con prezzo superiore a quello di riferimento, di stilare un dettagliato piano terapeutico con validità non superiore a 3 mesi.

In ultimo, ma non per importanza, la differenza di prezzo che il cittadino deve versare, qualora non scelga di assumere il farmaco con prezzo di riferimento, è diversa da Regione a Regione, ad esempio la Regione Sicilia rimborsa 0,90 centesimi al giorno, al contrario la Regione Sardegna 0,76 centesimi al giorno, ecc..; in tal modo il grado di accesso alle terapie farmacologiche da parte dei cittadini è diverso da Regione a Regione;

- scarsa informazione dei farmacisti e dei medici di medicina generale in merito alla possibilità prevista dalle Regioni di accedere al farmaco con prezzo superiore a quello di riferimento, impedendo al cittadino di avvalersi di tale possibilità.



c) Nota 79 - Osteoporosi

La nuova Nota 79 prevede anche la prevenzione primaria, entro determinati parametri, come criterio di accesso gratuito ai relativi farmaci.

Nonostante l'AIFA abbia ampliato la categoria di soggetti che possono accedere ai principi attivi previsti dalla Nota, Cittadinanzattiva riceve segnalazioni di cittadini di età inferiore ai 50 anni con diagnosi di osteoporosi grave documentata, con forte rischio di frattura, che non possono accedere al relativo farmaco. L'accesso per tali categorie di pazienti è previsto solo successivamente alla frattura.

Tale situazione potrebbe essere evitata, ampliando l'attuale concetto di prevenzione primaria previsto dalla Nota 79.

A tal proposito le domande che più frequentemente i cittadini si pongono e ci pongono sono le seguenti:

“perché le persone con età inferiore ai 50 anni, con valori che individuano la forte probabilità di fratture, possono accedere gratuitamente al farmaco solo dopo aver subito una frattura? Perché non prima, evitando così l'evento, con i relativi costi per il SSN?”

d) Nota 85 - Alzheimer

Anche in riferimento a tale Nota, i cittadini affetti da Alzheimer e i loro familiari dichiarano di incontrare difficoltà ad accedere ai relativi farmaci, poiché i tempi prospettati dalle UVA per svolgere le visite ed ottenere i relativi piani terapeutici o il rinnovo degli stessi, sono incompatibili con le esigenze dei pazienti, i quali rimangono sprovvisti del farmaco sino allo svolgimento della nuova visita.

Le liste di attesa per accedere alle visite, sono prevalentemente imputabili al numero limitato di UVA sul territorio.

Il dato che emerge chiaro è come il peso della burocrazia vada ad incidere sul diritto alla salute dei singoli cittadini.



Le proposte

e) Nota 4

Premesso che lo strumento EBM vero deve mirare a mettere a disposizione le informazioni più attendibili, lasciando al singolo operatore se applicarle o no sulla base della propria esperienza e della propria autonomia e capacità di valutarne la rilevanza per il singolo paziente nello specifico contesto nel quale è assistito (Alessandro Liberati);

premessi che a noi risulta che la maggior parte dei pazienti reclutati negli studi RCT per il dolore neuropatico cronico, era affetta da polineuropatia diabetica e post erpetica, le forme di più frequente riscontro nella pratica clinica ma numericamente di minor importanza e quindi non particolarmente rappresentative;

premessa tutte le criticità segnalateci dai cittadini e sopra citate;

reputiamo che l'attuale Nota 4, limitando il rimborso dei farmaci antiepilettici ad un ristretto numero di pazienti (in Italia si calcola che il dolore neuropatico colpisca un cittadino su cinque), stabilisce un discrimine tra pazienti affetti dalla stessa malattia;

Cittadinanzattiva chiede all'AIFA:

- che sia presa in considerazione la possibilità di modificare l'attuale Nota 4, allargando la categoria di soggetti che hanno accesso gratuitamente ai farmaci in oggetto e quindi prevedendo una più ampia prescrivibilità, valutando anche la possibilità di riservare la prima prescrizione a medici specialisti di una struttura pubblica universitaria o ospedaliera, di durata variabile ma rinnovabile, a giudizio del medico, tenendo conto del paziente, della sua patologia e del criterio di appropriatezza prescrittiva.

f) Note 1 e 48

Premesso quanto sopra scritto *Cittadinanzattiva chiede all'AIFA e al Ministero della Salute di:*



- pur comprendendo le motivazioni di appropriatezza prescrittiva, economicità dell'attività amministrativa e di governo della spesa farmaceutica (imposti in alcune Regioni dall'adozione di Piani di rientro), che hanno comportato l'emanazione dei provvedimenti regionali in materia di rimborsabilità del solo farmaco equivalente, a carico dei SSR, all'interno della categoria terapeutica degli inibitori di pompa protonica, reputiamo che tali provvedimenti stiano dando luogo di fatto ad un accesso alla categoria dei gastroprotettori diversificato da Regione a Regione, nonché a Prontuari terapeutici praticamente dissimili, compromettendo così l'universalità del servizio pubblico (già sottoposto a duro sforzo dall'attuale federalismo sanitario);
Cittadinanzattiva chiede quindi sia all'AIFA sia al Ministero della Salute di valutare i provvedimenti adottati dalle singole Regioni sulla questione, rimuovendo quelle diversità di trattamento e di accesso ai farmaci attualmente esistenti, garantendo in questo modo quel fondamentale principio di universalità del servizio pubblico e applicazione uniforme dei LEA.

g) Nota 79

Premesso quanto sopra scritto in riferimento alla Nota 79, *Cittadinanzattiva chiede all'AIFA di:*

- valutare la possibilità di rivedere l'attuale concetto di prevenzione primaria, prevedendo la possibilità per i soggetti di età inferiore ai 50 anni, che rispondono agli altri attuali requisiti fissati dalla Nota 79, di accedere ai relativi farmaci.

Il fatto che la condizione di rischio di frattura sia stata documentata solo per i pazienti con età superiore ai 50 anni non è motivo sufficiente per escludere dalla prevenzione primaria i soggetti più giovani, si pensi ad esempio (ma non solo) ai cittadini affetti da artrite reumatoide, i quali generalmente utilizzano farmaci cortisonici.

h) Nota 85

Premesso quanto sopra scritto in riferimento alla Nota 85, *Cittadinanzattiva chiede al Ministero della Salute di:*



- adottare tutti gli opportuni provvedimenti volti a garantire un miglior accesso da parte dei pazienti alle UVA (a causa delle lunghe liste di attesa) ed a semplificare gli attuali adempimenti burocratici, facilitando quindi l'accesso ai relativi farmaci e garantendo che nessun cittadino sia costretto a provvedere a sue spese all'acquisto del farmaco.

II. I Piani terapeutici AIFA e le politiche farmaceutiche regionali

Dalle segnalazioni dei cittadini giunte a Cittadinanzattiva emerge una profonda diversificazione regionale dell'assistenza farmaceutica, basti pensare alle categorie degli inibitori di pompa protonica e delle statine (precedentemente analizzate), ai provvedimenti regionali relativi ai farmaci prescrivibili attraverso i Piani terapeutici dell'AIFA, ai provvedimenti regionali che disciplinano le modalità di prescrizione e distribuzione dei farmaci, ai provvedimenti regionali che individuano precisi tetti di spesa farmaceutica, nonché ai ticket regionali sulla farmaceutica.

Rispetto ai farmaci per i quali sono necessari i piani terapeutici AIFA alcune Regioni, attraverso interpretazioni soggettive delle condizioni individuate dai PT AIFA e l'istituzione di ulteriori procedure burocratiche di approvazione e controllo degli stessi (da parte delle ASL o A.O.), limitano ulteriormente le prescrizioni di tali farmaci e contestualmente istituiscono livelli di assistenza farmaceutica diversi da Regione a Regione.

Un esempio in tal senso è rappresentato dai provvedimenti regionali della **Regione Sicilia**, che disciplinano la prescrizione e la distribuzione del principio attivo **Clopidogrel (Plavix)**.

In particolare (dalle Delibere Regionali in nostro possesso):

- per la condizione di cui al punto 1 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel la Regione Sicilia prevede che la decisione del clinico prescrittore di protrarre il trattamento di ulteriori sei mesi (oltre i 12), deve essere adeguatamente motivata nel piano terapeutico; al contrario la Regione Campania non individua questo ulteriore limite di accesso al farmaco;



- per la condizione di cui al punto 3 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, la Regione Sicilia intende la dicitura “**a breve termine**” come un trattamento non superiore ad un mese, non prevedendo una durata più ampia di 60-90 giorni in casi particolari da documentare, come invece previsto dalla **Regione Campania** (Giunta Regionale Campania – seduta del 03/08/07 – Deliberazione N. 1485 – Area Generale di Coordinamento N. 20);
- per la condizione di cui al punto 2 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, relativamente ai soggetti trattati con stents prevede un trattamento di 6 mesi in associazione con ASA, al contrario la Regione Campania in casi particolari da documentare prevede un possibile rinnovo di ulteriori 6 mesi nei casi di: stent medicato > 20mm, vaso trattato di dimensione < 3mm, lesione su biforcazione di vasi coronarici;
- per la condizione di cui al punto 4 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, la Regione Sicilia non sembra prevedere come controindicazioni ad ASA o ticlopidina l’insuccesso terapeutica documentato di ASA (comparsa di nuovo evento ischemico cerebrale e/o coronario in soggetto in trattamento documentato con ASA, che abbia adeguatamente corretto i fattori di rischio, come raccomandato dalle attuali Linee Guida di prevenzione primaria e secondaria dell’aterotrombosi, con trattamento di 6 mesi rinnovabili con nuovo piano terapeutico), come al contrario prevede la Regione Campania;
- per la condizione di cui al punto 4 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, la Regione Sicilia prevede, ulteriormente rispetto alle disposizioni nazionali, che gli stessi Piani terapeutici vengano inoltrati al Dipartimento IRS al fine del rilascio dell’autorizzazione relativa, con allegati l’istanza dell’assistito o di chi fa le veci, il piano terapeutico AIFA e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi. L’istanza deve essere vagliata e l’eventuale diniego deve essere motivato;
- la Regione Sicilia, diversamente dalla Regione Campania non prevede:
 1. la rimborsabilità del clopidogrel nella prevenzione secondaria di infarto del miocardio, e di ictus, quando sussiste un’arteriopatia obliterante periferica documentata da indice di Windsor inferiore a 0,90, in corso di terapia cronica con ASA e con ticlopidina;



2. la rimborsabilità del clopidogrel successivamente ad intervento di endoarterectomia carotidea (per 4 settimane);

• la Regione Sicilia individua come centri autorizzati alla prescrizione:

1. U.O. di cardiologia con o senza unità coronaria ospedaliera e universitarie con o senza posti letto e le strutture di ricovero e cura private pre-accreditate per la stessa branca;
2. limitatamente alla terapia antiaggregante a lungo termine per la prevenzione secondaria dell'ictus, in pazienti per i quali esiste controindicazione all'ASA o alla ticlopidina, le UU.OO. di neurologia e medicina interna ospedaliera ed universitarie con o senza posti letto e le strutture di ricovero e cura private preaccreditate per le stesse branche;

Al contrario la **Regione Campania** prevede che la diagnosi e il piano terapeutico avvenga, senza alcuna distinzione, attraverso le UU.OO di medicina interna e d'urgenza, di geriatria, di cardiologia e cardiocirurgia, di chirurgia vascolare, neurologia e neurochirurgia delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.UU.PP, IRCS Pascale e Maugeri.

- la Regione Sicilia prevede che i cittadini possono approvvigionarsi del farmaco **solo** presso la farmacia ospedaliera della struttura dove avviene il ricovero, su presentazione del Piano terapeutico e della ricetta SSN rilasciati dall'U.O. prescrittrice.

Solo nel caso in cui l'U.O. specialistica afferisca a strutture fuori Regione e/o a strutture di ricovero e cura private accreditate, l'erogazione avviene attraverso i Servizi farmaceutici delle Aziende ASL di residenza del paziente;

Premesso quanto sopra, emerge che la Regione Sicilia relativamente alla prescrizione del **Clopidogrel (Plavix):**

- interpreta restrittivamente il Piano terapeutico AIFA, limitando ulteriormente l'accesso al farmaco da parte dei cittadini;
- istituisce un minor livello di assistenza farmaceutica rispetto alla Regione Campania e quindi istituisce Livelli Essenziali di Assistenza Farmaceutica (prontuari farmaceutici) diversificati da Regione a Regione;



- istituisce ulteriori procedimenti burocratici autorizzativi e di controllo, che rendono più difficile e/o ritardata nella tempistica la prescrizione da parte dei medici, nonché l'accesso al farmaco da parte dei cittadini; in tal senso è necessario ricordare che per tali pazienti il fattore tempo può essere decisivo per la loro salute;
- individua tipologie di strutture autorizzate alla diagnosi e al rilascio del P.T. AIFA che non soddisfano pienamente le esigenze di salute dei pazienti: è noto, che quasi in tutte le Regioni, molti pazienti che accedono alle strutture sanitarie, a causa di mancanza di posti letto, o per varie altre valutazioni mediche, vengono accolti in reparti non totalmente appropriati alle esigenze di salute (es. a fronte di problemi cardiologici può seguire un ricovero nel reparto di "medicina"), ciò costituisce un'ulteriore possibile causa di mancato accesso al clopidogrel;
- istituisce una modalità di distribuzione del farmaco che ne rende difficoltoso l'accesso per i pazienti: non è possibile pensare che l'approvvigionamento del farmaco da parte del paziente, in alcuni casi, debba avvenire all'interno della struttura ospedaliera che ha rilasciato il PT, poiché sono molti i cittadini che decidono di accedere ad una struttura sanitaria al di fuori della loro Provincia di residenza;

Le proposte

Cittadinanzattiva chiede alla Regione Sicilia di:

- garantire, per la condizione di cui al punto 1 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, la prescrivibilità del farmaco fino a 18 mesi, come previsto dal PT AIFA, senza prevedere **ulteriormente** che "la decisione del clinico prescrittore di protrarre il trattamento di ulteriori sei mesi (oltre i 12), debba essere adeguatamente motivata nel piano terapeutico"; non comprendiamo la necessità di tale precisazione, visto che qualsiasi prescrizione debba essere già di per se adeguatamente motivata;
- prevedere, per la condizione di cui al punto 3 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, l'erogazione del farmaco per una durata più ampia di 60-90 giorni in casi particolari da documentare, come invece previsto dalla **Regione Campania** (Giunta Regionale Campania – seduta del 03/08/07 – Deliberazione N. 1485 – Area Generale di Coordinamento N. 20);



- prevedere, per la condizione di cui al punto 2 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, relativamente ai soggetti trattati con stents, un possibile rinnovo del PT di ulteriori 6 mesi (rispetto a 6 mesi già previsti) nei casi di stent medicato > 20mm, vaso trattato di dimensione < 3mm, lesione su biforcazione di vasi coronarici;
- prevedere, per la condizione di cui al punto 4 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, che l'insuccesso terapeutico documentato di ASA (comparsa di nuovo evento ischemico cerebrale e/o coronario in soggetto in trattamento documentato con ASA, che abbia adeguatamente corretto i fattori di rischio, come raccomandato dalle attuali Linee Guida di prevenzione primaria e secondaria dell'aterotrombosi, con trattamento di 6 mesi rinnovabili con nuovo piano terapeutico) rientri nei casi di controindicazione ad ASA o ticlopidina;
- **abolire**, per la condizione di cui al punto 4 del Piano terapeutico AIFA per la prescrizione del Clopidogrel, gli **ulteriori procedimenti burocratici di autorizzazione e controllo** da parte del Dipartimento IRS dei PT redatti dalle strutture sanitarie (con allegati l'istanza dell'assistito o di chi fa le veci, il piano terapeutico AIFA e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi); tale misura sembra rendere più difficoltoso e più lungo l'iter di accesso al farmaco da parte del cittadino, per il quale il fattore tempo è particolarmente importante;
- prevedere la rimborsabilità del clopidogrel nella prevenzione secondaria di infarto del miocardio, e di ictus, quando sussiste un'arteriopatia obliterante periferica documentata da indice di Windsor inferiore a 0,90, in corso di terapia cronica con ASA e con ticlopidina;
- prevedere la rimborsabilità del clopidogrel successivamente ad intervento di endoarterectomia carotidea (per 4 settimane);
- prevedere che per tutte le condizioni previste dal Piano terapeutico AIFA le strutture autorizzate alla prescrizione del clopidogrel siano quelle di medicina interna e d'urgenza, di geriatria, di cardiologia e cardiocirurgia, di chirurgia vascolare, neurologia e neurochirurgia (di presidi ospedalieri, A.O., A.S.L., cliniche private convenzionate); in tal modo verrebbe garantito maggiormente l'accesso al farmaco a



tutti quei pazienti che ne necessitano, prescindendo dal loro ricovero in uno specifico reparto;

- prevedere, senza alcuna distinzione, la distribuzione del farmaco presso i servizi farmaceutici della A.S.L. di residenza del paziente (garantendo il servizio di consegna a domicilio nei confronti dei cittadini più anziani e/o che abitano in zone particolarmente distanti dalle A.S.L.).

*Cittadinanzattiva chiede inoltre all'AIFA e al **Ministro della Salute** di:*

- rimuovere quei provvedimenti regionali nel settore farmaceutico che limitino ulteriormente il diritto di accesso al farmaco previsto dalla normativa nazionale (LEA) e che diano luogo a Livelli Essenziali di Assistenza Farmaceutica diversificati da Regione a Regione.

III. Limitazioni delle prescrizioni

Il **12 %** delle segnalazioni in materia di farmaci ha ad oggetto la difficoltà, da parte di alcuni cittadini, ad ottenere la prescrizione o quantomeno una prescrizione adeguata alle proprie esigenze, dei farmaci garantiti dal SSN dei quali necessitano.

Le motivazioni sono molteplici e riconducibili a:

- tetti di spesa individuati da ciascuna ASL che i medici di medicina generale non devono superare;
- politiche farmaceutiche regionali che istituiscono in alcuni casi ulteriori limitazioni nell'accesso ai farmaci rispetto a quanto previsto a livello nazionale;
- limitazione del numero di confezioni di alcuni medicinali prescrivibili per singola ricetta (Statine per la Regione Lazio);
- costo elevato di alcuni farmaci;
- onerosità di specifiche categorie di pazienti, i quali affetti da patologie croniche necessitano di molti farmaci;



- premi ai MMG da parte della ASL nel caso di riduzione della spesa farmaceutica per specifiche categorie di farmaci; a tal proposito Cittadinanzattiva stigmatizza profondamente tale prassi.

Le categorie di farmaci in relazione alle quali i cittadini hanno riscontrato difficoltà ad ottenere le relative prescrizioni sono molteplici, tra le quali evidenziamo gli inibitori della pompa protonica e le statine, nonché i farmaci per i quali è necessaria l'adozione dei Piani terapeutici AIFA, quest'ultimi disciplinati dalle diverse normative regionali che limitano ulteriormente l'accesso ai farmaci (in particolare il clopidogrel – Plavix nella Regione Sicilia) e producono livelli regionali diversificati di assistenza farmaceutica.

In merito agli inibitori della pompa protonica ribadiamo quanto scritto precedentemente.

In merito alle statine è necessario evidenziare come la normativa della Regione Lazio ne imponga la monoprescrizione, comportando ovviamente un disagio per i cittadini, che si trovano obbligati per accedere alla terapia a non potersi allontanare dalla propria abitazione di residenza, pena il costo della prestazione (prescrizione) del MMG fuori distretto.

Sempre in riferimento alla categoria terapeutica delle statine, al problema delle limitazioni alle prescrizioni, nonché a quello delle politiche regionali farmaceutiche che istituiscono gradi diversi di accesso alle terapie, si pone la Legge della Regione Sicilia n. 12 del 2/05/2007, la quale oltre ad introdurre anche per tale categoria il meccanismo del prezzo di riferimento, la percentuale obbligatoria di prescrizione del farmaco non coperto da brevetto, l'allineamento dei parametri di consumo dei farmaci a quelli medi nazionali relativi alla stessa categoria, impone anche il controllo sulle prescrizioni e sui consumi degli stessi farmaci.

Proprio in tale senso è utile precisare che le segnalazioni inerenti le limitazioni alla prescrivibilità dei farmaci, come conseguenza dei tetti di spesa imposti dalle Regioni e ASL o di rigidi controlli, provengono anche dalle stesse categorie dei medici, i quali pur consapevoli di prescrivere con appropriatezza, di fatto sono ostacolati nel farlo a causa dello stretto controllo delle amministrazioni del tetto di spesa programmato; da ciò consegue che in alcune situazioni si privilegia il governo della spesa farmaceutica a discapito della salute dei cittadini, anche per non incorrere in possibili richiami da parte delle ASL.

In merito ai farmaci per i quali è necessaria l'adozione dei Piani terapeutici AIFA va segnalato come alcune Regioni (ad es. la Regione Sicilia per clopidogrel –Plavix) attraverso



interpretazioni soggettive delle condizioni individuate dai PT AIFA e l'istituzione di ulteriori procedure burocratiche di approvazione e controllo degli stessi, da parte delle ASL o A.O., limitino praticamente le prescrizioni di tali farmaci, quindi l'accesso alle terapie da parte dei cittadini.

Le proposte

Premesso quanto sopra, comprendendo le necessità regionali di contenimento della spesa farmaceutica, dettate anche per alcune Regioni dai singoli Piani di rientro dai deficit, Cittadinanzattiva reputa che nessuna limitazione alla prescrizione dei farmaci garantiti ai cittadini dal SSN possa essere praticata indiscriminatamente per motivi di contenimento della spesa farmaceutica: il governo della spesa non può prevalere sul diritto alla salute.

Reputiamo inoltre che i Livelli Essenziali di Assistenza farmaceutica individuati a livello nazionale devono essere garantiti da tutte le Regioni, le quali dovrebbero potenziarne il contenuto, anziché come alcune volte accade diminuirlo.

Ciò premesso *Cittadinanzattiva chiede al **Ministero della Salute** di:*

- monitorare, nonché di adoperarsi per rimuovere (anche alla luce del Progetto “Mattoni del SSN” come strumento di controllo dell'effettiva erogazione dei LEA), qualora ne ricorrano i requisiti, tutti quei provvedimenti regionali e/o delle singole ASL che possano limitare ulteriormente, anche per motivi di natura economica, il diritto di accesso dei cittadini a tutti quei farmaci che sono loro garantiti dal SSN (parte integrante dei LEA).

IV. Indisponibilità dei farmaci ospedalieri (fascia H)

Il **6 %** delle segnalazioni riguardano l'indisponibilità dei farmaci in fascia H all'interno delle strutture ospedaliere e quindi della limitazione dell'accesso a tali farmaci da parte dei cittadini.



I farmaci che più spesso sono indisponibili all'interno delle strutture sanitarie sono: chemioterapici, gammaglobuline, TSH ricombinante.

La somministrazione di tali farmaci in alcuni casi è effettuata anche con 1 mese di ritardo rispetto alla tempistica prevista dagli specifici protocolli terapeutici.

Tale fenomeno reca disagi al cittadino e in alcuni casi anche il peggioramento del quadro clinico dello stesso, basti pensare ai farmaci chemioterapici e a quanto in questo campo il fattore tempo sia determinante.

E' utile precisare che i disservizi si risolvono immediatamente attraverso una semplice segnalazione scritta degli utenti, ma all'interno della stessa struttura gli stessi disservizi si ripropongono subito dopo.

Le segnalazioni relative ai farmaci in fascia H, oltre ad evidenziare l'indisponibilità degli stessi, ci informano anche delle difficoltà da parte del cittadino ad ottenerne la prescrizione; un esempio in tal senso riguarda il TSH ricombinante.

Le cause di tale problematica sono da attribuire ai costi di tali farmaci, agli adempimenti burocratici (PT, approvazione del PT ecc..) diversificati da Regione a Regione, nonché nella scarsa informazione/aggiornamento dei medici.

Le proposte

Premesso quanto sopra *Cittadinanzattiva* chiede all'**AIFA** e al **Ministero della Salute** di:

- invitare le Regioni a verificare e garantire costantemente l'approvvigionamento e la somministrazione dei farmaci in fascia H da parte delle strutture ospedaliere;
- invitare le Regioni a semplificare ed uniformare l'accesso a tali farmaci, in modo da garantire sul territorio nazionale un uniforme diritto di accesso;
- provvedere ad un'adeguata informazione nei confronti dei medici ospedalieri in merito alla disponibilità e dispensabilità degli stessi farmaci.



V. Farmaci irreperibili

L'**8%** delle segnalazioni ha ad oggetto l'irreperibilità, all'interno del territorio nazionale, di farmaci autorizzati al commercio in Italia.

I farmaci segnalati come irreperibili sono molteplici, tra i quali: gestrinone (Dimetrose), Cellulin retinale e Thiola.

L'irreperibilità dà luogo non solo al mancato accesso al farmaco, ma anche all'assunzione dei relativi costi da parte del cittadino, il quale oltre ad acquistare il farmaco, deve sostenere i costi di viaggio e un notevole disagio.

Il dato che risulta chiaro dalle segnalazioni è la mancanza di conoscenza da parte dei medici, dei farmacisti e dei cittadini delle procedure, previste dalla normativa vigente (D.M. 11/02/1997 "Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero"), per importare i farmaci irreperibili in Italia ma comunque autorizzati al commercio; lo stesso discorso vale per specialità medicinali registrate all'estero ma non autorizzate al commercio in Italia, anche se in tal senso la Finanziaria 2007 e il Ddl della Finanziaria 2008 ha modificato alcuni aspetti.

Le proposte

Premesso quanto sopra scritto *Cittadinanzattiva chiede all'AIFA di:*

- continuare, rendendola più incisiva, l'attività di monitoraggio in merito alla irreperibilità dei farmaci autorizzati al commercio in Italia, nonché nell'attività volta a garantire la reperibilità degli stessi, come accaduto per il caso "Zarontin";

Cittadinanzattiva chiede inoltre all'AIFA e al Ministero della Salute di:

- diffondere maggiormente l'informazione sulle modalità d'importazione dall'estero delle specialità medicinali irreperibili all'interno del territorio nazionale (D.M. 11/02/1997), nei confronti di medici, farmacisti e cittadini.



VI. Malattie rare

Continuano a giungere alla nostra Organizzazione segnalazioni da parte dei cittadini che affetti da malattie rare, non possono accedere gratuitamente ai relativi farmaci e prodotti parafarmaceutici (come ad es. creme particolari), sostenendo costi insostenibili.

E' necessario evidenziare che attualmente tali categorie di pazienti sono oggetto di disparità di trattamento rispetto ai pazienti affetti da patologia cronica.

Il D.M. 18 maggio 2001 n. 279 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie", prevede all'art.6 comma 3 che "le Regioni, sulla base del fabbisogno della propria popolazione, predispongono modalità di acquisizione e di distribuzione agli interessati dei farmaci specifici, anche mediante la fornitura diretta da parte dei servizi farmaceutici pubblici".

L'articolo non da luogo ad un'interpretazione univoca, e quindi solo alcune Regioni attualmente garantiscono gratuitamente i farmaci atti alla cura di tali patologie, attuando all'interno della stessa categoria di pazienti, una diversità di trattamento in relazione alla Regione e/o ASL di residenza.

Le proposte

Premesso quanto sopra *Cittadinanzattiva chiede al **Ministro della Salute** di:*

- modificare il comma 3 dell'art. 6 del Decreto Ministeriale 18 maggio 2001 n. 279, prevedendo l'obbligo per tutte le Regioni di garantire gratuitamente i farmaci (e parafarmaci) atti alla cura delle patologie rare, attraverso le risorse economiche che si sono liberate e che continueranno a liberarsi con il consumo dei farmaci equivalenti, avviandone la discussione nella Finanziaria 2008;

*Cittadinanzattiva chiede inoltre al **Parlamento italiano** e al **Ministro della Salute** di:*



- appoggiare e velocizzare l'approvazione del Ddl n. 1426 "Norme a sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani e della cura delle malattie rare", presentato al Senato della Repubblica dall'On. Ignazio R. Marino;
- prevedere già nell'iter di approvazione della legge Finanziaria 2008 uno specifico fondo per garantire l'assistenza farmaceutica a tale categoria di pazienti;

VII. Farmaci off label

Il **9%** delle segnalazioni ha ad oggetto l'utilizzo **off-label** di alcuni farmaci.

Le problematiche correlate sono:

- costi ingenti e a totale carico del cittadino – in particolar modo per quelli utilizzate in campo oncologico, per i quali si arriva a sostenere una spesa pari anche a 20.000,00€.
- difficoltà di accesso per quelli utilizzati in ambiente ospedaliero (OSP1, OSP2).
- difficoltà ad accedere all'utilizzo off label rispetto agli anni passati, a causa della norma in materia contenuta nella finanziaria 2007;
- mancata previsione nell'elenco della Legge 648/1996 di alcune fattispecie, nonostante i passi in avanti fatti dall'AIFA nel corso del 2007 con la Determinazione 29 Maggio 2007 e con la Determinazione 16 Ottobre 2007;
- necessità di dover ricorrere al Giudice, al fine di ottenere l'erogazione gratuita di tali farmaci;
- difficoltà di accedere alle sperimentazioni per l'utilizzo off-label;
- difficoltà ad accedere alle informazioni sulle sperimentazioni in atto;

Tra i farmaci oggetto delle segnalazioni, riportiamo:

- Tarceva, Sutent e Somavert, assunti contemporaneamente per la cura del carcinoma pancreatico (dalle segnalazioni emergono risultati importanti);
- Keppra assunto per l'irrigidimento dei muscoli, conseguente a siringomielia;



- Sorafenib assunto per la cura di epatocarcinoma;
- Avastin in abbinamento con Taxotere e Gemcitabina assunto per carcinoma neuroendocrino;
- Tolep 600mg assunto per polineuropatia;
- Cialis per le lesioni cutanee da sclerosi sistemica (sclerodermia);
- aripiprazolo (Abilify) per il disturbo bipolare:
 1. a tal proposito l'U.S. FDA ha già approvato la nuova indicazione terapeutica per il farmaco per il mantenimento dell'efficacia nei pazienti con disturbi bipolari di tipo 1 con un recente episodio maniacale o misto, che è stato stabilizzato e mantenuto per almeno 6 settimane;
 2. in Italia già si procede alla prescrizione off-label per il disturbo bipolare (atti del XXVIII Congresso SIFO, Rimini 8-11 ottobre 2007).

Le proposte

Premesse le criticità segnalate dai cittadini, l'attuale diffuso utilizzo off label di molti farmaci attraverso prescrizioni da parte di centri pubblici specializzati, i miglioramenti clinici dimostrabili di molti cittadini (in particolare i pazienti oncologici con metastasi), le innumerevoli sentenze attraverso le quali le ASL sono state obbligate a farsi carico dei costi di tali terapie (giudizi nei quali sono state svolte perizie/approfondimenti di periti e valutazioni di molti giudici);

premesso l'art. 3, comma 2 del Decreto Legge n. 23 del 1998, che prevede (derogato in parte dalla Legge Finanziaria 2007) l'utilizzo off label di farmaci per quei pazienti che non ottengono benefici con quei medicinali per i quali sia già approvata quell'indicazione terapeutica, previa assunzione di responsabilità del medico, consenso informato al paziente e previsione dello stesso uso off label basato su pubblicazioni scientifiche accreditate internazionali;

premesso il D.M. 11/02/1997 "Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero";



premesso che la tempistica necessaria per lo svolgimento della sperimentazione clinica dei farmaci è piuttosto lunga, spesso incompatibile con le singole necessità dei pazienti;

premesso che attualmente sono in corso somministrazioni off label (non previste nell'attuale elenco L. 648/1996) di alcuni farmaci, con effetti positivi sui pazienti e che la loro interruzione avrebbe effetti diretti sul percorso terapeutico intrapreso e quindi sullo stato di salute;

premesso che il divieto di prescrizione off label dei farmaci previsto dal Ddl n. 1817 Finanziaria 2008 (art. 46 comma 1), potrebbe comportare la necessità per i cittadini di recarsi all'estero al fine di accedere alle terapie appropriate al loro stato di salute, incentivando così gli attuali "viaggi della speranza";

Cittadinanzattiva reputa:

che le norme contenute sia nella precedente Legge Finanziaria 2007 (art.1 comma 796 lett. z L. 296/2006), sia nel Ddl n. 1817 Finanziaria 2008 (art. 46 comma 1), sull'utilizzo off label dei farmaci, impongano eccessive restrizioni sia in riferimento all'attività prescrittiva dei medici (sminuendone anche le competenze professionali), sia in riferimento al diritto alla salute e al diritto alla personalizzazione delle cure dei cittadini.

In tal senso pensiamo che una medicina basata solo ed esclusivamente sulle prove di evidenza, cioè sui grandi trial clinici, non può che essere considerata riduttiva ed inevitabilmente inadeguata alle scelte da compiere per il singolo paziente, in quanto applicazione razionale ma pedissequa, quasi burocratica delle conoscenze più recenti derivanti da ampie sperimentazioni rese note su pubblicazioni internazionalmente accreditate.

Non è pensabile che un qualsiasi modello, pur basato su prove sperimentali, possa essere in grado di indicare in modo diretto, per non dire automatico, quale comportamento tenere e quali procedure attivare in circostanze nelle quali è sempre presente una varietà quasi incommensurabile dei sintomi, della malattia, del malato.



E' opportuno ricordare sempre che il medico quello che tratta è il singolo paziente reale e non il paziente medio virtuale e che il progresso scientifico non è ancora riuscito a mettere a punto risposte in tutti i vari ambiti di intervento e specie in aree difficili come le cronicità e le malattie rare.

In tal senso si pone l'art. 3, comma 2 del Decreto Legge n. 23 del 1998, poiché prevede l'utilizzo off label dei farmaci, con opportune garanzie per i pazienti, imponendo un'assunzione di responsabilità del medico prescrittore e l'esistenza di una letteratura medica in materia.

Tale norma secondo il nostro punto di vista sembra maggiormente rispondere alle esigenze di cura del paziente, alla tutela della sua salute, al suo diritto alla personalizzazione delle cure, ottenendo cure adeguate al suo specifico stato di salute (che potrebbe essere differente da quello dei soggetti che partecipano alle sperimentazioni cliniche), valorizzando inoltre le competenze professionali dei singoli medici.

Ritenuto quanto sopra, *Cittadinanzattiva chiede al Parlamento italiano e al Ministro della Salute di:*

- modificare l'art. 46 comma 1 Ddl n. 1817 Finanziaria 2008, prevedendo l'utilizzo off label dei farmaci così come previsto dall'art. 3 comma 2 del Decreto Legge n. 23 del 1998, coniugando così sia l'esigenza concreta e attuale di accesso alle cure "personalizzate" di moltissimi cittadini, sia la contestuale sicurezza delle stesse cure; in caso contrario bisognerebbe giungere alla conclusione che tutti gli utilizzi off label di farmaci praticati sinora, nonché le decisioni adottate dai giudici in materia, siano stati inappropriati e poco attenti alla sicurezza dei pazienti;
- prevedere, qualora non si voglia procedere con la modifica sopra proposta:
 1. una disciplina dettagliata per coloro che sono attualmente in cura attraverso utilizzo off label di farmaci, pena la loro impossibilità di curarsi;
 2. di facilitare l'accesso alle sperimentazioni cliniche (anche rispetto l'accesso alle informazioni), prevedendo la possibilità di parteciparvi al più ampio numero possibile di persone;



Cittadinanzattiva chiede inoltre all'AIFA di:

- procedere ad un costante e puntuale aggiornamento/integrazione dell'elenco dei farmaci previsti dalla L. 648/1996, come già effettuato durante il 2007 con la Determinazione 29 Maggio 2007 e con la Determinazione 16 Ottobre 2007, allargando l'elenco anche ai quei farmaci che non siano propriamente "oncologici", nonché prevedendo la consultazione delle organizzazioni di tutela dei pazienti;
- diffondere maggiormente tra i medici, i cittadini e le associazioni dei pazienti, la possibilità di poter accedere alle informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci in atto, attraverso l'utilizzo del sito internet dell'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali, ancora troppo poco conosciuto;

VIII. Distribuzione diretta

Il **4%** delle segnalazioni dei cittadini in materia di farmaci hanno ad oggetto alcune disfunzioni relative al meccanismo della distribuzione diretta dei medicinali, ormai praticato da molte Regioni e da molte ASL.

La problematica maggiormente segnalata consiste nella difficoltà per alcuni cittadini, in particolari anziani residenti in zone particolarmente distanti dalle ASL, di ritirare i farmaci oggetto di distribuzione diretta presso i servizi farmaceutici delle stesse ASL.

La difficoltà è legata all'eccessiva distanza che intercorre tra i servizi farmaceutici delle ASL e le abitazioni di alcuni cittadini, che in alcuni casi può raggiungere anche i **70km**.

Il problema rappresenta sia un costo aggiuntivo per i cittadini (spese di viaggio), sia un'ulteriore difficoltà di accesso ai farmaci.

Le proposte

Cittadinanzattiva chiede al Ministero della Salute di:

- adottare un provvedimento di coordinamento ed indirizzo rivolto alle Regioni, al fine di favorire l'adozione da parte di queste di specifici provvedimenti volti a garantire, nei



confronti dei cittadini anziani e/o particolarmente distanti dai servizi farmaceutici delle ASL, il servizio di consegna a domicilio dei medicinali oggetto di distribuzione diretta.

IX. Terapia del dolore

L'Italia continua ad essere uno degli ultimi Paesi in Europa per l'utilizzo di farmaci oppioidi per la terapia del dolore, violando in tal modo il "***diritto a evitare le sofferenze ed il dolore non necessari***", sancito nella Carta europea dei diritti del malato.

Dall'ultima indagine sul rispetto del diritto a non soffrire condotta da Cittadinanzattiva nel 2006 emerge che la possibilità di accedere alle terapie del dolore dipende quasi totalmente dalla discrezione delle strutture e degli operatori.

Dal secondo rapporto sull'assistenza domiciliare oncologica presentato da Cittadinanzattiva nel 2005 risulta che ben il **42%** dei medici di famiglia delle A.S.L. coinvolte non ha mai ritirato il ricettario speciale, l'unico strumento che oggi permette la prescrizione dei farmaci oppioidi ai malati in grave stato di sofferenza (malati oncologici in fase terminale, malati cronici gravi di patologie come la sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, epilessia, ecc..).

L'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale anche per la prescrizione di farmaci oppioidi semplificherebbe l'accesso ai farmaci per la terapia del dolore.

In tal senso esprimiamo soddisfazione per il via libera accordato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato al Ddl 1249 "semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute", che prevede l'abolizione del ricettario speciale a ricalco per la prescrizione dei farmaci oppioidi contro il dolore severo, dopo che nella sessione Bilancio del Senato è stato stralciato l'art. 46 comma 6 del Ddl 1817 "Finanziaria 2008" contenente la stessa norma.

Premesso quanto sopra, *Cittadinanzattiva chiede al Parlamento italiano e al Ministro della Salute di:*

- velocizzare l'approvazione definitiva del Ddl 1249 "semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute";



al fine di velocizzare ulteriormente l'abolizione del ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci oppioidi contro il dolore severo, *Cittadinanzattiva chiede in particolare al **Ministro della Salute** di:*

- proporre un ulteriore e specifico emendamento, inerente l'abolizione del ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci oppioidi contro il dolore severo, in fase di conversione del Decreto-Legge 1/10/2007 n. 159 "interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale".

X. Farmaci di automedicazione

Il Decreto Bersani convertito con la Legge 248/2006 ha previsto la possibilità di vendita dei farmaci senza obbligo di prescrizione nei canali alternativi alle farmacie.

Tale provvedimento rappresenta certamente una misura a tutela del cittadino poiché istituisce una maggiore concorrenza e favorisce la diminuzione dei prezzi dei farmaci.

*Premesso quanto sopra Cittadinanzattiva chiede al **Parlamento italiano** e al **Ministro della Salute** di:*

- promuovere maggiormente la diffusione della vendita dei farmaci senza obbligo di prescrizione nei canali alternativi alle farmacie.