

Dalla farmacia territoriale alle grandi catene di distribuzione: origini, contesto attuale e sviluppo di nuovi scenari



Calascibetta Francesca, Davide Marianna, D'Orio Denise, Fahle Shadi,
Mancini Annalisa, Mercogliano Maria Rosaria, Quercetti Assia Chiara

Master Scienziati in Azienda - XVI Edizione

Baveno, 11 Dicembre 2015



INDICE

1.ABSTRACT.....	4
1. SOMMARIO.....	5
2. L'EVOLUZIONE DELLA FARMACIA.....	6
2.1 La farmacia oggi.....	9
2.2 Giurisprudenza comunitaria in ambito farmaceutico.....	11
2.3 Il servizio farmaceutico nell'ordinamento comunitario.....	12
2.4 Modelli di proprieta'.....	15
3. IL CONTESTO SOCIO ECONOMICO.....	19
3.1 La crisi dello stato sociale e prospettive future.....	19
3.2 L'Italia in cifre.....	21
3.3 Il contenimento della spesa sanitaria.....	24
3.4 La nuova assistenza territoriale.....	25
4. DALL'AZIENDA PRODUTTRICE ALLA VENDITA AL DETTAGLIO: IL CIRCUITO DEL FARMACO	27
4.1 Gli attori: depositari e grossisti.....	29
4.2 Distribuzione intermedia in EU: scenari futuri.....	30
4.3 I canali finali della distribuzione: farmacia, parafarmacia e corner GDO (grande distribuzione organizzata).....	32
4.3.1 La farmacia.....	33
4.3.2 Le parafarmacie.....	33
4.3.3 La GDO.....	34
5. LA REDDITIVITA' DELLA FARMACIA	35
5.1 Le farmacie in catena: i benefici.....	39
5.2 Servizi per i clienti finali	41
5.3 Modelli di aggregazione: in crescita sull'onda della crisi.....	42
5.3.1 Gruppo d'acquisto.....	44
5.3.2 Gruppo di vendita.....	45
5.3.3 Catena integrante: catene volontarie e cooperative.....	45
5.3.3.1 Catene volontarie.....	46
5.3.3.2 Catene delle cooperative.....	47
5.3.4 Catene in franchising.....	48



6. IL SISTEMA DELLE FARMACIE NEL MONDO.....	50
6.1 Il fenomeno delle aggregazioni tra le farmacie negli usa.....	50
6.2 Walgreens: passato e presente.....	53
6.3 Il fenomeno delle aggregazioni tra le farmacie in UK.....	54
6.4 Boots: storici salienti.....	57
6.5 La nascita di Alliance Boots.....	58
6.6 Walgreens Alliance Boots: leader mondiale delle farmacie.....	59
6.7 Il ruolo del farmacista in Inghilterra.....	60
6.8 Intervista ad una Pharmacy Manager.....	61
6.9 Il modello delle farmacie in Francia.....	64
7. VERSO LE SOCIETA' DI CAPITALI IN ITALIA.....	66
7.1 L'articolo 48 del Disegno di Legge n.2085 del 2015 "Misure per incrementare la concorrenza nella distribuzione farmaceutica".....	66
7.2 Le posizioni degli stakeholders.....	74
7.2.1 FOFI – Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani.....	74
7.2.2 ENPAF – Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Farmacisti.....	76
7.2.3 AGCM – Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.....	77
7.2.4 Associazioni dei consumatori.....	78
7.2.4.1 Altroconsumo.....	78
7.2.4.2 Codacons.....	78
7.2.4.3 Adiconsum.....	79
7.2.5 Associazioni di categoria.....	79
7.2.5.1 Federfarma.....	79
7.2.5.2 MNLF – Movimento Nazionale Liberi Farmacisti.....	81
7.2.5.3 FNPI – Federazione Nazionale Parafarmacie Italiane.....	82
7.2.6 Distribuzione intermedia.....	83
7.2.6.1 ADF – Associazione Distributori Farmaceutici.....	83
7.2.6.1.1 Il caso di Alliance Boots.....	84
8.Conclusioni: il panorama futuro.....	86
9 Bibliografia.....	96



1.ABSTRACT

The idea of our project work comes out from the latest news of the merger between two of the largest drug retailing chains in the United States, Walgreens Boots Alliance, led by two italians, the Chief Executive Officer Stefano Pessina and the Executive Vice President Ornella Barra, and its rival Rite Aid, founded in 1962 and publicly-traded at the NYSE.

The \$17.2 billion deal puts together the nation's second and third largest pharmacy chains that combined will have nearly 12,900 U.S. stores. That would catapult the merged company above CVS, which has 7,800 drugstores.

"Our complementary retail pharmacy footprints in the U.S. will create an even better network, with more health and wellness solutions available in stores and online," WBA CEO Stefano Pessina said. "This combination will generate a stronger base for sustainable growth and investment into Rite Aid stores, while realizing synergies over time."

Our work will start with a brief description of the US and UK markets lead by big pharmaceutical chains. Furthermore, after an analysis of the Italian context, our focus is to examine who the cost savings would effect the business and influence the wellness of the population, highlighting how the current italian scenario would change in the event that this group invests in Italy

The american model its not just a matter of business but also a deeply-rooted lifestyle. Is the conservative italian system, accustomed to the traditional concept of pharmacy, ready to change?

1.SOMMARIO

Il nostro interesse parte dalla notizia attualissima della fusione tra le due macro aziende Walgreens Boots Alliance - colosso americano delle farmacie guidato dal Chief executive italiano, Stefano Pessina ed Ornella Barra- ed il rivale Rite Aid - catena di farmacie statunitensi quotata nel listino della NYSE fondata nel 1962. Il nuovo gruppo avrà a disposizione una rete di 13.000 farmacie in undici nazioni a copertura capillare nelle più grandi città e prevederà risparmi per almeno un miliardo di dollari come risultato di tali sinergie. Lo scopo del nostro lavoro sarà quello di evidenziare come cambierebbe l'attuale scenario delle farmacie italiane nel caso in cui questo gruppo investisse nel nostro paese data l'attuale legislazione in vigore (DDL Concorrenza). Il nostro lavoro partirà da una breve analisi del mercato americano, dove la distribuzione dei farmaci è a carico delle grandi catene farmaceutiche, per poi focalizzarci sull'analisi del contesto italiano allo stato attuale. Analizzeremo come l'abbattimento dei costi ed il nuovo network sul territorio, conseguente al cambiamento dell'offerta delle farmacie, influenzerà il benessere dei pazienti. Infine evidenzieremo come tale introduzione si tradurrà in necessità di un ammodernamento socio-culturale del popolo italiano. Il modello di distribuzione dei farmaci a livello americano non è solo una scelta di business ma anche uno stile di vita altamente radicato nella mentalità del cittadino medio. Sarà matura la realtà italiana, abituata alla tradizione delle farmacie, a scontrarsi con un'imminente nuova realtà che considera la salute personale come un bene di consumo?



2.L'EVOLUZIONE DELLA FARMACIA

La farmacia moderna, almeno come siamo abituati a pensarla, è una istituzione di circa 120 anni. Come tutte le realtà vitali, nel corso del tempo la farmacia ha cambiato il proprio profilo adattando ai diversi momenti storici, evolvendo da negozio di speziale di fine ottocento a punto di distribuzione di farmaci innovativi prodotti dall'industria, per divenire infine luogo di prevenzione della salute e mantenimento del benessere.

Negli anni immediatamente successivi all'unità d'Italia non esisteva una normativa che regolamentasse l'esercizio della farmacia [1].

La **legge Crispi** (legge 22 dicembre 1888, n. 5849) rappresentò il primo passo per uniformare nel territorio nazionale tale materia. All'epoca il farmacista che assumeva la qualifica di "Speziale" era colui che preparava, con il medico, i medicinali necessari per la cura della malattia [2].

La legge Crispi si ispirò principalmente alla massima libertà nell'apertura ed esercizio delle farmacie, senza limiti a carico del proprietario che poteva non essere laureato ed avere la proprietà su più farmacie, con il solo obbligo della direzione responsabile di un farmacista. Tutto ciò provocò nell'arco di un ventennio una elevatissima concentrazione di farmacie nelle grandi città o nei centri altamente popolati ed il parallelo abbandono dei centri a bassa densità di popolazione [1].

Nel 1913, con la **riforma Giolitti** [3], si afferma il principio che l'assistenza farmaceutica alla popolazione, e quindi l'esercizio della farmacia, è un'attività primaria dello Stato, esercitata direttamente dallo stesso attraverso gli Enti locali (comuni), oppure delegata a privati per l'esercizio, in regime di concessione governativa. Si passa, quindi, da un diritto di natura patrimoniale ad un diritto di natura ordinaria: l'esercizio farmaceutico è una concessione governativa "ad personam", ottenuta attraverso concorso pubblico, per esami, senza possibilità d'acquisto, vendita, o trasferimento per successione. La concessione durava quanto la vita del titolare.

Fu istituita la **pianta organica** per l'apertura di nuove farmacie, secondo un criterio che si basava sul numero di residenti; l'apertura delle farmacie non era più discrezionale, ma avveniva sulla base della pianta organica delle sedi farmaceutiche [3].



La legge Giolitti, rappresentò uno strumento legislativo estremamente importante per la successiva stesura del Testo unico delle leggi sanitarie in materia di servizio farmaceutico, approvato con regio [4], e del Regolamento per il servizio farmaceutico [5, 1].

L'ordinamento Giolitti restò in vigore sino al 1968, quando le leggi 221/68 e 475/68 (**Riforma Mariotti**) [6], apportarono diverse e sostanziali modifiche all'istituto della farmacia. Tale riforma reintroduce la facoltà di trasferire le farmacie, condizionandola però ad un insieme di vincoli e limitazioni, successivamente modificati dalla legge 362/91. Con tale riforma si è stabilito il diritto di trasferire una concessione dello Stato, conseguita per concorso, contestualmente alla vendita dell'esercizio commerciale. Il trasferimento all'inizio era consentito solo ai privati e vietato per le farmacie comunali, ma nel 1991 è stata definitivamente consentita la vendibilità anche delle farmacie gestite dal Comune. L'intervento pubblico, che era del tutto discrezionale nell'ordinamento precedente, è ricondotto nell'ambito della pianta organica, mediante il diritto di prelazione da parte dei Comuni sul 50% delle farmacie da porre a concorso.

La gestione della farmacia deve essere diretta e personale da parte del titolare. La conduzione economica è inscindibile dalla gestione professionale. Il concorso non è più espletato per soli titoli, ma per titoli ed esami, con prevalenza di questi ultimi nella determinazione del punteggio, e con una maggiorazione del punteggio nella valutazione dei titoli per quei farmacisti che abbiano prestato la loro opera nelle farmacie rurali, proporzionato al loro livello professionale [1].

La **legge 833 del 23.12.1978** [8] stabilisce che i rapporti fra farmacie pubbliche e private con S.S.N. sono disciplinate da una Convenzione (Accordo Nazionale triennale), stipulato fra le associazioni di categoria e le Regioni. La legge di riforma riafferma un principio già contenuto nell'articolo 122 del TULS 1934, cioè l'attribuzione esclusiva al farmacista e alla farmacia d'ogni competenza e funzione nella dispensazione dei farmaci al pubblico. Difatti, nel dare facoltà alla USL, ai suoi presidi e servizi, di acquistare direttamente medicinali dal produttore, in deroga alla disciplina generale, vieta agli stessi ogni forma di distribuzione al pubblico, che deve continuare ad essere effettuata esclusivamente tramite le farmacie [9].

Con la **legge 22 dicembre 1984, n. 892** [10] sono state apportate delle significative modifiche in materia di farmacie. L'idoneità alla titolarità, requisito indispensabile all'acquisto o al trasferimento per successione, diventa conseguibile sia partecipando ad un pubblico concorso e superando la relativa prova, sia mediante due anni di pratica professionale certificata dall'Autorità Sanitaria Locale; il periodo in cui il farmacista che



abbia ceduto la propria farmacia, può ricomprarne un'altra, per una sola volta nella sua vita, è elevato da uno a due anni; il periodo di gestione provvisoria in caso di morte del titolare, qualora il figlio o il coniuge superstite risultino iscritti alla Facoltà di Farmacia è portato da sei a sette anni; il limite della distanza dalla farmacia più vicina, in caso d'adozione del criterio topografico, per la formazione o revisione della pianta organica, è elevato da 500 a 1000 metri [11].

La legge di riordino del settore farmaceutico del 8.11.1991 [12], apporta alcune modifiche ai principi introdotti dalla riforma Mariotti.

La titolarità della farmacia è estesa anche alle società di persone, sebbene con vincoli precisi e purché tutti i soci siano farmacisti iscritti all'Albo e idonei alla titolarità. Viene mantenuta la pianta organica, ma ne sono modificati alcuni criteri di formazione con particolare riguardo all'introduzione del criterio urbanistico, relativo al decentramento delle farmacie. Si stabilisce che vi sia una farmacia ogni 5000 abitanti nei comuni con popolazione fino 12.500 abitanti e una ogni 4000 abitanti negli altri comuni [1].

Con tale legge di riordino permane la distinzione tra farmacie urbane (farmacie situate in comuni o centri abitati con popolazione superiore a 5.000 abitanti) e rurali (farmacie ubicate in comuni, frazioni o centri abitati con popolazione non superiore a 5.000 abitanti.) prevista dall'art. 1 della legge 8 marzo 1968, n. 221, recante "provvidenze a favore dei farmacisti rurali", così come permane l'indennità di residenza, divisa in tre fasce, per quelle farmacie che sono ubicate in Comuni sino a 3.000 abitanti [6;12]

Vengono ampliate le norme relative alla successione: si prevede un'estensione a tre anni del periodo di gestione provvisoria che può intercorrere tra la morte del titolare e l'assegnazione della nuova titolarità.; il periodo per l'erede iscritto alla facoltà di farmacia è esteso da sette a dieci anni e viene stabilita la possibilità per l'erede in linea retta entro al secondo grado (cioè rapporti padre-figlio e nonno-nipote) di mantenere la farmacia fino al compimento del trentesimo anno di età.

L'articolo 2 della nuova legge stabilisce che il limite di distanza per l'apertura di nuove farmacie in base al cosiddetto criterio topografico (o della distanza) è derogatorio rispetto al criterio demografico o della popolazione.

In base a tale norma, allorché lo richiedono particolari esigenze dell'assistenza farmaceutica, in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità, le Regioni o le Province autonome possono autorizzare l'apertura di nuove farmacie nel rispetto di un limite di distanza per la quale la farmacia di nuova istituzione disti almeno 3.000 metri dalle farmacie esistenti, anche se ubicate in Comuni diversi [1;12].

2.1 La farmacia oggi

Ciascuna farmacia, succursale, dispensario o dispensario stagionale è registrata con un codice univoco, che ne individua la collocazione geografica, nell'Anagrafe delle farmacie, realizzata sulla base di accordi di collaborazione con Federfarma e Assofarm [1]. L'Anagrafe è stata istituita con la finalità di individuare in modo puntuale i luoghi fisici in cui vengono movimentati i medicinali, al fine di monitorare adeguatamente l'intera rete di distribuzione dal punto di vista territoriale, indipendentemente dagli aspetti organizzativi o gestionali che possono essere modificati nel tempo (**Decreto ministeriale 15 luglio 2007**).

Oltre all'istituzione dell'anagrafe, negli ultimi anni sono state introdotte significative modifiche nell'assegnazione e nella gestione delle farmacie dovute anche al concatenarsi di criticità economiche e finanziarie, soprattutto riguardanti la spesa sanitaria nazionale.

Il primo risale al 2005, in cui per la prima volta è stato abolito il prezzo fisso per i farmaci non rimborsabili, dando al farmacista la possibilità di applicare riduzioni sul prezzo di vendita (sconti fino al 20%) rispetto al prezzo riportato sulla confezione.

In particolare, a partire dal **2006 il c.d. decreto Bersani** [14] ha introdotto la possibilità per le società di essere titolari dell'esercizio di non più di quattro farmacie ubicate nella provincia in cui hanno sede legale, ha stabilito il termine di due anni per la cessione di quote di partecipazione in una società, acquisite a titolo di successione e per la vendita della farmacia privata da parte degli eredi. Naturalmente le quote di partecipazione o la farmacia possono rimanere intestate all'eventuale erede farmacista iscritto all'albo professionale. Inoltre il decreto ha eliminato:

- l'incompatibilità tra l'esercizio dell'attività di fornitura al pubblico di medicinali in farmacia e l'attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali (sia per il farmacista titolare di farmacia sia per il farmacista in possesso di una quota di partecipazione di una società titolare di farmacia)
- l'incompatibilità tra la partecipazione a società titolari di farmacia e attività nel settore della distribuzione.

Il c.d. decreto Bersani ha infine, esteso la possibilità di vendita di farmaci da banco (Over The Counter, OTC) e di quelli non soggetti a prescrizione medica (Senza obbligo di Prescrizione, SOP) anche agli esercizi commerciali diversi dalle farmacie, quali le neoistituite parafarmacie e corner GDO, previa comunicazione al Ministero della Salute e alla regione in cui ha sede l'esercizio e secondo le modalità previste nel decreto (Legge 248/2006 articolo 5) [15].



In particolare la vendita è consentita durante l'orario di apertura dell'esercizio e deve essere effettuata in un apposito reparto, alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione e iscritti al relativo ordine; sono, comunque, vietati i concorsi, le operazioni a premio e le vendite sotto costo aventi ad oggetto farmaci.

Il Ministero ha fornito indicazioni particolareggiate per l'inserimento degli esercizi commerciali diversi dalle farmacie che intendono vendere farmaci di automedicazione e senza obbligo di ricetta medica nel sistema della tracciabilità del farmaco.

Questa svolta epocale è stata intesa a garantire e rafforzare la libera scelta del cittadino consumatore, oltre che a promuovere un mercato più concorrenziale, in questo modo avvicinando maggiormente il sistema farmacia agli standard europei.

La legge finanziaria 2007 [16] ha disposto che il prezzo al pubblico dei medicinali non soggetti a prescrizione medica sia stabilito da ciascun titolare di farmacia o di esercizio di vendita autorizzato, oltre al fatto che non debba essere necessariamente indicato sull'imballaggio esterno [1].

Nel 2009 il **decreto legislativo 153 del 2009** ha stabilito che l'uso della denominazione "Farmacia" e della croce di colore verde, su qualsiasi supporto cartaceo, elettronico o di altro tipo, è riservato alle farmacie aperte al pubblico e alle farmacie ospedaliere" (articolo 5) [17].

L'art.11 della legge n. 69 del 18.6.2009 ha fornito il quadro legislativo in base al quale le farmacie possono erogare nuovi servizi nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, affidando al Governo la delega per l'emanazione dei necessari decreti legislativi [17].

Il successivo **D. Lgs. n. 153 del 03.10.2009** ha individuato in modo più preciso quali possono essere i servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale [18]. L'articolo 1 elenca e disciplina i nuovi servizi che le farmacie dovranno garantire in armonia con quanto previsto dai Piani sociosanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia.

Le nuove attività consentono la partecipazione delle predette strutture all'assistenza domiciliare integrata, ai programmi di educazione sanitaria e di farmaco vigilanza, alle prestazioni analitiche di base, alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, al servizio di pagamento dei ticket e di ritiro dei referti. È altresì previsto l'impiego di infermieri professionali [1].

Il Governo, con l'intento di favorire l'accesso alla titolarità delle farmacie da parte di un più ampio numero di farmacisti, nonché di semplificare le procedure per l'attribuzione delle stesse incrementandone il numero, ha modificato nel 2012 [19] la legge 475/68.

Per quanto attiene al criterio demografico, questo è stato portato a una farmacia ogni 3.300 abitanti, unificandolo nei Comuni sopra e sotto i 12.500 abitanti. La popolazione eccedente continua a considerarsi solo quando è superiore al 50% del parametro. Le farmacie che verranno previste saranno tutte attribuite a privati mediante un concorso straordinario per soli titoli.

Inoltre con lo stesso concorso potranno essere attribuite eventuali nuove farmacie in stazioni ferroviarie, in aeroporti civili a traffico internazionale, in stazioni marittime, in aree di servizio autostradale ad alta intensità di traffico, dotate di servizi alberghieri o di ristorazione, purché non sia già aperta una farmacia ad una distanza inferiore ai 400 metri. Ulteriori farmacie potranno essere aperte nei centri commerciali e nelle grandi strutture, purché non vi sia una farmacia a una distanza inferiore a 1.500 metri. Queste verranno offerte in prelazione ai Comuni, che però non possono cedere la titolarità o la gestione.

Al fine di garantire la concorrenza in Italia, la farmacia potrà rimanere aperta oltre gli orari obbligatori previsti e, sempre a tal fine, le parafarmacie possono allestire preparati galenici officinali che non prevedano presentazione di ricetta medica, e possono vendere farmaci veterinari anche soggetti a prescrizione medica, ad eccezione di quelli contenenti sostanze stupefacenti spedibili con RMR.

Infine, AIFA [20] ha provveduto a derubricare una serie di prodotti medicinali che possono quindi essere venduti negli esercizi commerciali [1].

2.2 Giurisprudenza comunitaria in ambito farmaceutico

La responsabilità dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari è competenza esclusiva dei singoli governi degli Stati membri dell'Unione Europea. Ciò nonostante, l'Unione Europea, a partire dall'approvazione del Trattato di Maastricht (1992) e ancor di più successivamente a quello di Amsterdam (1997), ha focalizzato sempre di più l'attenzione sul livello comunitario nei confronti della sanità pubblica.

Difatti, il Trattato di Maastricht ha segnato l'inizio di una vera e propria strategia comunitaria in materia di sanità pubblica, definendo un quadro per le attività comunitarie e sancendo la cooperazione tra gli Stati membri in questo settore [21].



Con il Trattato di Amsterdam si riconosce alla sanità pubblica pieno diritto di cittadinanza comunitaria. La novità importante di questa disposizione consiste nell'intervento diretto di Bruxelles in quei settori che vengono reputati prioritari per garantire la tutela della salute. L'Unione Europea può, quindi, adottare tutte le misure volte ad assicurare un livello elevato di protezione della salute umana ed incoraggiare la cooperazione tra i Paesi membri appoggiando, dove necessario, la loro azione [22].

L'azione comunitaria è quindi orientata a completare le politiche nazionali in materia sanitaria ed è finalizzata "al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni, e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana" [23].

2.3 Il servizio farmaceutico nell'ordinamento comunitario

La competenza dei singoli Stati membri in materia sanitaria si manifesta anche per quel che concerne il servizio farmaceutico. Pertanto ciascuno Stato membro è responsabile dell'applicazione del diritto dell'Unione nel suo ordinamento interno. I trattati assegnano alla Commissione europea il compito di assicurare la corretta applicazione del diritto dell'Unione. Di conseguenza, se uno Stato membro manca ai suoi obblighi, la Commissione europea dispone del potere di ingiungere allo Stato membro di porre fine all'infrazione e, se questo non accade, di adire la Corte di giustizia (ricorso per inadempimento) [24].

Occorre infatti ricordare che il trattato CEE prevede che la Comunità Europea compori un mercato interno caratterizzato dall'eliminazione tra gli Stati membri degli ostacoli alla libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali [25].

In questo ultimo decennio, la Commissione Europea e la Corte Europea di giustizia si sono pronunciate in diversi casi per delineare la cornice giuridico-normativa entro la quale attualmente i servizi di farmacia devono essere collocati, individuando e/o ipotizzando normative nazionali con profili di criticità nei confronti della giurisprudenza comunitaria, in particolar modo riguardo al contingentamento del numero delle farmacie, alle restrizioni poste all'accesso alla titolarità delle farmacie e del *bundling* tra diritto di proprietà e diritto di gestione, e al divieto sull'incorporation e sulla formazione di catene [26].

La Commissione Europea ha sollevato il problema del contrasto della disciplina con i principi dei trattati UE in termini di libera circolazione di persone, professionisti e capitali, e di libertà di insediamento delle attività economiche e imprenditoriali.

Nel 2005 [27], la Commissione europea ha deciso di chiedere formalmente all'Italia di modificare il quadro giuridico applicabile all'assunzione di partecipazioni e allo stabilimento di farmacie, rimuovendo i vincoli sulle proprietà delle farmacie, che vanno al di là di quanto necessario per perseguire l'obiettivo della salute pubblica. Secondo la Commissione le prescrizioni giuridiche italiane, nell'interpretazione effettuata dalla Corte costituzionale, sono contrarie agli articoli 43 e 56 del trattato CE riguardanti la libertà di stabilimento e la libera circolazione dei capitali all'interno dell'Unione europea [28].

Nel 2006 [29], la Commissione Europea ha deciso di deferire l'Italia alla Corte di giustizia a motivo delle restrizioni imposte dalla legislazione nazionale in tema di assunzione di partecipazioni e di proprietà delle farmacie che vendono al dettaglio. La Commissione ha inoltre deciso di chiedere formalmente all'Austria ed alla Spagna di modificare la loro normativa in materia di stabilimento delle farmacie. Queste tre procedure di infrazione riguardano un complesso di norme nazionali restrittive nel settore dell'apertura e della gestione di farmacie. Alcuni esempi sono: l'incompatibilità tra la distribuzione e la vendita al dettaglio di prodotti farmaceutici; la riserva di proprietà delle farmacie ai farmacisti; l'esclusione di farmacisti di diversa cittadinanza dalle farmacie nuove; la preferenza per farmacisti con esperienza locale; i limiti territoriali e demografici all'impianto di farmacie; il divieto di cumulo di proprietà di più farmacie; le forme giuridiche obbligatorie per le farmacie.

Nel 2008 [30] la Commissione ha formalmente richiesto alla Germania e al Portogallo di riformare la regolazione di settore. Nel primo caso, ha sollecitato l'eliminazione dei vincoli di accesso alla proprietà e di creazione di catene. Per il secondo, la richiesta ha riguardato il divieto per i grossisti di assumere la proprietà di farmacie, oltre che i vincoli alla formazione di catene di esercizi.

Sempre nel 2008 [31], la Commissione si è nuovamente rivolta all'Italia, chiedendo di eliminare il vincolo per il farmacista di possedere più di un esercizio, e quello per le società di farmacisti di possedere più di quattro esercizi, per giunta necessariamente ubicati all'interno della stessa Provincia.

Nella causa C-531/06 (Commissione/Italia), la Commissione aveva chiesto in particolare alla Corte di dichiarare che, riservando la titolarità e la gestione delle farmacie private ai soli farmacisti, la Repubblica italiana era venuta meno agli obblighi imposti dal diritto comunitario [32].

L'Italia aveva sostenuto la sua difesa su tre punti. In primo luogo, il fatto che la titolarità delle farmacie riservata alle sole persone fisiche laureate in farmacia e alle società di



gestione composte esclusivamente da soci farmacisti fosse previsto non soltanto nell'ordinamento giuridico italiano, ma anche nella maggior parte degli Stati membri. Pertanto, sarebbe stato necessario che la Commissione avesse definito in modo univoco la propria posizione rispetto a tutti gli ordinamenti giuridici di questi ultimi, evitando di fare distinzioni tra Stati membri o tra ordinamenti giuridici.

In secondo luogo, la Commissione avrebbe invocato una violazione degli artt. 43 CE e 56 CE, ma avrebbe tenuto conto delle direttive attuative della libertà di stabilimento. Queste ultime conterrebbero disposizioni esplicite che manterrebbero ferme le condizioni di accesso al settore farmaceutico, non ancora armonizzate, enunciando che la disciplina in parola rientra nella competenza degli Stati membri.

In terzo luogo, la modifica introdotta dal decreto Bersani sopprimerebbe il divieto, per le imprese di distribuzione, di acquisire partecipazioni nelle società di gestione di farmacie. Ciò nonostante la Commissione riterrebbe che un siffatto divieto possa ancora essere applicato dai giudici italiani. L'inadempimento contestato non sarebbe stato quindi concreto ed attuale, ma sarebbe conseguito a decisioni future e ipotetiche di tali giudici.

Nel 2009 [33], la Corte di Giustizia europea ha accolto le tesi dello Stato italiano e ha giudicato pienamente legittime le norme che regolano la proprietà della farmacia italiana, valutando non in contrasto con il Trattato CE. La Corte rilevò che l'esclusione dei soggetti non farmacisti dalla possibilità di gestire una farmacia o di acquisire partecipazioni in società di gestione di farmacie costituiva una restrizione alla libertà di stabilimento e alla libera circolazione dei capitali.

Tuttavia, la Corte ha sottolineato il carattere molto particolare dei medicinali, che si distinguono sostanzialmente dalle altre merci per i loro effetti terapeutici. Per questo motivo, tenuto conto della facoltà riconosciuta agli Stati membri di decidere il grado di tutela della sanità pubblica, questi ultimi possono esigere che i medicinali vengano distribuiti da farmacisti che godano di un'effettiva indipendenza professionale.

Non si può negare che un farmacista persegua, come altri professionisti, una finalità di lucro. Tuttavia, quale farmacista di professione, si ritiene che gestisca la farmacia in base non ad un obiettivo meramente economico, ma altresì in un'ottica professionale. Il suo interesse privato, connesso alla finalità di lucro, viene quindi temperato dalla sua formazione, dalla sua esperienza professionale e dalla responsabilità ad esso incombente, considerato che un'eventuale violazione delle disposizioni normative o deontologiche

comprometterebbe non soltanto il valore del suo investimento, ma altresì la propria vita professionale.

A differenza dei farmacisti, i non farmacisti non hanno, per definizione, una formazione, un'esperienza e una responsabilità equivalenti a quelle dei farmacisti. Pertanto si deve constatare che essi non forniscono le stesse garanzie fornite dai farmacisti. Di conseguenza uno Stato membro può ritenere, nell'ambito del suo margine di discrezionalità, che la gestione di una farmacia da parte di un non farmacista possa rappresentare un rischio per la sanità pubblica, in particolare per la sicurezza e la qualità della distribuzione dei medicinali al dettaglio.

La Corte conclude dichiarando che le libertà di stabilimento e di circolazione dei capitali non si oppongono ad una normativa nazionale che impedisca a soggetti che non hanno il titolo di farmacista di possedere e gestire farmacie [26].

2.4 Modelli di proprietà

L'attuale presenza delle farmacie sul territorio nazionale è capillare. Infatti esiste almeno una farmacia in ciascuno degli oltre 8.000 Comuni italiani. A livello nazionale una farmacia serve in media 3.440 abitanti. Si tratta del rapporto più vicino al dato medio europeo. Il numero delle farmacie è destinato ad aumentare a seguito delle nuove aperture previste in base al DL n. 1/2012 [34].

REGIONE	NUMERO FARMACIE			ABITANTI	ABITANTI/FARMACIA
	COMPLESSIVE	PRIVATE*	PUBBLICHE**		
VALLE D'AOSTA	50	43	7	128.591	2.572
PIEMONTE	1.577	1.467	110	4.436.798	2.813
LIGURIA	598	576	22	1.591.939	2.662
LOMBARDIA	2.863	2.406	457	9.973.397	3.484
VENETO	1.349	1.236	113	4.926.818	3.652
BOLZANO	124	118	6	515.714	4.159
TRENTO	167	143	24	536.237	3.211
FRIULI VENEZIA GIULIA	389	364	25	1.229.363	3.16
EMILIA ROMAGNA	1.258	1.042	216	4.446.354	3.534
MARCHE	506	430	76	1.553.138	3.069
TOSCANA	1.132	902	230	3.750.511	3.313
LAZIO	1.504	1.342	162	5.870.451	3.903
UMBRIA	272	221	51	896.742	3.297
ABRUZZO	508	472	36	1.333.939	2.626
MOLISE	169	166	3	314.725	1.862
CAMPANIA	1.618	1.56	58	5.869.965	3.628
PUGLIA	1.114	1.092	22	4.090.266	3.672
BASILICATA	205	201	4	578.391	2.821
CALABRIA	768	761	2	1.980.533	2.596
SICILIA	1.457	1.445	12	5.094.937	3.497
SARDEGNA	578	573	5	1.663.859	2.879
Totale Nazionale	18.201	16.56	1.641	60.782.668	3.34

Tabella 1: Rapporto farmacie/abitanti in Italia (marzo 2015, popolazione residente al 1/1/2014 - fonte ISTAT).
*dati Federfarma comprensivi dei 518 dispensari - °dati Assofarm

In Italia, sebbene la farmacia sia istituzionalmente unica e a essa si applichi un'identica normativa, con riferimento alla titolarità, le farmacie si possono distinguere in private (la maggior parte) e in pubbliche. È riconosciuto ad ogni cittadino, anche se assistito in regime mutualistico, il diritto di libera scelta della farmacia [35].

La titolarità dell'esercizio della farmacia privata è riservata a persone fisiche, a società di persone ed a società cooperative a responsabilità limitata. Le farmacie private possono quindi essere:

- uninominali, quando la titolarità è in capo ad un singolo farmacista;
- in gestione societaria, quando la titolarità è condivisa tra più farmacisti, che a tal fine costituiscono una società di persone [36];
- in gestione cooperativa, si tratta di forme residuali di gestione delle farmacie, per le quali l'art. 20 della L. 475/1968 ne ha consentito la prosecuzione della gestione,

senza possibilità di trasferimento, salvo il caso di motivi di forza maggiore non imputabili a responsabilità della cooperativa.

Le società per la gestione di farmacie private hanno come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia. Sono soci della società farmacisti iscritti all'albo in possesso del requisito dell'idoneità. La direzione della farmacia gestita dalla società è affidata ad uno dei soci che ne è responsabile. Ogni società di gestione può essere titolare dell'esercizio di non più di quattro farmacie ubicate nella provincia dove ha sede legale [35;41].

Le farmacie pubbliche sono quelle il cui titolare è il Sindaco del Comune ove sono ubicate.

Le farmacie comunali entrarono nella legislazione italiana con il R.D. 15.10.1925, n. 2578, con il quale i Comuni vennero autorizzati a gestire le farmacie [39].

La L. 475/1968 ha introdotto il diritto di prelazione da parte dei Comuni, in base al quale la titolarità delle farmacie che si rendono vacanti e di quelle di nuova istituzione a seguito della revisione della pianta organica può essere assunta per la metà dal comune (art.9). Nel caso che la sede della farmacia resasi vacante o di nuova istituzione accolga uno o più ospedali civili, il diritto alla prelazione per l'assunzione della gestione spetta rispettivamente all'amministrazione dell'unico ospedale o di quello avente il maggior numero di posti-letto. La L. 475/1968 equiparò le farmacie ospedaliere esterne, precedentemente istituite dalle opere pie che gestivano ospedali, a quelle comunali per quanto riguarda il diritto di prelazione. Queste farmacie sono ora in gran parte state cedute o trasformate in farmacie comunali, ma la normativa prevista dalla L. 475/1968 è tutt'ora vigente. Quando la farmacia vacante o di nuova istituzione sia unica, la prelazione prevista ai commi precedenti si esercita alternativamente al concorso, tenendo presenti le prelazioni sopra indicate per determinare l'inizio dell'alternanza [35].

Quando il numero delle farmacie vacanti e di nuova istituzione risulti dispari la preferenza spetta, per l'unità eccedente, al comune.

Sono escluse dalla prelazione e sono messe a concorso le farmacie il cui precedente titolare abbia il figlio o, in difetto di figli, il coniuge farmacista purché iscritti all'albo.

In deroga a quanto previsto dall' art.9, il c. 3 del D.L. 24.01.2012, n. 1, convertito con la L. 23.03.2012, n. 27, ha disposto che sulle sedi farmaceutiche vacanti o di nuova istituzione individuate con la procedura indicata dalla stessa legge e ammesse all'assegnazione per



concorso straordinario, non può essere esercitato il diritto di prelazione da parte dei comuni [36;41].

Per contro, fino all'anno 2022, tutte le farmacie istituite nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti civili a traffico internazionale, ecc. devono essere offerte in prelazione ai comuni in cui le stesse hanno sede. Le sedi farmaceutiche così istituite sono considerate come sedi urbane, indipendentemente dalla popolazione residente nel comune in cui sono istituite [40]. I comuni non possono cedere la titolarità o la gestione delle farmacie per le quali hanno esercitato il diritto di prelazione ai sensi del presente comma. In caso di rinuncia alla titolarità di una di dette farmacie da parte del comune, la sede farmaceutica è dichiarata vacante [41].

I diversi decreti hanno modificato l'aspetto della farmacia nel corso degli anni. Per descrivere tale evoluzione, è necessario analizzare anche lo scenario demografico che caratterizza l'Italia. Infatti, l'analisi di ogni attività economica parte sempre dallo studio della clientela, intendendo con ciò numerosità e capacità di spesa.

3. IL CONTESTO SOCIO ECONOMICO

3.1 La crisi dello stato sociale e prospettive future

Nella nostra società sono diversi gli aspetti rilevanti ai fini del consumo di beni e servizi sanitari: è necessario analizzarla dal punto di vista demografico, culturale ed economico.

L'andamento demografico italiano è rappresentato da un crescente invecchiamento della popolazione, che comporta un incremento della spesa sanitaria in quanto quest'ultima cresce all'aumentare dell'età, a causa delle malattie croniche tipiche dell'età avanzata. I residenti con età superiore a 65 anni, che rappresentano il 21,7% degli assistiti, sono responsabili del 56% della spesa totale ed il 61% delle dosi; un assistito con oltre 75 anni ha un consumo circa 17 volte superiore a quello di una persona con età compresa tra 25 e 34 anni [42]. Le donne, inoltre, consumano mediamente il 10% in più degli uomini.



Struttura per età della popolazione

ITALIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Figura 1: L'invecchiamento della popolazione è evidente analizzandone l'evoluzione della composizione per classi di età.

Il costante invecchiamento della popolazione deriva principalmente dalla riduzione del tasso di natalità (in Italia è di 1,41 figli per donna in età fertile, ben al di sotto al valore di 2,1 che consentirebbe il ricambio generazionale) e dell'aumento dell'aspettativa di vita che in

Italia è pari a 84,6 anni per le donne ed a 79,5 anni per gli uomini, tra le più alte in Europa, a sua volta dipendente dal miglioramento delle condizioni di salute della popolazione ed, inoltre, dalla riduzione della mortalità infantile [43].

Anno	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	ITALIA
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – UOMINI (anni)						
2011	79,5	79,9	79,8	79,0	79,0	79,5
	(79,3 ; 79,8)	(79,6 ; 80,1)	(79,5 ; 80,1)	(78,7 ; 79,3)	(78,7 ; 79,3)	(79,2 ; 79,8)
2030	83,3	83,5	82,8	82,0	81,8	82,8
	(82,1 ; 84,4)	(82,3 ; 84,6)	(81,4 ; 84,1)	(80,4 ; 83,4)	(80,1 ; 83,4)	(81,4 ; 84,1)
2065	87,3	87,5	86,4	85,7	85,2	86,6
	(85,4 ; 89,1)	(85,6 ; 89,2)	(84,1 ; 88,4)	(83,1 ; 88,0)	(82,3 ; 87,7)	(84,4 ; 88,6)
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – DONNE (anni)						
2011	84,6	85,0	84,9	84,1	84,1	84,6
	(84,3 ; 84,9)	(84,8 ; 85,3)	(84,6 ; 85,1)	(83,8 ; 84,4)	(83,8 ; 84,4)	(84,3 ; 84,9)
2030	87,9	88,2	87,7	87,5	87,2	87,7
	(86,4 ; 89,4)	(86,8 ; 89,5)	(86,2 ; 89,0)	(85,7 ; 89,1)	(85,4 ; 88,8)	(86,2 ; 89,2)
2065	91,8	91,9	91,1	91,4	90,9	91,5
	(89,2 ; 94,1)	(89,5 ; 94,0)	(88,6 ; 93,3)	(88,4 ; 94,2)	(87,9 ; 93,5)	(88,8 ; 93,8)

Fonte dati: ISTAT

Figura 2: Andamento della speranza di vita dei cittadini Italiani diversificata per genere e posizione geografica.

Andando ad analizzare la spesa sanitaria italiana essa risulta assorbita per circa la metà dalle cure ospedaliere, per il 18% dalla spesa farmaceutica, per il 15% dai servizi medici, per il 12% dall'assistenza socio-sanitaria, per il 4% dall'igiene pubblica e dalla prevenzione e per un altro 4% dalle spese di amministrazione del SSN [44].

La prevalenza d'uso dei farmaci (intesa come la percentuale di assistiti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno) è complessivamente pari al 72,9%. I valori più elevati si osservano negli anziani e nei bambini; circa sette bambini su dieci, al di sotto dei cinque anni di età, ricevono una prescrizione nel corso dell'anno. Anche il genere ha un impatto sulla domanda di farmaci: la proporzione di donne con almeno una prescrizione nell'arco dell'anno è costantemente più alta che negli uomini (66,8% negli uomini e 78,6% nelle donne) eccetto nella classe di età al di sotto dei 15 anni [45].

Un altro aspetto rilevante è il grado di istruzione della popolazione, in quanto un livello di istruzione elevato favorisce un'attenzione superiore ai fattori di rischio, ai sintomi ed una maggiore facilità di accesso alle diverse alternative di cura: complessivamente, quindi, ne deriva un migliore livello di salute. Un elevato titolo di studio, infatti, favorisce il processo di responsabilizzazione del paziente che, potendo usufruire meglio della maggiore disponibilità di informazioni di carattere scientifico, è più informato e consapevole delle diverse possibilità di diagnosi e di cura tra cui scegliere, e sempre più attento alle tematiche legate al miglioramento della qualità della vita e del benessere. Ben il 27,2% dei cittadini fa uso quotidiano di farmaci; la percentuale diminuisce al crescere del titolo di studio tra i 45 ed i 64 anni, infatti, il valore va dal 45,2% tra quelli con più basso titolo di studio al 32,2% tra i più istruiti [46].

Un ulteriore aspetto, da tener presente, riguarda la rilevanza della relazione tra la ricchezza di un Paese, rappresentata dal reddito nazionale pro capite, e la salute della popolazione, rappresentata dalla speranza di vita: all'aumentare del reddito cresce progressivamente anche la speranza di vita, sia perché migliorano le condizioni di vita essenziali (accesso ad acqua potabile, adeguata alimentazione, ecc), sia perché al crescere della ricchezza aumenta, tendenzialmente, anche l'organizzazione e l'accesso ai servizi sanitari [47].

L'Ufficio Parlamentare del Bilancio Italiano, attraverso il rapporto sulla politica del bilancio 2016, stima che nel periodo compreso tra il 2015 ed il 2019 i tagli alla sanità saranno di 8 miliardi di euro, ma la cifra potrebbe anche crescere. Si prevede, inoltre, che la spesa sanitaria pubblica nel 2060 inciderà sul PIL dell'8,2%.

3.2 L'Italia in cifre

La spesa sanitaria italiana è molto più bassa che negli altri Paesi europei (*Rapporto Meridiano Sanità del 10 Novembre 2015*): è inferiore a quella dei Paesi UE-14 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito) del -28,7%, e la forbice (anche in percentuale del PIL) si allarga anno dopo anno. La spesa sanitaria in Italia è nelle ultime posizioni tra i Paesi europei più sviluppati (Fig. 3).

Spesa sanitaria, pubblica e privata, nei Paesi UE-14 (in euro PPP), 2013

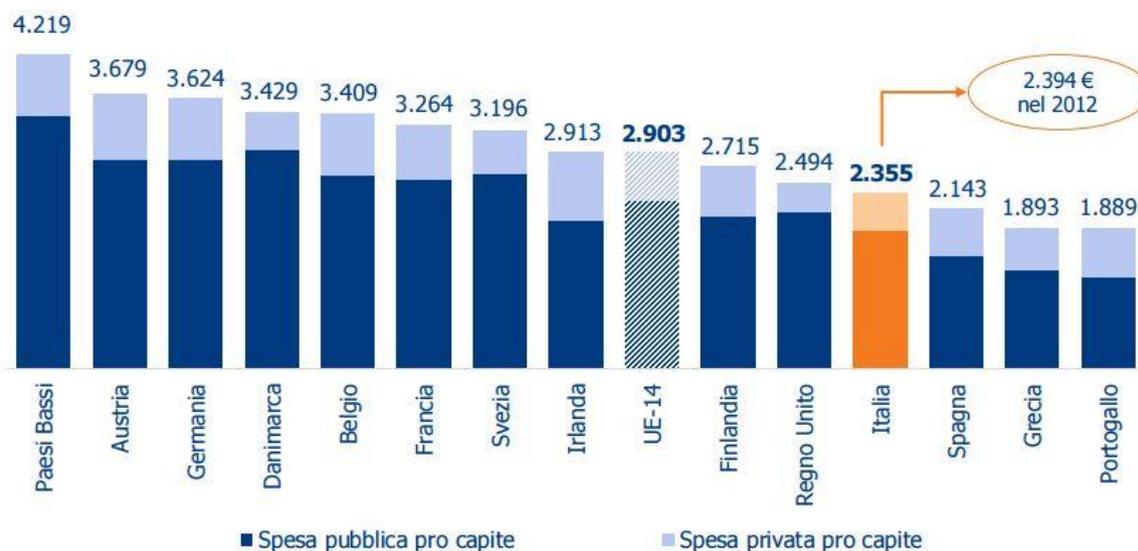


Figura 3: La spesa sanitaria pro capite in Italia in rapporto ai Paesi UE-14.

Per il rapporto spesa-PIL, al 9,1%, (*The European House - Ambrosetti su OECD Health Data, 2015*) si colloca al terzultimo posto nelle nazioni dell'Unione Europea, seguita solo da Irlanda e Spagna. (Fig. 4)

Spesa sanitaria, pubblica e privata, nei Paesi UE-14 (% del PIL), 2013

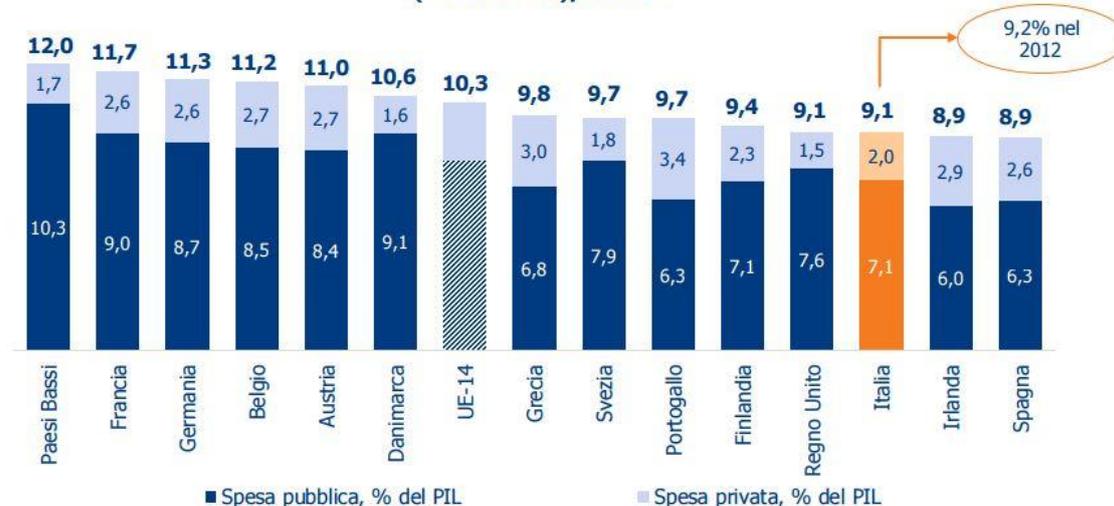


Figura 4: La spesa sanitaria in Italia rapportata al PIL ed in rapporto ai Paesi UE-14.

Il 2014 registra un deciso aumento della spesa sanitaria *out of pocket* (+14,5%), che potrebbe peggiorare ancora l'impatto equitativo (Fig. 5).

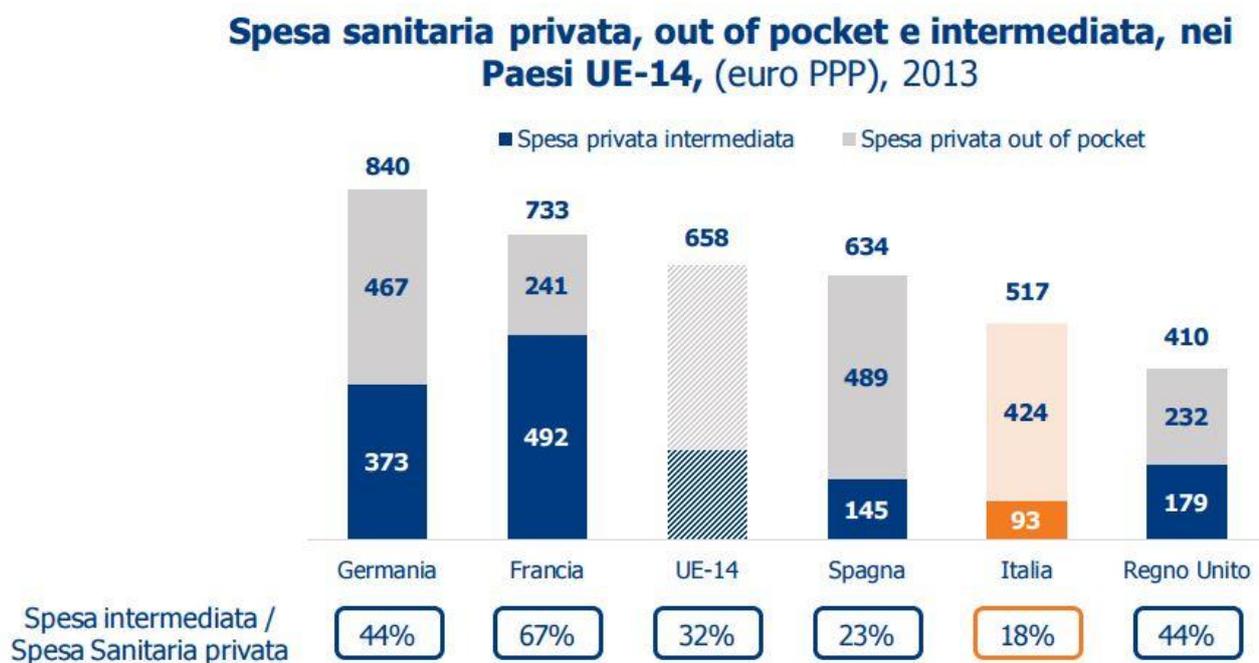


Figura 5: La spesa sanitaria Out of Pocket in Italia in rapporto ai Paesi UE-14.

Nel 2014 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,6 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa annua per i farmaci è ammontata a circa 438 euro. La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, è in riduzione rispetto all'anno precedente del -0,1%. La spesa farmaceutica netta convenzionata SSN, nel 2014, ha fatto registrare un calo del -3,1% rispetto al 2013. Prosegue la tendenza al calo della spesa, in atto negli ultimi 7 anni. Rallenta, invece, il trend di aumento del numero delle ricette, cresciuto nel 2014 del +0,2%.

Infine è da sottolineare che l'evoluzione del mercato italiano dei farmaci segue l'andamento degli altri Paesi EU-5 (*IMS Health*). L'anno 2014 si chiude con una crescita moderata (+3%) trainata dal mercato specialistico a fronte di un canale farmacia in lieve decrescita. Le previsioni per i prossimi quattro anni vanno nella stessa direzione, indicando un passo di crescita guidato dal canale ospedaliero e dalla distribuzione per conto. La spesa pro capite in farmacia a livello nazionale supera di poco i 400 euro annui. Il calo della spesa

farmaceutica convenzionata netta è dovuto al crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza dei brevetti, alle varie trattenute imposte alle farmacie ed agli interventi adottati a livello regionale, quali, in particolare, l'aumento dei ticket pagati dai cittadini e la distribuzione diretta di medicinali acquistati dalle ASL [48].

3.3 Il contenimento della spesa sanitaria

Negli ultimi decenni, è diventato di notevole importanza il tema del controllo della spesa pubblica, problema sorto a causa del costante aumento della domanda dei servizi sanitari pubblici. In Paesi con sistemi pubblici, come l'Italia, è viva tale problematica poiché una crescita della spesa sanitaria potrebbe comportare un aumento del debito pubblico o della pressione fiscale o addirittura una riduzione delle prestazioni e/o della scarsità delle risorse. Tali preoccupazioni hanno spinto i vari governi succedutisi ad introdurre importanti provvedimenti legislativi volti al suo contenimento, intervenendo su una maggiore responsabilizzazione dei soggetti (pubblici e privati) e sul funzionamento della filiera.

La causa ultima dell'aumento incontrollato della spesa sanitaria pubblica è nella gratuità di alcune prestazioni. Laddove il prezzo non esiste e quindi non può svolgere la sua funzione di razionamento della domanda, si possono verificare abusi di prestazioni, aumento dei consumi e, in ogni caso, eccessi di domanda che sottraggono risorse ai bisogni più meritevoli. L'ipotesi su cui si fondano le politiche di controllo è che le compartecipazioni e i tagli colpiscono solo i consumi marginali, i non necessari, e non vi sia quindi un impatto negativo sulla salute.

Un primo contenimento della spesa sanitaria si è ottenuto grazie alla riduzione della burocratizzazione del sistema, alla maggiore conoscenza da parte degli attori locali degli effettivi bisogni del territorio e ad una migliore capacità organizzativa delle strutture locali, nonché grazie ad una maggior partecipazione della cittadinanza all'organizzazione del proprio sistema sanitario e, per ultimo, grazie alla ricerca di un' integrazione sociosanitaria tra il sistema sanitario e i servizi locali [49].

Il tema della riduzione delle prestazioni e/o della scarsità delle risorse, e delle possibili e diverse scelte della loro allocazione, è dominante in tutti i Paesi industrializzati, ed è

diventato ancora più fondamentale se si considera la contrapposizione tra l'esigenza di razionalizzare la spesa pubblica e l'aumento della domanda dei servizi sanitari.

3.4 La nuova assistenza territoriale

Il mutamento di prospettiva indotto dalla revisione del modello organizzativo, ponendo al centro il paziente, ha introdotto un nuovo concetto: la sanità di prossimità, organizzata su più livelli con l'obiettivo che le prestazioni a bassa complessità siano facilmente accessibili al cittadino e non vengano erogate da centri ad alta specializzazione, lasciando a quest'ultimi soltanto gli interventi più complessi.

Per questo acquisterà sempre più rilevanza il territorio, con la creazione di nuove strutture diverse dagli ospedali per pazienti acuti e dell'assistenza domiciliare, ulteriore pilastro di questa sanità in evoluzione. L'assistenza domiciliare rappresenta infatti una grande opportunità per fornire forme di assistenza complementari alle cure già erogate dal medico di famiglia direttamente a domicilio del paziente, alleggerendo tale figura da attività improprie di carattere infermieristico o burocratico.

Nella direzione di una sanità più territoriale si colloca l'approvazione della legge n. 68/09 [50], che sancisce l'istituzione della *Farmacia dei Servizi* cambiando il volto della farmacia territoriale. Con questa nuova norma il governo è stato delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per individuare nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private del SSN. Questo sottolinea la necessità di inserire in modo strutturato la farmacia nell'ambito del processo di riorganizzazione delle cure primarie, in modo da valorizzarne il ruolo di primo presidio del SSN sul territorio, vicino alla popolazione, soprattutto alle fasce più deboli, quali anziani e malati cronici in poli terapia. L'erogazione da parte delle farmacie di una serie di prestazioni aggiuntive di valore sociale e sanitario, come la consegna di farmaci a domicilio, la prenotazione di visite ed esami, i test diagnostici di prima istanza, gli screening di prevenzione, la telemedicina, è una grande opportunità per i cittadini e per il sistema sanitario. La farmacia può prenotare ed erogare ai propri clienti tutti i servizi di assistenza (secondo la normativa di legge D.L. 153/09). La gamma dei servizi prenotabili è completa e prevede tutti i servizi socio assistenziali e socio-sanitari erogati da operatori qualificati (OSS, Infermieri e Fisioterapisti). L'intervento delle farmacie può quindi essere di grande utilità non solo per tutelare la salute dei cittadini, ma

anche per garantire risparmi al SSN, in quanto permette di far emergere patologie in uno stadio iniziale, consentendo di curarle tempestivamente e riducendo quindi la spesa per ricoveri o interventi ospedalieri, che hanno costi elevatissimi. Nasce, così, un modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute.

Il Ministero della salute il 4 giugno 2015 dichiara: *“Farmacia dei servizi e medicina d’iniziativa rappresentano i cardini del nuovo sistema di cure territoriali, che dovrà collegarsi all’ospedale per assicurare la continuità dell’assistenza, anche attraverso una gestione attiva della cronicità”*.

Il prossimo futuro vede un’evoluzione della farmacia da punto vendita di farmaci e prodotti per la salute della persona a presidio del SSN sul territorio. I servizi completano ed arricchiscono l’offerta della farmacia che può così rispondere alle rinnovate esigenze di salute del cittadino. La maggior attenzione del paziente/consumatore nei confronti del proprio benessere trova nel farmacista un interlocutore, questo può contribuire alla creazione di un’immagine specifica della farmacia in grado di fidelizzare il cliente. L’introduzione in farmacia di nuovi servizi impone però al farmacista uno sforzo per fare sue nuove competenze professionali necessarie alle loro realizzazione. Infatti è necessaria un’evoluzione del profilo del farmacista su tutti gli assi della professione (competenze tecniche, relazionali e organizzative) che gli consentiranno di valorizzare il suo ruolo nell’ambito della sanità e del benessere più in generale [51].

Gli inevitabili riflessi sugli aspetti economico-finanziari della gestione della farmacia necessitano, da parte del titolare, di un’accurata analisi dei ricavi e dei costi. In un contesto di erosione continua dei margini, dovuta alle manovre di finanza pubblica che impattano sulla spesa sanitaria, ci si aspetta una diminuzione della redditività sulle vendite ed una riduzione costante dell’utile netto. Pertanto, l’attuale sistema di remunerazione della farmacia basato su una percentuale fissa sul prezzo di vendita rischia di compromettere gli equilibri economico-finanziari dell’azienda farmacia e quindi l’efficienza complessiva del canale.

In un contesto socio-economico sempre più esigente che da un lato è incentrato sul miglioramento dello stato di salute dei cittadini e dall’altro ha bisogno di rispondere ad una serie di trasformazioni, come riuscirà l’assistenza territoriale a far fronte a questi cambiamenti?



4. DALL'AZIENDA PRODUTTRICE ALLA VENDITA AL DETTAGLIO: IL CIRCUITO DEL FARMACO

Lo scenario in cui operano le farmacie è caratterizzato da notevoli e diversificate spinte al cambiamento, che traggono origine da una normativa in continua evoluzione, da esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica e dalla differente domanda di prestazioni socio sanitarie in risposta ad un mutato 'bisogno di salute'. Queste forze premono sul farmacista che deve stare al passo con il cambiamento ma anche sull'economia di tutti gli operatori del circuito del farmaco, dall'industria, alla distribuzione fino al consumatore finale.

Una volta che i medicinali sono prodotti dalle aziende farmaceutiche, la loro distribuzione all'interno della filiera può avvenire in diverse modalità (Figura 6). Distribuire medicinali significa fornire salute temperando le esigenze di natura economica con quelle sociali e sanitarie.

La regolamentazione della distribuzione dei farmaci risponde a una duplice esigenza [53]:

1. garantire la disponibilità in tempi rapidi di qualsiasi medicinale di cui sorga la necessità; ne seguono le disposizioni che fissano obblighi di detenzione di stock minimi di medicinali e tempi massimi di consegna;
2. salvaguardare i cittadini da un uso improprio e dannoso dei farmaci, istanza realizzata tramite l'affidamento della vendita a persone dotate di preparazione specifica.

Si parla di distribuzione diretta intesa come dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie (ASL), di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio (legge 405/2001 (art. 8)). Tale distribuzione può avvenire anche attraverso accordi con le farmacie territoriali sia che esse siano pubbliche, che private (distribuzione per conto), mettendo a disposizione farmaci ai pazienti dimessi o a quelli che, a causa di patologie invalidanti, non possono raggiungere l'ospedale o la farmacia per accedere ai farmaci necessari alla terapia loro assegnata (legge 405/2001 (art. 8)) [53][54].

Quando un medicinale esce dal sito di produzione, entra nel circuito della distribuzione intermedia, per poi accedere alla fase di vendita al dettaglio, operata in Italia, esclusivamente dalle farmacie, tranne che per i farmaci di libera vendita. La farmacia può poi cedere farmaci solamente nei confronti dei privati, assistiti SSN e di altri utilizzatori finali



(Case di Cura, ambulatori, pronto soccorsi aziendali ecc), al fine di proteggere la salute pubblica dei cittadini. La distribuzione intermedia svolge quindi un ruolo essenziale di cerniera fra produzione industriale e dispensazione finale al pubblico [55].

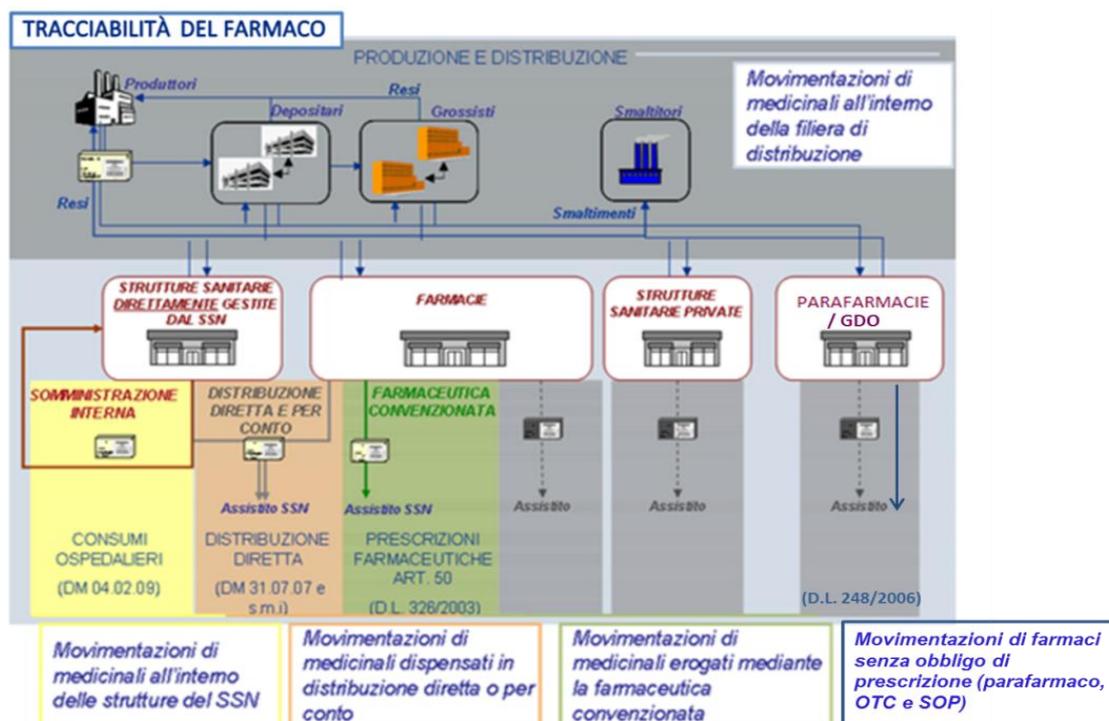


Figura 6: Medicinali all'interno della filiera di distribuzione

Per quanto riguarda la fase di distribuzione del farmaco viene attuata da una rete capillare di distributori presente su tutto il territorio nazionale che deve assicurare: la reperibilità dei farmaci in commercio (indipendentemente dalla loro dislocazione, dimensione e consistenza economica dell'ordine); la tempestività della consegna (entro un intervallo di 12 ore lavorative fissato per legge); la corretta conservazione del farmaco. Nel mercato italiano infatti viene garantita la distribuzione di milioni di confezioni di diversi farmaci per anno, con consegne alle farmacie pluri-giornaliere ed entro orari prestabiliti [55].

I vantaggi che derivano dalla distribuzione intermedia risultano nella razionalizzare dell'economia del comparto farmaceutico, svolgendo un'importante funzione anti-sprechi: sia a monte che a valle. A monte in quanto va a beneficiare le industrie, che adeguano la produzione aziendale alle reali dinamiche di mercato. A valle invece è a vantaggio delle farmacie, alle quali la distribuzione - oltre allo specifico supporto logistico - assicura, per

circa l'80% dei rifornimenti e per circa il 50% dei restanti prodotti salutistici, un essenziale sostegno finanziario, consentendo loro di gestire il proprio magazzino secondo i principi basilari di una buona distribuzione commerciale [55][56].

Per assicurare la fornitura di questa gamma di servizi a livello ottimale, tutte le aziende della Distribuzione Intermedia attuano continui aggiornamenti a livello sia tecnologico, sia delle proprie risorse umane e riversano in questa direzione rilevanti investimenti finanziari [55].

4.1 Gli attori: depositari e grossisti

Il compito della distribuzione è affidato ai depositari e grossisti (Figura 7). Sono soggetti che posso esplicitare tali tipi di attività solo se autorizzati ai sensi del decreto D.lgs 219/2006 (artt. 99 - 112) e successive modificazioni. Entrambi i distributori devono possedere un'autorizzazione della Regione o Provincia Autonoma in cui operano. Essa è subordinata all'esistenza di locali ed attrezzature idonei a garantire la conservazione e la distribuzione dei farmaci ed alla presenza di un responsabile laureato in farmacia o in materie analoghe (D.lgs 219/2006) [56] [57].

In particolare, i depositari attuano il pre-wholesaling, ossia detengono e distribuiscono i medicinali ai grossisti (Long – Supply - nell'80% dei casi) e alle strutture territoriali (Short-Supply Chain - nel 20%) per conto dei titolari A.I.C. (produttori - distribuzione primaria) sulla base di contratti stipulati con essi. La proprietà del medicinale rimane ai titolari A.I.C. e non ai depositari [56]. I grossisti, a differenza dei depositari, sono i distributori che hanno la proprietà dei medicinali che distribuiscono, in quanto acquistano i prodotti dai titolari A.I.C. e li rivendono alle farmacie territoriali (Full-line). A loro è quindi affidato il compito della distribuzione secondaria, ovvero la distribuzione alle circa 18.000 farmacie pubbliche, che, a loro volta, rappresentano l'anello terminale della distribuzione cioè alla consegna all'utilizzatore. I grossisti short-line invece vendono direttamente al pubblico senza passare per il canale della farmacia, ma sono presenti in Europa (UK – catena Boots), ma non sul territorio italiano [58]. La struttura dei grossisti è piuttosto variegata, ossia possono essere gruppi economici, cooperative di farmacisti o imprese di dimensioni medio-piccole [59].

Nella pratica i distributori che operano la distribuzione per conto della struttura ospedaliera hanno nel proprio deposito, un deposito addizionale, strutturalmente e funzionalmente separato dal primo, contenente i farmaci della struttura committente [56].



Inoltre il grossista è tenuto a rispettare tempi di consegna definiti ed un obbligo di assortimento. Questi requisiti consentono ai cittadini di trovare immediatamente in farmacia o, entro poche ore, dalla richiesta tutti i farmaci autorizzati in Italia [59].

Il depositario è invece esentato, sia dall'obbligo di assortimento, in quanto non distribuisce tutti i farmaci ma solo quelli per i quali ha un contratto con il titolare A.I.C., sia dall'obbligo di specifici tempi di consegna, che ad ogni modo sono stabiliti dal contratto [56].

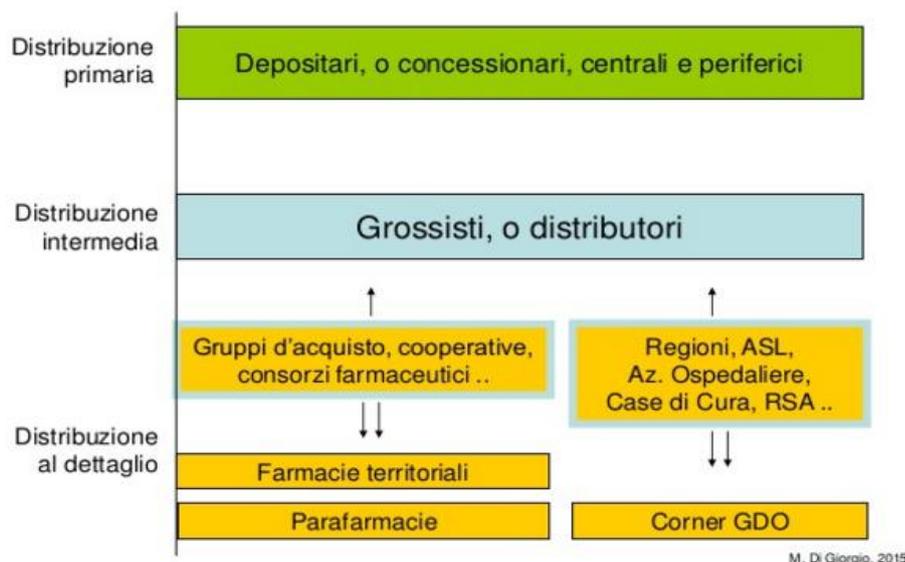


Figura 7: Distribuzione intermedia: gli attori [58]

I depositari tra centrali e periferici sono 230 in Italia, troppi rispetto alla media UE, infatti nessuno di essi supera la media nazionale. I grossisti invece sono circa 130 e tra questi i principale sono Alliance, Comifar e UNICO [58].

4.2 Distribuzione intermedia in EU: scenari futuri

Il processo di commercializzazione dei prodotti farmaceutici che, vede coinvolti gli attori della distribuzione intermedia nel garantire la presenza del farmaco sul territorio nazionale ed in condizioni di uso ottimali, è soggetto ad una specifica normativa in Italia come in tutti i paesi della Unione Europea (EU). Seppur il circuito della distribuzione in Italia ed in Europa funziona bene, risulta essere un sistema estremamente costoso. Tra il 2001 e 2010 si è infatti registrato un crollo dei margini dei grossisti UE del 28% dovuto alla diffusione della vendita diretta industria-canale di distribuzione finale, un aumento dei costi di trasporto, una riduzione della spesa farmaceutica, accordi di distribuzione, scadenza dei

brevetti di alcuni farmaci, il fenomeno del parallel trade (libera circolazione di beni e servizi tra paesi membri dell' UE) ed infine le limitazioni nel modificare i propri margini, stabiliti per legge (D.L. 78/2010) [58] [60].

Il settore della distribuzione si sta quindi muovendo verso diverse direzioni in risposta a tale contesto generale (Figura 8), con iniziative già in atto nel Nord Europa. In particolare, si attuano politiche di integrazione verticale, orizzontale e di espansione (dislocazione nel territorio regionale, nazionale ed europea). Da un lato può essere favorita il processo di aumento di convergenza di professioni di depositario, distributore e farmacista con integrazione verticale a monte o a valle; oppure opere di razionalizzazione delle proprie organizzazioni logistiche, estensione della gamma delle prestazioni offerte alle aziende ed accorpamento con altri grossisti competitors (integrazione orizzontale) [61].

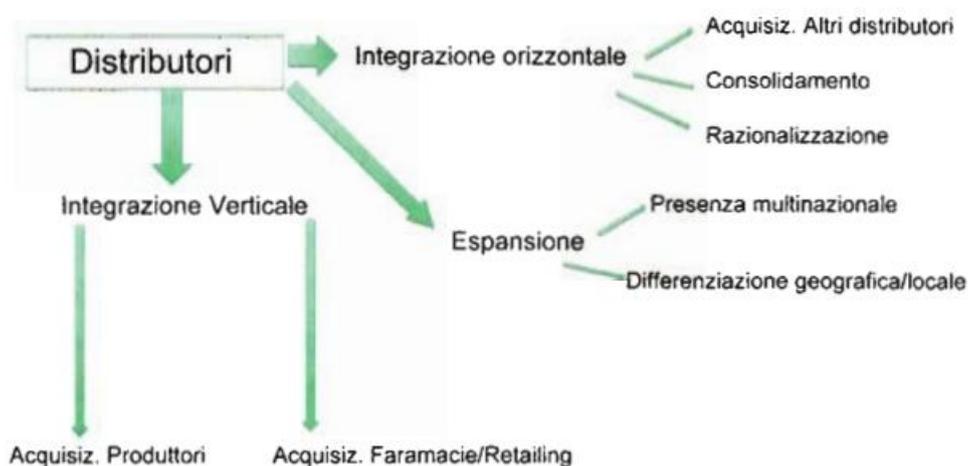


Figura 8: Evoluzione della distribuzione farmaceutica in UE [61]

In Italia, come in Spagna, la tendenza all'aggregazione avviene maggiormente a livello di farmacie e non della distribuzione intermedia. L'Europa del Nord invece è fortemente consolidata in questo settore, con rilevanti aggregazioni a monte e a valle. Inoltre in Italia il consolidamento del settore seguito alle acquisizioni delle multinazionali leader è più lento e meno consistente rispetto alla media UE. Alliance e Comifar (controllate da Alliance Boots e Phoenix) controllano il 35% del fatturato del settore, differenziandosi per qualità, vasta gamma di servizi offerti, acquisizione di operatori nazionali e produzione di OTC e paramedicali [58].

L'ottimizzazione dei depositi, la razionalizzazione delle attività, l'outsourcing dei servizi non strategici, l'export trade ed una maggiore integrazione tra gli attori della filiera saranno strategie da utilizzare per snellire i costi ed aumentare i margini.

4.3 I canali finali della distribuzione: farmacia, parafarmacia e corner GDO (Grande Distribuzione Organizzata)

Dopo le considerevoli evoluzioni riguardanti al normativa e le scelte politiche in ambito della filiera, sono nati nel mercato più canali finali della distribuzione del farmaco: nel panorama attuale, convivono catene di grosse dimensioni estremamente efficienti, con un enorme giro d'affari gestite in maniera manageriale e piccole strutture di conduzione arcaica che tendono ad essere marginalizzate dal mercato stesso.

Tra il 2001 ed il 2005, il fenomeno inarrestabile della chiusura dei negozi al dettaglio (diminuzione del 13%) ha messo in luce un forte aumento degli altri format distributivi: le parafarmacie e i corner di distribuzione di farmaci presso i punti di vendita della grande distribuzione organizzata (GDO). Il mercato della salute quindi oggi transita attraverso queste tre differenti tipologie distributive [62].

Le ragioni di tale tendenza sono dovute al fatto che il consumatore in questo modo ha la possibilità di prediligere un canale piuttosto che un altro sulla base del fattore convenienza economica, a favore della grande distribuzione (economie di scala) ed a sfavore delle strutture di piccole dimensioni.

Il cittadino ha avuto quindi la possibilità di scegliere ed acquistare parafarmaci ed altri prodotti per la cura del corpo, non solo in farmacia, ma anche nelle parafarmacie e nei corner della GDO.

Nonostante la presenza di extra-canali deputati alla vendita dei farmaci con una certa vitalità nel comparto del parafarmaco, la farmacia rimane il punto di riferimento ad oggi per i consumatori/pazienti.

In generale, i tre canali mantengono le proprie quote di mercato nel "no prescription": ancora ad oggi più del 90% dei farmaci cosiddetti "da banco" continua ad essere venduto in farmacia. Si nota inoltre che tra le parafarmacie si osserva un aumento della quota di mercato del 4% dal 2007 al 2014. Nei corner della GDO, invece, si è rilevato un aumento per lo stesso arco temporale ma, ridotto certamente (+ 1.5%) (Figura 9) [63] [64] [65].

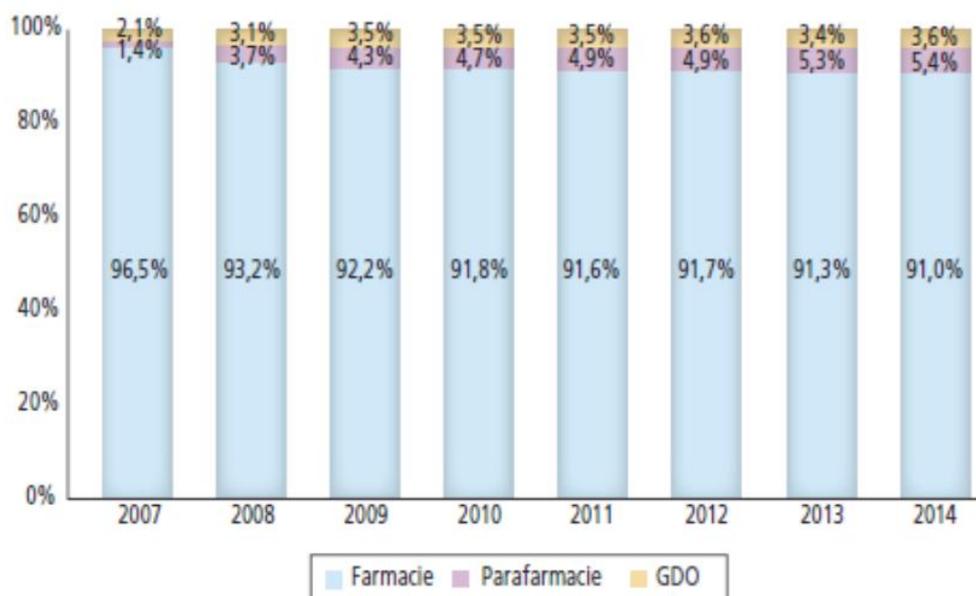


Figura 9: La spesa per farmaci senza obbligo di prescrizione per canale distributivo [64]

4.3.1 La Farmacia

Nonostante le evoluzioni degli ultimi anni ed il mix delle vendite a favore del farmaco non etico, la farmacia continua ad essere il maggior punto di contatto tra il cittadino e la sanità pubblica. La farmacia rimane il luogo dove il paziente si reca per cercare consigli e risposte in presenza di una patologia.

“Le farmacie sono impegnate per dare risposte ai cittadini adeguate alla popolazione che invecchia- afferma la Dott.ssa Racca ai microfoni di Radio 24 wellness - E’ attenta alla popolazione, dà assistenza a soggetti deboli, malati, ai familiari. Farmacia è il primo presidio sanitario” [66].

4.3.2 Le Parafarmacie

Con le leggi Bersani 248/2006, DL “Salva Italia” 214/2011 e dal DL “Cresci Italia” 27/2012, in Italia, si ha l’ingresso di una tipologia di negozio ormai affermata in Europa già da anni, la parafarmacia, dove è possibile acquistare esclusivamente i prodotti di automedicazione ed i parafarmaci.

La parafarmacia nasce dall’unione di tre realtà distinte ossia la profumeria, la farmacia ed i drug store. Questi esercizi si presentano con un profilo estremamente innovativo rivolto alla

prevenzione ed al mantenimento dello stato di salute del cliente, inteso come benessere della persona.

L'approccio del mercato delle parafarmacia resta quello del "negoziato sotto casa", con un mix delle vendite che somiglia molto a quello delle farmacie. Un aspetto significativo che contraddistingue questo canale dalle farmacie è l'ampiezza della gamma trattata, almeno per quanto riguarda il comparto dei farmaci senza ricetta, pur, tuttavia, migliorando la gestione del magazzino, puntando su prodotti leader per facilitare la rotazione dello stock. Il grande limite di questo canale è la sua scarsa capacità di "acquistare merce" in quanto le singole parafarmacie usufruiscono di margini più bassi a differenza della farmacia [62]. Le parafarmacie sono 3.150 e la loro distribuzione sul territorio è diametralmente opposta: un po' meno della metà si concentra nel Meridione (il 44%, per la precisione) ed il resto si divide quasi equamente tra Centro e Nord (nell'ordine, il 29 e il 27%) [67].

4.3.3 La GDO

L'avvento dei corner di distribuzione farmaci presso i punti vendita della grande distribuzione organizzata (GDO), supermercati ed ipermercati, sono stati la grande novità nel circuito del farmaco in Italia. Il format di tale modello è infatti molto diverso da ciò a cui il paziente era abituato ad associare all'acquisto dei medicinali.

La strategia del corner di distribuzione nei punti vendita della GDO è quella di applicare tecniche di gestione avanzate mediante logiche di category management, di fornire al cliente servizi innovativi e di promuovere campagne sull'uso responsabile dei farmaci di automedicazione. In questo modello, lo stile di acquisto è come quello dei consumatori che frequentano i centri commerciali (*one stop one shop*). In virtù della loro delocalizzazione competono con le altre strutture di distribuzione attuando strategie mirate alla riduzione del prezzo di vendita [62].

In tutta Italia si contano 340 corner della GDO, distribuiti sotto tredici insegne e concentrati soprattutto nell'area tradizionalmente più ricca del paese: il 50% sta al Nord, il 32% al Centro e il 18% al Sud [67].

5. LA REDDITIVITÀ DELLA FARMACIA

Dall'introduzione del decreto di Bersani del 2006, il canale della farmacia è in continua evoluzione: si sta assistendo ad una vera accelerazione del settore. In particolare, la distribuzione dei farmaci senza obbligo di ricetta medica ha subito profonde modifiche. Infatti, se fino a quella data la legge prevedeva che la dispensazione di specialità medicinali potesse avvenire esclusivamente attraverso la farmacia, dal 2006 l'articolo 32 del Decreto "Salva Italia" – Legge 214/2011, prevede un Delisting dei farmaci di Classe C, che potranno essere venduti anche nelle parafarmacie e nei corner della GDO con la presenza di un farmacista.

A questo punto il farmacista deve fronteggiare da una parte la concorrenza delle GDO e delle parafarmacie che presentano il parafarmaco e gli OTC, e dall'altra un contenimento della spesa sanitaria sempre più ferreo attuato dal SSN per risorse limitate. [68] In particolare, secondo i dati di Federfarma, la spesa farmaceutica netta convenzionata dal SSN, nel 2014, ha fatto registrare un calo del -3,1% rispetto al 2013, in linea con la tendenza di calo in atto negli ultimi 7 anni. Il trend di aumento del numero delle ricette rallenta con una crescita nel 2014 del +0,2% [69].

Le politiche di contenimento della spesa farmaceutica pubblica hanno portato lo Stato ad avviare una serie misure nei confronti di tutti i protagonisti della filiera, dall'industria fino al paziente, passando per i medici e per la farmacia. Iniziative che si tradurranno in una riduzione del peso percentuale del SSN sul fatturato delle farmacie ed un crescente interesse da parte del sistema pubblico per la predilezione dei generici che presentano il prezzo più basso del 30-40% rispetto al farmaco con il brand. Seppur il fenomeno dei generici è limitato in Italia (Figura 10) [70], la loro introduzione e la possibilità di praticare sconti sui farmaci hanno infatti aumentato l'incidenza percentuale del costo del venduto sul fatturato che, a parità di costi di struttura, ha generato un'automatica riduzione del reddito netto. Il generico infatti cresce sia a fatturato (+7,8%) che a pezzi (+6,7%), anche se i risultati 2014 sono in lieve flessione rispetto al 2011-2012 [70].

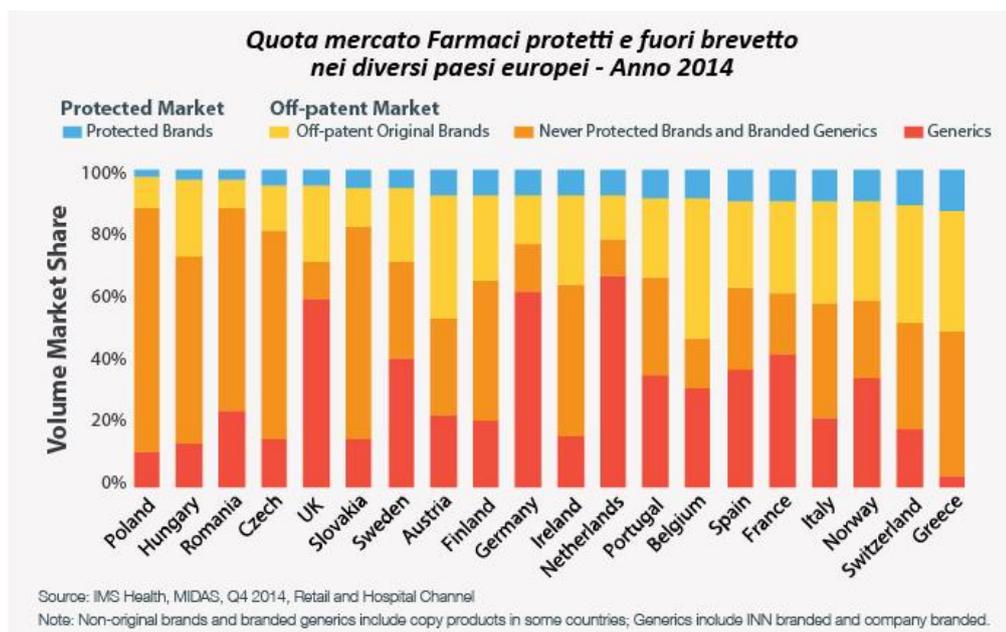


Figura 10. *I farmaci generici equivalenti in Europa [70]*

Fino a qualche anno fa, la sostenibilità delle farmacie era dipendente principalmente dai farmaci SSN. Nel 2008 veniva infatti registrato un peso del 68% per i prodotti etici sulla media nazionale delle vendite delle farmacie italiane. Tuttavia, se da un lato il canale farmacia ha mantenuto la propria posizione di mercato e la propria vocazione orientata al “presidio della cura”, dall’altro si è dovuto far fronte alla riduzione della spesa a carico del SSN con un conseguente calo del fatturato in ambito etico. Per mantenere l’equilibrio del bilancio economico di molte farmacie, l’introduzione di una nuova tipologia merceologica nella conduzione aziendale, svincolata dallo stesso SSN, ossia i parafarmaci, OTC e SOP è stata cruciale. L’analisi di New line Ricerche di Mercato evidenzia che la retribuzione dell’impresa farmacia è oggi il risultato di due principali comparti che mostrano andamenti diversi a fatturato e pezzi: il fatturato scende in ambito etico dell’1,1% ed aumenta invece in ambito commerciale (SOP, OTC e parafarmaco) del 2,2% (Figura 11) [71]. Trend opposti nell’analisi a volumi, dove sono i prescriptions a registrare la miglior performance con un +1,7% contro il +0,7% del commerciale [62].

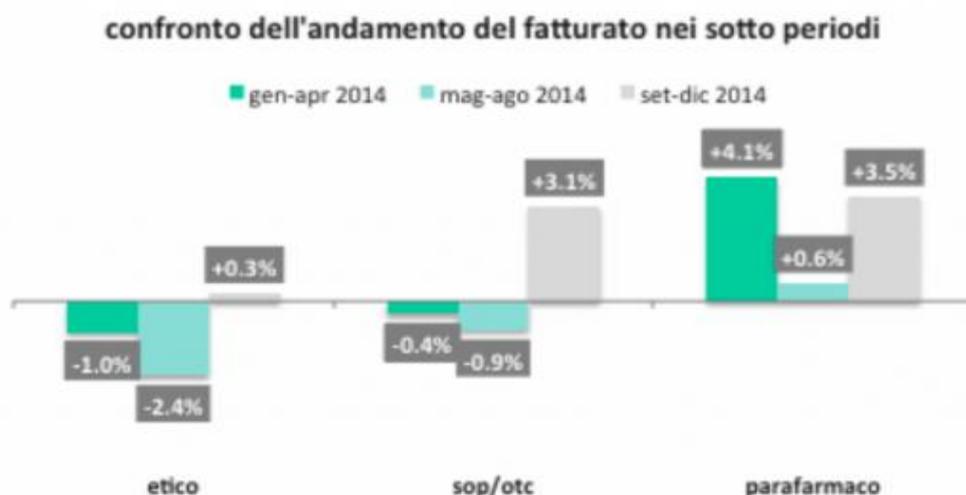


Figura 11: Fatturato delle farmacia per l'anno 2014 [71]

E' quindi evidente che l'evoluzione del mix delle vendite ha inciso fortemente sugli introiti della farmacia e ha anche condizionato in maniera rilevante l'organizzazione dell'impresa, con una maggiore attenzione per il lavoro e la disposizione della merce all'interno del punto vendita.

A fronte di tale scenario, le conseguenze saranno diverse a seconda della strategia di vendita attuata dalla farmacia. Nei punti vendita dove il farmaco SSN risulta essere una voce predominante del fatturato, le ripercussioni saranno maggiori. La sopravvivenza di tale modello di business dipenderà principalmente dalla disponibilità delle diverse specialità medicinali con meno interesse per problematiche legate all'esposizione dei prodotti o alla gestione delle dimensioni dei locali. Quando i ricavi legati al non farmaco assumono maggiore rilievo, le farmacie non vincolate dal rapporto con il SSN risentiranno in misura minore delle nuove politiche. Un aspetto cruciale per tale tipologia di impresa è quello di offrire un assortimento unico e distintivo di prodotti che siano un punto di forza del punto di vendita contro la concorrenza (Figure 12) [62].

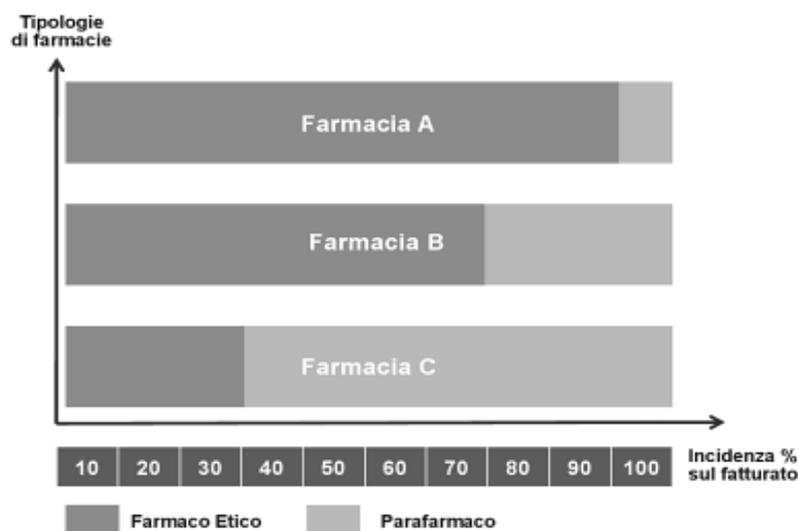


Figura 12: Tipologie di farmacia distinte per fatturato [62]

Le genericazioni, la riduzione del peso percentuale del fatturato SSN, l'agguerrita concorrenza intra ed extracanalale, hanno assottigliato la redditività della farmacia aprendo scenari incerti per il settore. Per la farmacia, che rimane un'azienda commerciale, il prezzo deve coprire il costo dei prodotti, remunerare il lavoro professionale del titolare ed il capitale impiegato. Il costo di ciascun prodotto quindi è dato dalla somma:

- a. dei costi variabili unitari (costi che aumentano o diminuiscono al crescere o al diminuire le vendite);
- b. della ripartizione dei costi fissi (costi che non variano con il variare del volume dei ricavi) sulle singole unità vendute [72].

Per far fronte a tale scenario, le farmacie possono attuare strategie di efficienza piuttosto che di efficacia. L'efficienza consiste in iniziative di razionalizzazione delle singoli voci del costo, in particolare della merce trattata, e nell'ampliamento dell'offerta della farmacia. Già in passato i farmacisti avevano sviluppato forme di associazionismo al fine di migliorare tali condizioni, dando vita ai distributori di farmaci, collettori in grado di massimizzare l'offerta e spuntare prezzi di acquisto migliorativi. Tuttavia ottimizzare gli acquisti non basta più, e diventa così necessario strutturare un sistema che possa anche dare gli strumenti di vendita al farmacista, strumenti che intervengono nell'assetto organizzativo di eventi e promozioni e nelle modalità promozionali stesse.

D'altro canto, le strategie basate sull'aumento dell'efficacia pongono l'accento sullo sviluppo dei ricavi, che si esplica attraverso l'aumento del numero degli scontrini emessi,

ma anche del loro importo unitario, nonché l'innalzamento dello scontrino medio. Per ottenere una maggiore efficacia occorre ampliare l'offerta introducendo nuovi prodotti e nuovi servizi, oltre che la formazione del personale di vendita [73].

Quelli che sono sempre stati i punti di forza delle farmacie, ossia la vicinanza al cliente e le dimensioni modeste sia per superficie di vendite che di affari, potrebbero mostrare chiari limiti nella condizione attuale. L'impresa farmacia non è infatti efficiente sul fronte degli acquisti e nella creazione di nuovi servizi. Per valorizzare tutte le opportunità che il mercato offre è necessaria una migliore organizzazione dell'esposizione dei prodotti e gestione di spazi ampi adeguati per poter esplicitare i nuovi servizi regolati dalla legge n 69/2009 [74].

Inoltre per rispondere al calo di redditività del business, oggi per il titolare di farmacia diventa fondamentale sviluppare uno spirito imprenditoriale, oltre alle competenze di natura professionale a cui si è dedicato lungo il ciclo di studi, acquisendo competenze che erano meno determinanti un tempo. In particolare il farmacista dovrà essere in grado di occuparsi della gestione degli ordini e del magazzino. In passato la pianta organica e la sua rigida attuazione regolava la competizione del settore, costituendo una barriera di ingresso per nuovi attori nel panorama. Ultimamente, però, la normativa sulle liberalizzazioni del farmaco ha influenzato il panorama della filiera, con sviluppo di azioni, da parte della singola farmacia, per fidelizzare il cliente. In questo momento di grande rivoluzione nel settore, è necessario che i titolari di farmacia si confrontino e ridefiniscono i contorni del proprio business [68] [75].

5.1 Le farmacie in catena: i benefici

In un contesto in cui i ricavi sono stabili ed i margini in calo, l'estrema frammentazione e la dimensione ridotta che caratterizzano le imprese delle farmacie diventano un limite al raggiungimento dell'efficienza. Recentemente, in questo clima di 'minaccia', migliaia di titolari delle farmacie hanno sentito l'esigenza di confrontarsi l'un l'altro, prendendo la decisione di coalizzarsi [76] [77].

Il fenomeno di dell'aggregazionismo ossia della tendenza dei singoli punti vendita ad assemblarsi in nuove strutture, denominate catene o da altri definite anche network, sta sempre più prendendo piede (Figura 13) [62].





Figura 13: Fattori che influenzano in maniera positiva (azzurro) ed in maniera negativa (rosso) la creazione di farmacie in catene. Adattamento della figura [62]

L'idea alla base della creazione di un network consiste nel raggiungimento della massima efficienza per condivisione di intenti. *“Grazie alla catena la farmacia migliora la propria competitività – scrive Giulio Cesare Pacenti, fondatore di Pharma Consulting Group - “Per esempio migliora la produttività per addetto perché una serie di incombenze affidate al personale “passano” al centro servizi, che lavorando per più titolari riesce anche a essere più efficiente” [78].*

Il maggior focus è il raggiungimento di un migliore potere negoziale nei confronti dell'industria (sell in). In alcuni si arriva alla costituzione di catene che raggruppano affiliati non solo sotto un'unica insegna, ma applicano anche la medesima filosofia di approccio al mercato (sell out), sposando le politiche dei diversi punti vendita del gruppo. Parallelamente alla costruzione della catena come entità economica, la forma aggregativa deve essere caratterizzata da un forte spirito di gruppo tra le diverse persone aderenti all'iniziativa. Questo deve essere continuamente stimolato da un costante lavoro di motivazione dei soci, che dovranno arrivare a sentirsi tutti membri di un'unica grande squadra. Inoltre l'intervento sulla crescita dei suoi associati sul piano della competenze manageriali risulta cruciale [62] [68].

Così facendo il network offre alla farmacia anche servizi di categorizzazione verticale, con segmentazione di reparto e vendite abbinate. Le farmacie fanno sistema: offrono prodotti a prezzi migliori e promozioni favorendo gli acquisti e servizi innovativi che la struttura realizza a costi contenuti e mette a disposizione delle farmacie affiliate, sfruttando

un'immagine ed una comunicazione univoca [72]. Tale assortimento e diversificazione dell'offerta attribuisce valore aggiunto alla catena ed un vero e proprio vantaggio competitivo rispetto alla concorrenza [62].

Le nuove realtà aggregative riescono a sopperire alle fragilità strutturali tipiche della singola farmacia e riescono ad incrementare la competitività nel settore, attraverso un modesto impegno sia di natura economica (il versamento di una quota annuale) che organizzativa (delega di parte del potere discrezionale agli organi di gestione del network) [68].

Conclude Pacenti, «*Lo scenario con cui la farmacia si deve confrontare obbliga i titolari ad imprimere un drastico aumento dell'efficienza alle loro aziende. C'è chi ha le competenze per riuscirci anche da solo, la maggioranza invece può raggiungere l'obiettivo soltanto se si integrerà in catena, per sfruttare i processi virtuosi dell'aggregazionismo*» [78].

5.2 Servizi per i clienti finali

Offrire un'ampia gamma dell'offerta è sicuramente uno dei benefici derivanti dall'unione in un network. La catena può infatti esercitare un ruolo strategico in quanto i servizi erogati permettono di differenziare il negozio ed attrarre anche nuovi pazienti. Infatti se si pensa al tema della telemedicina o piuttosto del monitoraggio della densitometria ossea, in questi casi, il network non solo funziona da hub, acquistando la strumentazione e mettendola poi a disposizione delle farmacie associate, ma in alcuni casi, si occupano anche della formazione del personale dell'associato, se non viene messo a disposizione della farmacia un esperto che segue direttamente il test [79] [80] .

Da un sondaggio effettuato da Pacenti e dai suoi collaboratori [68], emerge chiaramente come, in 21 tra le catene formatesi in Italia nel 2013, i servizi che le suddette hanno sviluppato in favore del paziente, si possono maggiormente suddividere in cinque macro-aree:

1. **Noleggi e vendite presidi:** in questo caso la catena fungendo da hub per tutti quei presidi necessari alla cura di pazienti che presentano una modesta rotazione e, al tempo stesso, occupano molto spazio (ad esempio, bombole d'ossigeno), tali soluzioni supportano la farmacia che riesce in questo modo a mettere a disposizione un servizio aggiuntivo per la propria clientela.
2. **Esami clinici:** riguarda le diverse analisi che il paziente può realizzare in farmacia. Tali prestazioni vengono erogate dalla farmacia che utilizza strumentazioni affittate presso la catena. La farmacia con questa formula viene alleggerita dai costi fissi

derivanti dall'acquisto di tali apparecchiature, permettendo così anche a realtà di dimensioni più piccole di erogare, in maniera conveniente, i nuovi servizi.

3. **Analisi Biochimiche:** alcuni network hanno sviluppato accordi con strutture terze, allargando il range dei servizi da erogare, senza costi aggiuntivi e, al tempo stesso, traendone vantaggi per i costi contenuti. Il servizio maggiormente promosso in questo ambito è l'analisi delle intolleranze alimentari.
4. **Dermatologia:** dal momento che il reparto cosmetico è una realtà che è entrata a far parte delle farmacie italiane, le diverse catene hanno pensato di sviluppare servizi inerenti a tale area di business. Anche in questo caso il network si fa carico di acquistare i diversi strumenti per poi metterli a disposizione degli associati, con ovvi benefici in termini di efficienza per la singola farmacia.
5. **Servizi di consulenza:** la catena funge da centro servizi che progetta le diverse prestazioni, migliorandone l'efficienza, contribuendo all'allargamento dell'offerta della farmacia e favorendone la sua redditività. In questo modo, si incrementa il livello di consulenza che le persone addette al banco possono offrire.

Infine l'autore nel suo libro [16], fa emergere come però non tutte le organizzazioni di catene abbiano sviluppato a pieno tale importante area di collaborazione e business con i propri associati. Tuttavia, data la strategicità di tali prestazioni e la crescente competitività del settore, molto probabilmente nei prossimi anni si assisterà, da parte di tutti i network, ad un ulteriore sviluppo di tali servizi a favore del paziente [81] [82].

5.3 Modelli di aggregazione: in crescita sull'onda della crisi

Il fenomeno dell'aggregazionismo rappresenta per molti aspetti l'evoluzione naturale di quei farmacisti che avvertono la necessità di irrobustire la gestione della propria farmacia con il supporto di una struttura esterna in grado di fornire servizi dedicati. L'indagine periodica sul modus operandi del network di farmacie ad opera di Pharma Consulting Group presentata in occasione di Farmacista Più 2014, ha evidenziato un'intensificazione delle catene tra le diverse imprese di farmacie: nel 2013 sono 32 e raggruppano il 31% delle farmacie italiane, ossia 5.500 presidi, in netto aumento rispetto al dato censito dallo stesso gruppo nel 2010 (Figura 14) [83].



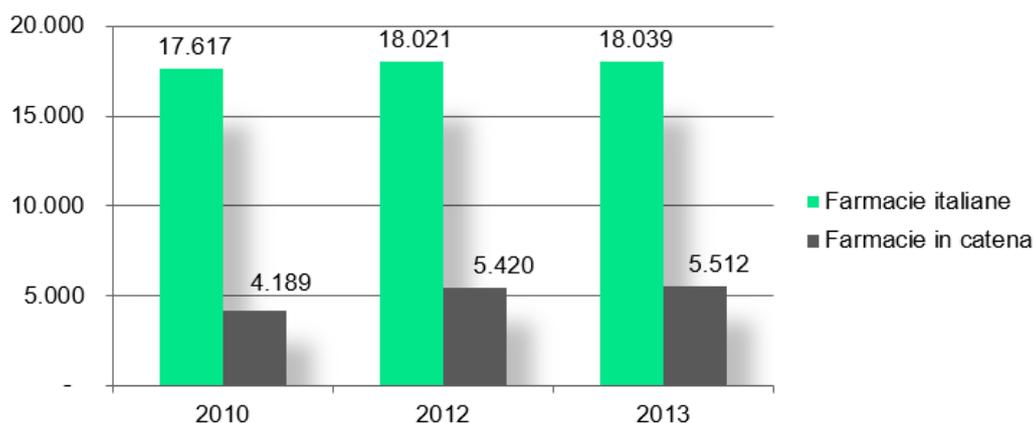


Figura 14: Espansione del fenomeno aggregativo dal 2010 al 2013 [83]

La farmacia è un'attività commerciale e come tale produce valore per i consumatori tramite l'offerta. La sua struttura organizzativa è caratterizzata da una prima fase che coincide con la gestione degli acquisti dei prodotti in assortimento (Figura 15). La fase successiva è legata alla gestione del magazzino. In seguito la gestione della gamma ed infine le iniziative che interessano la vendita dei prodotti [62]. Oltre alle quattro fasi del processo che terminano con erogazione del farmaco al paziente, due attività essenziali riguardano la gestione delle risorse umane ed il controllo di gestione, inteso come monitoraggio degli obiettivi economici.



Figura 15: Struttura organizzativa della farmacia [68]

Lo svolgimento delle attività di tale processo è fortemente influenzato dalla decisione o meno di aderire al fenomeno associativo. Le differenti forme di aggregazione differiscono non solo per le varie iniziative che mettono in supporto agli associati, ma anche per le

ricadute organizzative sulla struttura delle farmacie aderenti. Il sistema di associazione è tanto più efficiente quanto maggiore è il legame tra le farmacie.

Le diverse forme di aggregazioni possono essere semplificate facendo riferimento ai vari modelli elencati di seguito, con grado di integrazione sempre crescente, fino a giungere ad un business format univoco, in cui le farmacie condividono gli arredi e le procedure di lavoro oltre agli assortimenti e al marchio:

1. Gruppo d'acquisto;
2. Gruppo di vendita (marketing- oriented);
3. Catena (gruppo di farmacie più o meno ampio che condivide le promozioni e lo sviluppo di un'immagine distintiva)
4. Catena integrata;
5. Franchising;
6. Catena di proprietà, in cui tutte le attività – gestione del personale compresa – vengono demandate al gruppo e il singolo punto vendita non è altro che un nodo della rete.

5.3.1 Gruppo d'acquisto

La forma di aggregazione denominata gruppo di acquisto rappresenta la più semplice forma associativa, con minori cambiamenti in termini organizzativi (Figura 16). Provvede al miglioramento degli acquisti, per aumento della massa critica, sfruttando politiche di acquisto più vantaggiose per quantità e conseguentemente riducendo il rischio di stock eccessivo di merce. In questa tipologia di aggregazione è garantita indipendenza ai diversi membri. Solamente la funzione acquisti deve agire in armonia con quella degli altri affiliati al gruppo, con la condivisione di campagne acquisti tra colleghi [62, 68].



Figura 16: Organizzazione di un gruppo di acquisto [68]

5.3.2 Gruppo di vendita

Questa forma di aggregazione è più complessa della precedente, in quanto la ricaduta organizzativa coinvolge la funzione acquisti, la gestione dell'assortimento e delle vendite (Figura 17).

L'obiettivo principale in questo modello associativo è massimizzare le vendite con un miglioramento del fatturato. Questo è ottenuto mediante una comunicazione coordinata ed una logica espositiva standardizzata degli affiliati, e una ridefinizione delle priorità di vendita (sell out) degli addetti al banco dei punti vendita [62, 68].



Figura 17: Organizzazione di un Gruppo di vendita [68]

5.3.3 Catena integrate: catene volontarie e cooperative

Tale modello prevede una profonda integrazione tra le diverse farmacie affiliate, influenzandone fortemente il loro business, la loro struttura e gestione (Figura 18). Le attività che prima erano svolte dal personale della singola farmacia sono demandate al centro servizi della catena. Il punto essenziale sul quale si fonda tale aggregazione è l'ampia attenzione nel rapporto con il cliente, che diventa il fulcro dell'attività stessa, con un'offerta caratterizzata da servizi innovativi. Seppur il modello in esame risulta essere il migliore tra i presentati, in quanto garantisce maggiore efficienza gestionale ed attività centralizzate, allo stesso tempo, è quello che crea rilevanti vincoli per i farmacisti che decidono di aderirvi [62] [68].



Figura 18: Organizzazione di una catena integrata [68]

5.3.3.1 Catene volontarie

Queste catene sorgono per iniziativa dei singoli titolari, su base territoriale, che condividono analoga visione sullo sviluppo del business della farmacia (Figura 19). Queste strutture non dispongono di un magazzino proprio, ma sono dotate di un centro di servizi che coordina le varie mansioni all'esterno (trattative con i fornitori, creazione di eventi). La snellezza è quindi il punto di forza di questo modello: le risorse sono collocate in attività ad alto valore, quali il coordinamento e la progettazione di servizi.

Le diverse mansioni di cui le catene volontarie si occupano sono la definizione dell'assortimento, l'acquisto diretto dall'industria, la progettazione e la realizzazione di servizi di fidelizzazione. L'efficienza gestionale contraddistingue le farmacie in network, in quanto, il singolo servizio può essere erogato a tutte le farmacie del gruppo, riducendo in maniera rilevante il costo che una singola farmacia dovrebbe sostenere. Inoltre, un'altra caratteristica distintiva della catene volontarie rispetto alla impresa autonoma è la capacità di disporre di un più ampio ventaglio di soluzioni per le problematiche del paziente.

Il modello organizzativo è quindi quello di una farmacia autonoma nella proprietà ma integrata nell'offerta e nel modo di lavorare, con focus principale sul rapporto con il cittadino/paziente. Generalmente queste catene sono composte da un numero esiguo di soci per cui normalmente non si registra il fenomeno dello sviluppo dei prodotti a marchio, ma solitamente presentano un logo e strategie comunicative (volantini e uso di materiale POP) analoghi tra gli affiliati [62] [68].

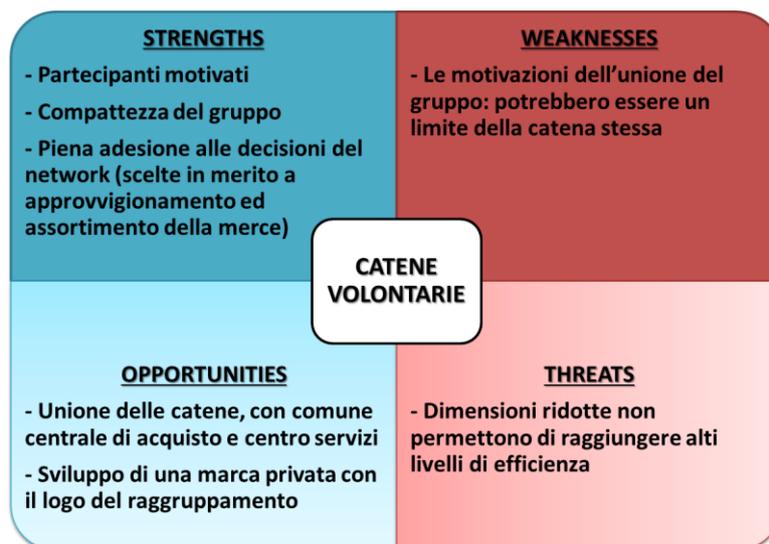


Figura 19: Analisi SWOT delle catene volontarie [62]

5.3.3.2 Catene delle cooperative

In seguito al decreto Bersani, più di una cooperativa di farmacisti ha dato vita alla creazione di una propria catena di vendita per riaffermare l'identità del canale. Le catene collegate alle cooperative sono strutture in genere di dimensioni più generose rispetto a quelle nate dall'iniziativa dei singoli (Figura 20).

In questa tipologia organizzativa risulta predominante la parte delle vendite: il centro servizi, sovrastruttura ben organizzata, in particolare, si occupa di attuare tutte le attività relative sia al tema degli acquisti, della comunicazione, della gestione della gamma, delle promozioni e delle vendite. A tale scopo, in quanto le catene fanno delle iniziative promozionali il loro vero e proprio punto di forza, il volantino con le offerte del mese rappresenta l'iniziativa di marketing prescelta.

Il centro servizi inoltre è deputato alla realizzazione ed erogazione dei servizi con valore aggiunto (category management), necessari a migliorare la gestione della farmacia, che vengono concessi agli affiliati a un prezzo di favore. La cooperativa fornisce centralmente i prodotti agli affiliati ed il suo magazzino funge da piattaforma logistica per la loro distribuzione.

Il titolare che partecipa a questo modello rimane autonomo nella proprietà ma molte delle iniziative sono delegate alla struttura per condivisione di valori e idee tra i soci.

Data le rilevanti dimensioni delle catene delle cooperative, si registra il fenomeno dello sviluppo dei prodotti a marchio che può contribuire sensibilmente al miglioramento della redditività della farmacia associata [62] [68].



Figura 20: Analisi SWOT delle catene di cooperative [62]

5.3.4 Catene in franchising

Infine estremizzando il concetto di integrazione nell'aspetto gestionale si arriva alla creazione di catena di proprietà o in franchising con immagine coordinata (Figura 21). Tali catene rappresentano il migliore esempio di efficienza e produttività. Le attività di lavoro, le scelte strategiche sull'indirizzo della catena ed erogazione di servizi, organizzazione del punto vendita, la gamma di offerta, la stipulazione di accordi con i fornitori ed il sistema informativo delle farmacie aderenti sono definiti dal centro servizi e sono per lo più operazioni standardizzate. Inoltre nel caso del franchising distributivo, il franchisor definisce le modalità operative che il franchisee dovrà adottare nella conduzione della sua attività e le fonti di approvvigionamento. Il franchisor stabilisce il business format che verrà applicato ai negozi che decidono di associarsi alla catena stessa, circoscrivendo fortemente l'ambito operativo dell'affiliato. La farmacia aderente perde quindi la singola identità a favore di un'immagine coordinata di gruppo che si ritrova su tutto il territorio nazionale [62]. Tuttavia il modello garantisce una maggiore fluidità operativa e facile accesso ad un ampio ventaglio

di servizi (notorietà dell'insegna, immagine coordinata, tessera fedeltà e testata free press personalizzata).



Figura 21: Analisi SWOT delle catene in franchising [10]

Sebbene le differenti tipologie di catene stiano prendendo sempre più piede in Italia, i vincoli imposti per legge ai soggetti che appartengono alla filiera sono ancora molto severi. Un'analisi dei vantaggi competitivi ottenuti con il medesimo business format negli altri paesi europei e negli USA, che presentano una esperienza consolidata da anni nel settore, potrebbe essere spunto di riflessioni critiche sull'attuale modello italiano.

6. IL SISTEMA DELLE FARMACIE NEL MONDO

La globalizzazione ha provocato forti cambiamenti nel mondo. Da un lato ha reso possibile lo sviluppo in Estremo Oriente in particolar modo nel settore sanità, dall'altro ha generato una contrazione dell'occupazione nel mondo occidentale dove sono state apportate modifiche a livello organizzativo soprattutto nei paesi più all'avanguardia, che ormai non hanno risorse per fronteggiare l'aumento dei costi delle prestazioni richieste dai cittadini. Anche le farmacie, a seguito della riduzione delle risorse finanziarie, hanno cercato di riorganizzare il mercato andando ad aumentare l'efficienza del sistema. Lo sviluppo delle catene è sicuramente un fenomeno determinante che contribuirà a cambiare i contorni dello scenario. Il nostro obiettivo è quello di fornire una panoramica generale di quello che è il fenomeno dell'aggregazione tra le farmacie nel mondo, in cui è presente un modello più avanzato rispetto a quello italiano. Per tale motivo ci siamo soffermati su tre paesi occidentali un po' diversi tra loro: Stati Uniti, Regno Unito e Francia. Gli Stati Uniti e l'Inghilterra "camminano" di pari passo, rispecchiando un sistema abbastanza solido e in continua crescita, la Francia, invece, condivide con l'Italia la normativa che impedisce l'entrata del capitale nella proprietà della farmacia.

6.1 Il fenomeno delle aggregazioni tra le farmacie negli USA

Gli Stati Uniti d'America sono sinonimo di innovazione, costituiscono generalmente il laboratorio di ricerca più avanzato a livello mondiale. Le farmacie americane non ospedaliere dette "community pharmacies" possono essere raggruppate in due principali categorie: quelle indipendenti e quelle che appartengono ad una catena. Secondo la IMS, principale organizzazione che raccoglie informazioni sulle industrie farmaceutiche e sanitarie in gran parte del globo, la catena è vista come "un'entità privata che comprende più di quattro farmacie con una proprietà unica". Questa definizione non è universalmente accettata. Il governo federale, per esempio, definisce la catena come una "società quotata in borsa con più di venti punti vendita e governata da un management centralizzato". Attualmente negli Stati Uniti esistono circa 55.000 farmacie di cui 39.000 appartengono ad una catena. Sul mercato americano ci sono dieci società di catene e circa il 93% della popolazione abita a una distanza di 8 km da una farmacia. Ogni anno vengono spedite



circa 4 miliardi di ricette di cui il 72% è attribuito ad una delle catene presenti sul territorio dando lavoro a circa 134.000 farmacisti. La maggior parte delle ricette spedite in queste farmacie sono per lo più ricette di farmaci generici, dal momento che i dieci prodotti più prescritti negli USA hanno perso tutti la protezione brevettuale. Le catene sono nate intorno al 1850 e da lì si sono evolute rapidamente. Alla prima catena, la Schelgel Drug Stores, ne seguirono presto molte altre e già nel 1980 la loro crescita sembrava inarrestabile. Tra i nomi più importanti vale la pena ricordare la Meyer Brothers Company, T.P Taylor &Co, Read Drug Stores, Skillern's Drug Stores, Cunnigham Drug Stores e la Bartell Drug Company. All'inizio del XX secolo il "drug store" rappresentava un punto di riferimento per il cittadino. In quel periodo Charles R. Walgreen dà vita a quella che sarebbe divenuta la prima catena di farmacie negli Stati Uniti sia in termini di fatturato che di punti vendita presenti su tutto il territorio americano (Tabella 2).

Nome delle catene	Numero punti vendita
Walgreens	7840
CVS Caremark	7357
Rite Aid	4659
Health Mart	2937
Shoppers Drug Mart	1257
Medicine Shoppe International	847
McKesson Canada	626
Pharmasave	448
Katz Group	420
Jean Coutu Group	399

Tabella 2: Prime dieci catene di farmacie negli Stati Uniti per punti vendita.

Tra il 1900 e il 1920 sorsero le prime cooperative e associazioni di grossisti, mentre tra anni '50 e '70 si ebbe un vero e proprio boom di catene di farmacie associate a supermercati e discount, favorendo un aumento della concorrenza. Tra gli anni '70 e '80 l'informatica rivoluzionò le farmacie, innovandole e segnando la fine dell'era delle catene a conduzione

familiare. In genere le catene hanno una specifica identità a partire dalla condivisione dell'insegna, hanno magazzini e centri di distribuzione comuni, tutti i negozi seguono gli stessi precisi standard di gestione e sono quotate in borsa. In alcuni casi la catena opera con più modelli di gestione, affiancando alla proprietà diretta dei punti vendita una gestione in franchising di altre farmacie. Alcune catene sono delle vere e proprie società di franchising come Health Mart e Medicine Shoppe che aggrega gruppi di farmacie indipendenti e piccole catene, generalmente con meno di 10 punti vendita. Appartenere ad una catena non significa che la singola farmacia non sia del tutto autonoma, il gestore ha la possibilità di personalizzare i servizi offerti alla propria clientela, potendo contare sulla disponibilità del centro servizi della catena stessa. Fino al 1986 solamente il 7% - 10 % delle ricette presentate in farmacia veniva pagata o rimborsata da una compagnia assicurativa: il paziente doveva pagare il costo del farmaco e successivamente rimborsato se provvisto di una assicurazione sanitaria. Molte catene hanno pensato di sviluppare una linea di prodotti col proprio marchio sotto il nome di "private label", al fine di migliorare la redditività da un lato e offrire vantaggi alla farmacia e al paziente dall'altro con un successivo aumento del margine e una riduzione dei prezzi. Infatti, sugli scaffali delle farmacie americane si possono trovare una grande quantità di prodotti quali integratori, vitamine, alimenti dietetici, sciroppi per la tosse e prodotti contro il raffreddore che portano il nome della singola catena. L'idea di sviluppare farmaci con un proprio marchio ha contribuito alla fidelizzazione della clientela che tende ad allontanarsi dal prodotto più costoso, marcato e pubblicizzato, avvicinandosi così a quelli a costo basso prodotti dalla catena stessa. Un grande vantaggio delle catene è di poter far leva sulla comunicazione pubblicitaria grazie al gran numero di farmacie che si distribuiscono su tutto il territorio nazionale e quindi all'ampia disponibilità di capitale. Varie iniziative hanno contribuito alla crescita delle catene, come per esempio la creazione di una serie di prestazioni quali le azioni di screening e diagnosi per alcune patologie, ma anche servizi infermieristici come check up, vaccinazioni, trattamento infezioni bronchiali etc. I servizi offerti in farmacia rappresentano una risposta a molte esigenze di una popolazione che invecchia e cerca di mantenersi in salute e le stesse farmacie rappresentano un punto di riferimento per le famiglie pur essendo assicurate. Le crescenti iniziative di collaborazione tra catene di farmacie, aziende farmaceutiche e grossisti stanno trasformando la farmacia in un'alternativa sanitaria. Lo scenario futuro della sanità USA sembra molto favorevole alle catene di farmacie. Un maggior coinvolgimento del farmacista favorisce una riduzione dei costi e un miglioramento della salute del paziente. Il farmacista infatti è divenuto la risorsa



primaria di informazione e consiglio relativo al corretto uso del medicamento. Inoltre, il motivo per il quale le catene godono di una posizione privilegiata rispetto alla farmacia indipendente deriva ovviamente dalle loro dimensioni, da un più facile accesso al capitale e da un'organizzazione centralizzata in grado di gestire e anticipare le nuove tendenze. Infine, presenteranno nuove collaborazioni con aziende farmaceutiche, assicurazioni sanitarie, PBM e agenzie governative. Del resto le aziende farmaceutiche hanno interessi molto allineati con quelli delle farmacie, in quanto una migliore aderenza terapeutica del paziente e un più corretto uso dei loro farmaci si traduce in maggiori vendite anche per loro. In questo modo le catene di farmacie rappresentano un importante punto di accesso al sistema sanitario per il cittadino e si stanno trasformando sempre di più in centri di benessere e prevenzione, piuttosto che in luoghi di dispensa del farmaco [84].

6.2 Walgreens: passato e presente



Walgreens è la prima catena di farmacie negli Stati Uniti sia in termini di fatturato che di punti vendita presenti su tutto il territorio americano.

Nel 1901 Charles R. Walgreen Sr. acquistò la farmacia di Chicago dove aveva lavorato come farmacista. Spinto dall'entusiasmo e dalla voglia di fare, produsse una linea di farmaci a basso costo ma di qualità. Nel 1909 aprì il secondo negozio Walgreen e in seguito all'incorporazione di ben nove negozi nacque Walgreen Co. . La società si espanse su tutta Chicago e passò da Charles Walgreen Sr. al figlio Walgreen Jr. . Nel 1946 Walgreen investì all'estero e nel 1950 costruì il primo self-service nel Midwest in sostituzione al classico negozio di servizio. Nel 1969 la società passò a Charles Walgreen III, raggiungendo ottimi guadagni con un fatturato annuo di 1 miliardo di dollari. Walgreen III investì molto nella tecnologia. Fece in modo che tutti i punti vendita avessero delle casse veloci; accelerò il processo della prescrizione e lanciò una farmacia online al fine di offrire ai clienti un servizio conveniente, sicuro e veloce. Nel 2001 Walgreen raggiunse i 3000 punti vendita e in più offrì la possibilità di prescrivere ricette in lingue multiple. Attualmente

le prescrizioni possono essere stampate in 14 lingue: arabo, cinese, francese, tedesco, italiano, giapponese, coreano, polacco, portoghese, russo, spagnolo, tagalog, vietnamita e inglese. Dal 2001 ad oggi il numero dei punti vendita è via via aumentato. Nel 2006 Walgreen ha pensato bene di offrire ai clienti un servizio innovativo, ovvero una sorta di clinica composta da infermieri per curare e supportare pazienti con disturbi comuni. Nel 2009 ha messo a disposizione vaccinazioni H1N1 in tutte le sue farmacie e cliniche per la lotta contro il virus dell'influenza. Dopo 46 anni di servizio, nel 2010 Walgreen ha completato l'acquisizione della catena di farmacie Duane Reade e del rivenditore online drugstore.com. E' stato poi introdotto il servizio Pickup Web nella zona di Chicago, che unisce la convenienza dello shopping online con i suoi negozi di quartiere. Nel 2012 Walgreen ha completato l'acquisizione delle farmacie di specialità di BioScrip e ha lanciato un nuovo strumento online "Trova il tuo farmacista", che consente ai clienti di selezionare un farmacista adeguato alle loro esigenze di assistenza sanitaria con le aree di competenza, specialità, lingue e background desiderate. Sempre nel 2012 Walgreen si è espanso a 8000 punti vendita. Il 21 novembre 2013 a Evanston Walgreen ha aperto il primo negozio a zero energia, producendo una quantità di energia pari o superiore a quanto ne consuma con due turbine a vento, quasi 850 pannelli solari e un sistema geotermico scavato a 550 piedi sotto terra [85].

6.3 Il fenomeno delle aggregazioni tra le farmacie in UK

Per capire l'Inghilterra bisogna conoscere gli Stati Uniti e viceversa. Le vicende di questi due paesi seguono linee abbastanza parallele se non altro per il semplice fatto che gli Stati Uniti nascono come colonia inglese. Oltre alla lingua i due paesi continuano a condividere culture, politica e un sistema economico e imprenditoriale abbastanza simile. Il Regno Unito appare come il paese meno europeo, anche se dal punto di vista della sanità rimane ancora abbastanza distante dagli Stati Uniti. Nel Regno Unito oltre il 65% delle farmacie appartiene a una catena o un supermercato. Un crescente numero di farmacisti sono infatti impiegati di una società che, oltre ad essere proprietaria, gestisce le politiche imprenditoriali di tutte le farmacie dipendenti. Sebbene il concetto di catena sia nato probabilmente negli Stati Uniti intorno al 1850, il Regno Unito aveva sperimentato forme di cooperativismo già a partire dalla prima metà del XIX secolo. La Co-operative Group, per esempio, sostiene di essere attiva già dal 1844. Tra le catene più note in Gran Bretagna



ricordiamo Boots che sarebbe nata poco più tardi come negozio di rimedi naturali, anche se a partire dal 1880 avrebbe iniziato la sua espansione attraverso l'acquisizione di piccoli gruppi di farmacie. Dalla vendita di prodotti di erboristeria e di bellezza, alla produzione e distribuzione di farmaci, dall'ottica ai massaggi terapeutici fino ad arrivare alle biciclette, Boots è di fatto una protagonista importante nella storia della distribuzione al dettaglio in Gran Bretagna. Per le catene dell' 800 contavano principalmente due cose:

- il presidio di un territorio sempre più vasto.
- la possibilità di soddisfare i bisogni sempre crescenti di una società che continuava a urbanizzarsi a seguito della rivoluzione industriale.

A quei tempi chi necessitava di cure e medicinali doveva pagarli di tasca propria e il loro costo era sicuramente un fattore importante per chi glieli vendeva. Sarebbero passati oltre cinquant'anni prima della comparsa del Sistema Sanitario Nazionale del Regno Unito, che si sarebbe fatto carico di proteggere tutta la popolazione dalle spese legate alla malattia. Lo sviluppo delle catene era stato pertanto una scelta imprenditoriale in un sistema dove la libertà d'impresa rappresentava e rappresenta uno dei principi guida. Oggi più della metà delle farmacie fa ormai parte di un network organizzato. Esistono infatti 12.250 farmacie, una ogni 5.000 abitanti, delle quali più del 65% fanno parte di una catena o appartengono ad un supermercato (Tabella 3).

Nome catena	% delle farmacie associate sul totale universo
Numark	21%
Alliance Boots	20%
Llyds Pharmacy	13%
Co-operative Group Pharmacy	7%
Rowland	4%

Tabella 3: Percentuale delle farmacie associate in Inghilterra.

La farmacia si trova al centro di un grosso cambiamento causato dalla convergenza di cinque fattori principali:

- il continuo bisogno di tagliare la spesa sanitaria, la cui ascesa è data da un aumento della domanda di servizi dovuto all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche.
- l'aumento della concorrenza generata dalla poca regolamentazione degli altri paesi europei, le nuove licenze e la conseguente comparsa di nuovi protagonisti tra i quali supermercati e la distribuzione organizzata.
- la crescente spinta per l'industria ad oltrepassare il grossista cercando di contattare direttamente la farmacia.
- la comparsa di nuovi canali di distribuzione quali internet, nonché la dispensa del farmaco per posta. Nel Regno Unito alcune catene riportano vendite online già pari all'1% del loro fatturato. La dispensa dei farmaci per posta, che ha avuto grande successo negli Stati Uniti e Canada, si presenta come un'alternativa molto attraente per il sistema sanitario inglese, che potrebbe da una parte ridurre i costi e dall'altra semplificare la dispensa del farmaco per il paziente, migliorandone la distribuzione nelle zone più remote del paese.
- Le esigenze dei pazienti continuano a cambiare. Secondo una ricerca, il paziente desidera maggiore chiarezza, facilità di accesso e riservatezza quando dialoga col farmacista all'interno della farmacia.

In sintesi la farmacia deve riuscire a fornire più servizi con meno risorse, ma anche migliorare la qualità dell'interazione con i propri clienti. Le competenze del farmacista sono utilissime al sistema sanitario, in quanto possono essere di supporto ad un maggiore controllo, se non ad una riduzione di molti altri costi. Del resto in Gran Bretagna molte farmacie rappresentano sempre di più una potenziale "porta di accesso" al sistema sanitario attraverso l'erogazione di tanti servizi, un tempo delegati al medico di famiglia [86].

Boots è stata la prima catena a recapitare i farmaci a casa dei propri pazienti e a monitorarne l'assunzione. Boots ha sviluppato anche altre iniziative come la creazione di regimi dietetici personalizzati o il controllo periodico della pressione, programmi di contraccezione ormonale, diagnosi dell'osteoporosi etc. La farmacia è vista dai cittadini come un "centro di benessere", anche se occorreranno importanti cambiamenti per rendere la farmacia parte integrante del nuovo modello di sanità inglese. Centro di benessere vuol dire che il farmacista dovrà essere in grado di aiutare i propri clienti a utilizzare in modo corretto i farmaci prescritti, nonché a prevenire la malattia attraverso una efficace opera di prevenzione (esempio: migliore alimentazione, maggior esercizio fisico etc.) sui propri

clienti. Tornando ad Alliance Boots, solamente il 33% del suo fatturato deriva dalla tradizionale attività di dispensa del farmaco. La fetta più grossa è realizzata attraverso la vendita di altri prodotti per la salute, la bellezza e un'ampia serie di servizi per il paziente [87] [88].

6.4 Boots: storici salienti



Il primo negozio di erbe medicinali Boots è stato fondato nel 1849 a Nottingham, Inghilterra, da John Boot, ma la trasformazione in una catena di negozi nazionale è avvenuta grazie alla capacità del figlio Jesse di costruire rapporti duraturi e di fiducia con i clienti. Il suo approccio si basava sull'offerta di prodotti di qualità a prezzi accessibili. Nel 1860 la maggior parte delle persone non poteva permettersi cure sanitarie e Jesse Boots ebbe una grande intuizione: decise di approvvigionarsi delle sue medicine direttamente dai produttori. Questo gli permise di venderle ad un prezzo ragionevole, accrescendo così notevolmente e velocemente il suo business e garantendo il diritto alla salute al maggior numero di persone possibile. In questo senso una menzione particolare va fatta anche alla moglie di Jesse, Florence, e alla sua costante dedizione alle condizioni di lavoro e di salute dei lavoratori – soprattutto delle donne – impiegati in Boots, verso i quali si è sempre dimostrata attenta attraverso il continuo miglioramento di servizi a loro dedicati e l'istituzione di sale di medicazione attrezzate con personale medico e infermieristico che già allora avevano contribuito a farne una delle aziende più all'avanguardia al mondo. Inoltre, grazie alle sue qualità organizzative, al senso dello stile e alla comprensione delle esigenze della clientela femminile, aprì la strada all'espansione dell'azienda nel mondo della bellezza femminile. Nel 1914 venne infatti aperto il primo laboratorio Boots guidato da Florence, nel quale venivano testate le formulazioni di prodotti di bellezza e cosmetici. Nel rispetto della tradizione avviata dal suo fondatore e nel corso della storia del marchio, la fiducia, la qualità e la competenza sono da sempre le caratteristiche distintive: infatti, a partire dal 1895 e su richiesta di Jesse Boot, è stato aperto un dipartimento di analisi per esaminare tutti i prodotti e le materie prime al fine di garantire l'integrità e la qualità di quanto venduto da

Boots. Ma Boots non è solo un distributore al dettaglio di prodotti farmaceutici e di altri articoli per la salute e il benessere. In realtà si può affermare che fin dall'inizio della sua costituzione produsse medicine: per esempio fu una delle prime aziende britanniche a mettere in commercio l'acido acetilsalicilico. Nel 1944, poi, diede l'avvio alla produzione di grandi quantità di penicillina per il Governo britannico impegnato nella seconda guerra mondiale. Nel 1950 la fama degli scienziati Boots venne poi accresciuta dalla loro attività di ricerca: in quegli anni incominciarono infatti a sviluppare un farmaco anti-infiammatorio destinato ad avere ampio utilizzo da parte del pubblico. Si trattava dell'Ibuprofene, lanciato sul mercato nel 1969 con una versione da banco disponibile dal 1983: attualmente è uno dei farmaci più venduti a livello mondiale. Dalle umili origini di Boots, figure chiave hanno avuto la visione di spingersi oltre i confini per cercare nuove soluzioni. Oggi è questo stesso spirito che alimenta il loro lavoro, contribuendo a fare la differenza [89].

Nel 2006 Boots si fonde con Alliance, gruppo leader italiano nel settore della distribuzione intermedia di prodotti farmaceutici e parafarmaceutici dando origine ad Alliance Boots.

6.5 La nascita di Alliance Boots

Alliance Boots è la più grande catena di farmacie nel Regno Unito ed è nata dalla fusione, conclusasi il 31 luglio 2006, tra Alliance Unichem Plc -leader nel mercato all'ingrosso- e Boots Group. Tale fusione ha creato il colosso europeo nella distribuzione di prodotti farmaceutici, cosmetici e parafarmaceutici. Il nuovo gruppo dà lavoro ad oltre 100.000 addetti, controlla circa 2.600 punti vendita in Gran Bretagna, 500 farmacie in Norvegia, Olanda, Irlanda, Italia, Svizzera e Tailandia. La divisione all'ingrosso è presente con 380 magazzini in 14 paesi e rifornisce 125.000 farmacie. I punti vendita di Boots, leader nel settore dei prodotti per la bellezza e la cura della persona, ospitano aree dedicate allo sviluppo fotografico, ed offrono un'ampia gamma di snack e bibite per la pausa pranzo. Nel primo semestre del 2006 le vendite del gruppo Alliance Boots Plc hanno raggiunto i 4,72 miliardi di sterline, con profitti di 135,8 milioni di sterline. Il marchio Boots, attivo da oltre 150 anni, è uno dei più conosciuti dal pubblico britannico. Nel 2007, guardando al futuro e ai rapidi cambiamenti strutturali del settore farmaceutico europeo al dettaglio e all'ingrosso, Stefano Pessina, azionista di riferimento della società, ha optato ad una ri-privatizzazione della compagnia. Il fine è quello di accelerare la crescita del gruppo e

creare le basi affinché questo si possa affermare come leader globale nel campo dei servizi per la salute e la bellezza. Con tale obiettivo, il 26 giugno 2007 Alliance Boots è stata acquisita da Acquisitions Limited, per un valore di 1.139 pence per azione. Le azioni del gruppo sono state così ritirate dalla Borsa Londinese il 28 giugno 2007 [90].

6.6 Walgreens Alliance Boots: leader mondiale delle farmacie



Nel 2014 nasce il primo gruppo globale della distribuzione da una integrazione euro-americano: **Walgreens Alliance Boots**. Deriva dalla fusione della compagnia europea Alliance Boots con quella americana Walgreens che da sola controlla quasi 8.000 «store» farmaceutici negli Usa, dopo l'acquisizione di Duane Reade (Fig.22).

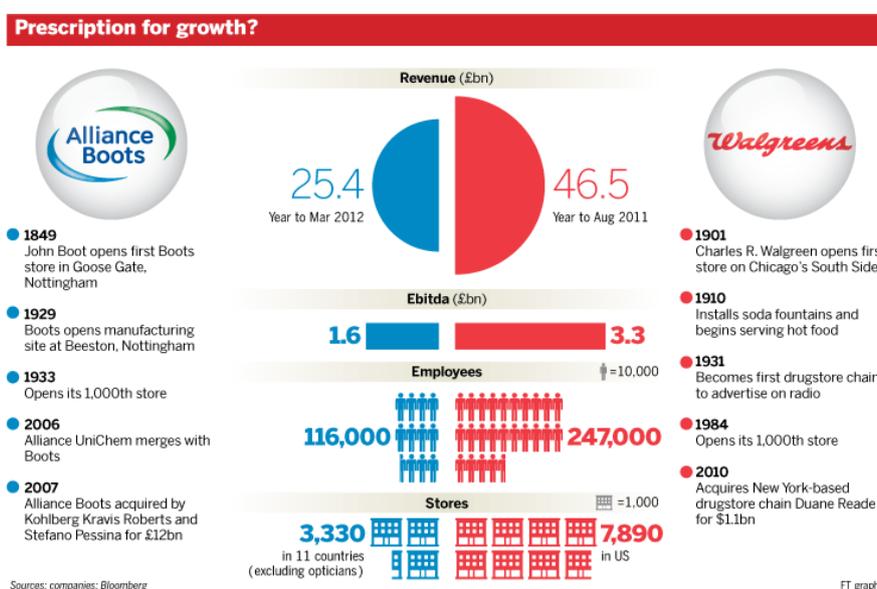


Figura 22: Primo gruppo globale della distribuzione nato da una integrazione euro-americano.

L'amministratore delegato del nuovo gruppo è Pessina. La sua avventura è partita da lontano. Un ingegnere nucleare che nel 1977, quando aveva 35 anni, abbandonò gli atomi per dedicarsi alla ristrutturazione dell'azienda familiare: un'impresa di distribuzione di farmaci con base a Posillipo, un quartiere di Napoli. Unite le forze con l'azienda ligure di Ornella Barra, diventata sua compagna negli affari e nella vita, negli Anni 80 Pessina cominciò a espandersi in Francia e poi in Gran Bretagna con una serie di acquisizioni, fusioni e ristrutturazioni. Una crescita continua, ma la svolta vera arrivò nel 2007 quando, con l'aiuto della società Usa di «private equity» KKR, conquistò il controllo di Alliance Boots appena nata dalla fusione della sua Alliance Unichem col Boots Group inglese. Simile, e sempre assistita da KKR, l'operazione avviata nel 2012 ha consentito di fondere i due leader mondiali delle farmacie: ora Pessina, il terzo uomo più ricco d'Italia (103esimo nelle classifiche mondiali con un patrimonio di 11 miliardi di dollari, secondo «Forbes») guida un gruppo con 370 mila dipendenti che controlla 12.800 farmacie e serve 180 mila clienti in 25 Paesi del mondo, dal Messico alla Thailandia [91].

6.7 Il ruolo del farmacista in Inghilterra

In ogni farmacia c'è un solo farmacista che coordina il lavoro del personale tecnico, ciascuno con un ruolo ben preciso e con una conoscenza di base sui farmaci da banco e sulla loro dispensazione. Ogni paziente ha una scheda salvata sul pc della farmacia con tutti i dati personali, la storia terapeutica e la preparazione personalizzata delle etichette delle medicine sulle quali si riporta anche la posologia e gli avvertimenti sulle principali interazioni, effetti collaterali e su come prendere il medicinale. Inoltre, al paziente viene dato il numero giusto di pillole necessarie per la terapia al fine di evitare sprechi e abusi. Il lavoro si svolge in questo modo: il paziente viene ricevuto dal sales-assistant che sta alla cassa e che si occupa anche della vendita dei farmaci da banco. Prende la ricetta del cliente e, dopo avergli chiesto se è esente o deve pagare il ticket, la mette in un cestino e la passa al dispenser che fa l'etichetta, mentre un altro dispenser attacca le etichette sulle scatole e pone il suo visto. Il tutto viene passato al farmacista che ha il compito di verificare la validità della ricetta, se l'etichetta e le medicine dispensate sono in accordo con la ricetta, le eventuali interazioni tra farmaci, la posologia e così via, firma l'etichetta, consegna il sacchetto delle medicine, ripetendo tutto ciò che è riportato sull'etichetta. In questo modo il farmacista è responsabile di tutto quello che viene dispensato. Se il farmacista ritiene che il

farmaco o la posologia prescritta non siano idonei al paziente, può rifiutarsi di rilasciare farmaci e chiamare il medico per chiarimenti o eventuali correzioni. In generale c'è più controllo da parte del farmacista nel rilascio dei farmaci e meno "fai da te" da parte dei pazienti, ma c'è anche più attenzione a rilasciare farmaci col minor numero di effetti collaterali e a basso costo. Tutto questo contribuisce a un minor spreco, terapie più efficaci, minor incidenza di effetti collaterali. Esistono tre categorie di farmaci: quelli con obbligo di ricetta, quelli da banco la cui vendita deve essere supervisionata del farmacista e quelli che possono essere venduti anche dal personale tecnico dove è necessaria per legge la presenza del farmacista. Il ticket è di 7.10 sterline per ogni tipo di farmaco prescritto, ma oltre il 90% dei pazienti è esente, come persone sotto i 16 anni e sopra i 60, pazienti con patologie croniche, donne in gravidanza e persone con basso reddito. L'esenzione non riguarda solo i farmaci ma anche i presidi medico-chirurgici come garze, bende, calze a compressione graduata, cateteri, ecc. Inoltre, la farmacia fa tanti altri servizi che non sono previsti in Italia:

- i pazienti che prendono medicine in modo cronico non devono neanche interessarsi di rifare la ricetta, ci pensa la farmacia e le stesse medicine possono essere consegnate gratis a domicilio.
- per gli anziani che prendono tante medicine e anche per le case di riposo, le medicine vengono consegnate in appositi box tipo pilloliere settimanali.
- si dispensa il metadone per il recupero dei tossicodipendenti.

In Inghilterra per poter prescrivere la "pillola del giorno dopo" basta superare un esame ed possibile fare un breve colloquio detto "medicine use review" col paziente una volta all'anno per verificare se prende i farmaci in modo corretto, se sa a cosa servono, se ci sono effetti collaterali o interazioni tra farmaci. La cosa sorprendente è che le procedure di lavoro sono standardizzate e organizzate, in questo modo tutte le farmacie lavorano allo stesso modo.

6.8 Intervista ad una Pharmacy Manager

Abbiamo intervistato una Pharmacy Manager che lavora presso la catena di farmacie Lloyds in Inghilterra.



Circa il 61% delle farmacie in Inghilterra appartengono a catene, piccole medie e grandi. Quali sono secondo te i vantaggi e gli svantaggi di questo modello?

“Gran parte delle farmacie inglesi fanno parte di catene. Questo crea un’agguerrita concorrenza che comporta molti vantaggi per il cliente: le farmacie curano molto il Customer Service in modo da fidelizzare il maggior numero di clienti. Il cliente può scegliere di andare a comprare un farmaco da banco in una certa farmacia dove gli è offerto ad un prezzo minore rispetto ad un’altra. In Inghilterra non c’è un limite di distanza o di numero di abitanti per aprire una farmacia, quindi vi è un numero di farmacie molto più alto rispetto a quelle in Italia. In ogni farmacia inglese inoltre c’è un solo farmacista, che lavora come Responsible Pharmacist e sotto di sé questi controlla il lavoro dei Dispenser, ovvero personale non laureato che dispensa i farmaci che il farmacista controlla. Una farmacia non può essere aperta se non è presente un Responsible Pharmacist, questo implica il fatto che i farmacisti sono molto richiesti in Inghilterra, il loro stipendio è il doppio o anche di più di quello che un farmacista percepisce in Italia e le multinazionali proprietarie delle catene di farmacie si fanno concorrenza nell’offrire il migliore stipendio. Personalmente non vedo svantaggi nell’aver catene di farmacie, né per il cliente che ha una migliore offerta né per il farmacista, che percepisce un ottimo stipendio che lo ripaga del lavoro svolto. Inoltre non è il farmacista che deve cercare la farmacia dove lavorare ma è la farmacia che deve cercare un farmacista per tenere aperta l’attività, quindi difficilmente il farmacista avrà problemi di disoccupazione.”

La farmacia inglese è più integrata nell’ambito del sistema sanitario nazionale rispetto a quella italiana. Puoi spiegare meglio questo concetto?

“La farmacia inglese ha una costante comunicazione con il sistema sanitario nazionale (NHS): l’NHS paga ad esempio le farmacie per offrire servizi gratis per i pazienti. Un esempio sono le MURs, consulenze sull’utilizzo del farmaco da parte del paziente, fatte una volta l’anno dal farmacista in farmacia, con lo scopo di controllare che il paziente aderisca completamente al trattamento prescritto ed individuare eventuali effetti collaterali che impediscono l’utilizzo del farmaco da parte del paziente. In quest’ultimo caso il farmacista segnalerà il paziente al medico per avere una revisione del piano terapeutico. Durante le MURs il paziente potrà far presente quali medicine non usa con il vantaggio quindi di ridurre gli sprechi e le spese del NHS. Altri servizi offerti gratis nelle farmacie al paziente e

pagati dal NHS sono i vaccini: i pazienti ad alto rischio sono vaccinati gratis contro il virus dell'influenza dal farmacista ogni anno."

Il farmacista è considerato un semplice venditore o è molto di più?

"Il farmacista inglese non è assolutamente considerato un semplice venditore: egli è visto come una figura di supporto all'operato del dottore e spesso è la prima persona che il paziente interroga in caso di problemi di salute o incertezze sul trattamento medico prescritto."

Esistono programmi di formazione per farmacisti con l'obiettivo di crescere sia professionalmente che personalmente lavorando con Trainer e Coach specializzati su competenze e abilità di Comunicazione Efficace, Marketing e Vendita, Personal Branding, Leadership e Team Coaching?

"All'interno dell'azienda per il farmacista dipendente sono offerti corsi di formazione in ambito di Coaching, gestione del personale e training come quello che abilita alla somministrazione di vaccini. Ogni farmacista inglese iscritto all'ordine (GPhC) deve completare 9 attività di Continuo Sviluppo Professionale (CPD) all'anno, dove deve dimostrare all'Ordine Inglese che ha svolto attività di aggiornamento che possono andare dalla semplice lettura di un articolo di giornale (come ad esempio il famoso C+D, Chemist and Druggist), alla frequentazione di un training o di uno workshop. Anche l'esperienza lavorativa nella gestione dei colleghi può essere usata come CPD."

Che tipo di rapporto c'è tra il farmacista e il cliente/paziente?

"Come detto in precedenza, il paziente vede il farmacista come un riferimento primario a cui rivolgere domande e chiedere aiuto sul suo stato di salute. Non è visto come un venditore ma come un professionista il cui parere è preso in alta considerazione."

Cosa ne pensi della liberalizzazione delle farmacie anche in Italia?

"Penso che la liberazione delle farmacie in Italia permetterebbe ai pazienti un abbassamento dei prezzi, un migliore servizio ed una maggiore scelta. Inoltre permetterebbe l'apertura di farmacie da parte di quei tanti farmacisti che al momento sono impossibilitati nel farlo sia per l'alto costo dell'acquisto di una farmacia sia per i criteri burocratici di apertura. Anche la professione del farmacista diverrebbe più apprezzata perché una maggiore quantità di farmacie aumenterebbe la concorrenza e vedrebbe



aumentare sia la richiesta di farmacisti che i loro stipendi, con la conseguenza dell'aumento dell'occupazione di questi professionisti e magari la riduzione di quelli che come me, per trovare un lavoro apprezzato e ben pagato sono dovuti andare all'estero.”

6.9 Il modello delle farmacie in Francia

La farmacia in Francia è sicuramente più vicina al modello italiano. Il mercato francese insieme a quello spagnolo è tra i pochi in Europa dove la vendita di tutti i farmaci, compresi OTC e farmaci etici, transitano all'interno del canale della farmacia. Questa situazione di esclusività si era estesa anche ai prodotti dell'erboristeria e quelli omeopatici, le garze, gli apparecchi medicali, le soluzioni per la pulizia delle lenti, i prodotti cosmetici e quelli per la dieta. Sono comparse così le parafarmacie che oggi vendono tranquillamente gli integratori, i dietetici e il parafarmaco. Ciò che ha contribuito all'alterazione dell'equilibrio del mercato francese non è stato tanto l'apertura delle parafarmacie, bensì una serie di politiche di contenimento della spesa pubblica da parte dei vari governi. Le istituzioni francesi, nel tentativo di contenere i costi della sanità, hanno avviato nel corso degli ultimi anni una serie di iniziative che hanno portato a una diminuzione della marginalità sul farmaco etico, ma anche un allargamento del numero di farmacie presenti sul territorio. La Francia con i suoi 65 milioni di abitanti, vanta infatti di 22.000 farmacie, ossia una ogni 2.849 abitanti, con un quorum tra i più bassi di tutta l'Europa. L'insieme delle 22.000 farmacie è composto per la gran parte da piccole istituzioni, collocate magari in zone rurali con modesti giri d'affari, ossia micro aziende con basso potere negoziale nei confronti dell'industria e della distribuzione intermedia. Aderendo a un raggruppamento di farmacisti, o addirittura legandosi a una vera e propria catena cosiddetta “enseigne de pharmacies”, il titolare può aumentare la sua forza contrattuale nei confronti degli attori del sistema e ottenere diversi benefici. Diversi farmacisti, coscienti della dipendenza che li lega ai grossisti intermedi e all'industria, hanno deciso di migliorare la propria posizione competitiva aderendo a vari *groupements de pharmaciens* che offrono diversi vantaggi, quali:

- Rafforzamento della posizione del farmacista di fronte all'industria farmaceutica e parafarmaceutica
- Miglioramento nella gestione del magazzino della farmacia
- Miglioramento del livello di servizio offerto alle farmacie e alla loro clientela

A fronte di questi vantaggi, come in tutte le cose, esiste un rovescio della medaglia, ossia:

- Perdita di autonomia da parte del farmacista;
- Presenza di un legame contrattuale forte con il raggruppamento;
- Diluizione del potere decisionale tra i membri

La crescita di questi network evidenzia un desiderio di aumentare la competitività della categoria. Il farmacista che sceglie di aggregarsi a las enseignes de pharmaciens resta proprietario della farmacia che gestisce in proprio, anche se in questo caso deve pagare i servizi a valore aggiunto forniti dal network [92].

L'ingresso del capitale nella proprietà delle farmacie ha portato ad una vertiginosa aggregazione tra farmacie all'estero. L'incidenza è salita al 65% nel Regno Unito ed al 79% in Francia. Con l'approvazione del decreto Guidi ed il mantenimento del DDL attuale della concorrenza, grandi investitori italiani ed esteri potranno investire anche in Italia. Come cambierà il panorama della filiera?

7. VERSO LE SOCIETA' DI CAPITALI IN ITALIA

7.1 L'articolo 48 del Disegno di Legge n. 2085 del 2015 “Misure per incrementare la concorrenze nella distribuzione farmaceutica”

In occasione della seduta n. 497 del 7 ottobre 2015, l'Assemblea della Camera ha approvato con 269 voti favorevoli, 168 contrari e 23 astenuti il primo disegno di legge annuale per la concorrenza e l'apertura dei mercati, di iniziativa governativa, volto per l'appunto alla rimozione degli ostacoli regolatori all'apertura dei mercati, alla promozione della concorrenza e alla garanzia della tutela dei consumatori, anche in applicazione dei principi del diritto dell'Unione europea, nonché delle politiche europee in materia di concorrenza [93]

L'articolo 47 della legge 23 luglio 2009, n. 99 prevede infatti l'adozione di una legge annuale per il mercato e la concorrenza, con l'obiettivo di rimuovere, seguendo le apposite indicazioni dell'Antitrust (Autorità garante per la concorrenza e il mercato), i tanti ostacoli e freni, normativi e non, che persistono nei mercati dei prodotti e dei servizi.

La Segnalazione dell'Autorità del luglio 2014 ha difatti evidenziato, considerate anche le raccomandazioni della Commissione Europea e di altre istituzioni internazionali, gli ambiti di mercato nei quali tuttora sussistono chiusure alla competizione, in cui la domanda è ingessata o la trasparenza insufficiente.

L'attuale Governo ha precisato di aver dato seguito, almeno parzialmente, alle richieste di cui sopra, intervenendo su assicurazioni, fondi pensione, comunicazioni, servizi postali, energia, distribuzione in rete dei carburanti per autotrazione, banche, professioni e, infine, distribuzione farmaceutica [94].

Il testo - varato dal Consiglio dei Ministri il 20 febbraio scorso e presentato dal Ministro dello sviluppo economico Federica Guidi di concerto con il Ministro della salute Beatrice Lorenzin, il Ministro dell'economia e delle finanze Pier Carlo-Padoan e il Ministro della giustizia Andrea Orlando – è stato trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza l'8 ottobre 2015, un giorno dopo l'approvazione del primo ramo del Parlamento italiano.



Qualora la legge fosse approvata, verrebbe consentita, per ciò che concerne il settore della distribuzione farmaceutica, l'ingresso di società di capitali nella titolarità della farmacia privata e rimosso il limite delle 4 licenze in capo ad una stessa società.

L'originario disegno di legge del Governo ha subito diverse correzioni durante il suo iter parlamentare. Viene previsto l'obbligo di comunicazione di ogni variazione statutaria e societaria per le farmacie gestite da società di capitali all'Ordine dei farmacisti provinciale di appartenenza e alla FOFI. Viene inoltre concessa la possibilità di trasferimento in ambito regionale delle farmacie comunali che risultino soprannumerarie per decremento della popolazione, mentre viene reso inconciliabile la partecipazione a società di capitali titolari di farmacia privata con qualsivoglia attività svolta nella produzione e nell'informazione scientifica del farmaco, con l'eccezione dell'intermediazione del farmaco [95].

Nell'analisi di impatto della regolamentazione (AIR), una delle relazioni che vanno allegate ad un disegno di legge, si denota la volontà di dirimere i nodi relativi all'attuale contingentamento del numero di farmacie presenti sul territorio nazionale «per il quale sussiste una limitazione a una razionale e soddisfacente distribuzione territoriale degli esercizi farmaceutici, basata sulla domanda dei consumatori, e una limitazione allo sviluppo di una effettiva dinamica concorrenziale del comparto».

L'intervento è diretto a rimuovere i due vincoli relativi alla titolarità della licenza farmaceutica limitata ai soli farmacisti e il limite di quattro licenze per società titolare. L'obiettivo di breve periodo è l'eliminazione del vincolo ritenuto “ingiustificato” alla libertà di organizzazione dell'attività di impresa mentre quelli di medio-lungo periodo guardano alla modernizzazione della distribuzione farmaceutica, alla differenziazione dell'offerta e, infine, alla riduzione dei prezzi per i consumatori.

Il ddl governativo si propone di conseguirli introducendo appunto la possibilità per le società di capitali di entrare nella proprietà delle farmacie, eliminando l'obbligo, per le società titolari di farmacie, di avere come soci solo farmacisti (fermo restando che la direzione della farmacia debba sempre essere in capo a un farmacista) e, infine, eliminando il divieto per le società di possedere più di quattro farmacie nella provincia dove hanno sede legale.

La possibilità di creazione di posizioni dominanti, secondo la relazione dell'AIR, possono essere scongiurate dal tempestivo intervento dell'Antitrust nell'applicazione dell'esistente disciplina sulla concorrenza [96].

AIR - Analisi di Impatto della Regolamentazione dell'ufficio legislativo del Ministero dello Sviluppo economico [97]

Qui di seguito viene riprodotto in versione integrale la parte relativa all'art. 48 (Misure per incrementare la concorrenza nella distribuzione farmaceutica) nel Dossier del Servizio Studi del Senato riguardo al ddl concorrenza 2015.

1. All'articolo 7 della legge 8 novembre 1991, n. 362, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1

La titolarità dell'esercizio della farmacia privata è riservata a persone fisiche, in conformità alle disposizioni vigenti, a società di persone ed a società cooperative a responsabilità limitata che gestiscano farmacie anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge.

è sostituito dal seguente:

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»;

b) al comma 2, il secondo periodo

Sono soci della società farmacisti iscritti all'albo della provincia in cui ha sede la società, in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni.

è sostituito dal seguente

«La partecipazione alle società di cui al comma 1 è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. Alle società di cui al comma 1 si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 8»;

c) al comma 3, le parole: «ad uno dei soci» sono sostituite dalle seguenti:

«a un farmacista in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni»;

d) il comma 4-bis è abrogato.



2. All'articolo 8 della legge 8 novembre 1991, n. 362, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1 “La partecipazione alle società di cui all'articolo 7, salvo il caso di cui ai commi 9 e 10 di tale articolo, e' incompatibile:” ,

la lettera a) “con qualsiasi altra attività esplicata nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione e informazione scientifica del farmaco;”

è sostituita dalla seguente:

«a) nei casi di cui all'articolo 7, comma 2, secondo periodo»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Lo statuto delle società di cui all'articolo 7 e ogni successiva variazione, ivi incluse quelle relative alla compagine sociale, sono comunicati, entro sessanta giorni, alla Federazione degli ordini dei farmacisti italiani nonché all'assessore alla sanità della competente regione o provincia autonoma, all'ordine provinciale dei farmacisti e all'azienda sanitaria locale competente per territorio».

3. All'articolo 2 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«2-bis. Fatta salva la procedura concorsuale di cui all'articolo 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, e successive modificazioni, nei comuni con popolazione inferiore a 6.600 abitanti, in cui le farmacie, non sussidiate, risultano essere soprannumerarie per decremento della popolazione, è consentita al farmacista titolare della farmacia, previa presentazione di apposita istanza, la possibilità di trasferimento presso i comuni della medesima regione ai quali, all'esito della revisione biennale di cui all'articolo 2, comma 2, della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni, spetta un numero di farmacie superiore al numero di farmacie esistenti nel territorio comunale, sulla base di una graduatoria regionale per titoli, che tenga conto anche dell'ordine cronologico delle istanze di trasferimento presentate, e che si perfezioni in data anteriore all'avvio della procedura biennale del concorso ordinario per sedi farmaceutiche, di cui all'articolo 4 della legge 8 novembre 1991, n. 362. Ove l'istanza del farmacista venga accolta, il trasferimento si perfeziona previo pagamento di una tassa di concessione governativa una tantum pari a 5.000 euro».



Il comma 1 ed il comma 2 (introdotto dalla Camera) dell'articolo 48 modificano la disciplina sull'esercizio della farmacia privata da parte di società, con riferimento ai profili: delle tipologie delle società; dei requisiti soggettivi dei soci e delle incompatibilità; della direzione della farmacia; dei limiti numerici e territoriali per le titolarità di farmacie da parte della società (limiti che vengono soppressi); della comunicazione dello statuto societario e delle variazioni del medesimo e dell'identità dei soci ad alcuni soggetti pubblici.

Il comma 3 - inserito dalla Camera - introduce, per una determinata fattispecie, la possibilità di trasferimento territoriale della farmacia in alcuni comuni della medesima regione; la possibilità è subordinata a specifiche procedure e condizioni, tra cui il previo pagamento di una tassa di concessione governativa *una tantum*.

La novella di cui al comma 1, lettera a), estende la possibilità della titolarità dell'esercizio della farmacia privata alle società di capitali - mentre la disciplina vigente fa riferimento soltanto alle società di persone ed alle società cooperative a responsabilità limitata (oltre che alle persone fisiche) -. Resta fermo il principio che le società in questione devono avere come oggetto esclusivo la gestione di farmacie.

La novella di cui al comma 1, lettera b), in primo luogo, sopprime i requisiti soggettivi per la partecipazione alle società che gestiscono farmacie; la disciplina vigente limita la possibilità di partecipazione alle persone fisiche, iscritte all'albo dei farmacisti e che abbiano conseguito, in un concorso per assegnazione di sedi farmaceutiche, una titolarità o l'idoneità o che abbiano effettuato almeno due anni di pratica professionale. In secondo luogo, la novella (nel testo formulato dalla Camera), insieme con la novella di cui al successivo comma 2, lettera a) (anch'essa inserita dalla Camera), introduce il principio di incompatibilità della partecipazione alle società in oggetto con l'esercizio della professione medica, conferma il vincolo di incompatibilità già vigente con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco e sopprime il riferimento alle attività di intermediazione del farmaco, le quali sembrerebbero diventare, di conseguenza, compatibili. Sotto il profilo formale, appare opportuna una più esplicita definizione di quest'ultimo profilo; sotto il profilo sostanziale, occorrerebbe valutare se la soppressione possa determinare dubbi di legittimità costituzionale, tenendo conto che la sentenza della Corte costituzionale n. 275 dell'8-24 luglio 2003 ha esteso alle società di gestione di farmacie comunali il vincolo di incompatibilità con qualsiasi altra attività nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco, facendo riferimento, oltre che alla mancanza di motivazioni per un diverso

trattamento normativo tra le società, anche al principio costituzionale di tutela della salute. Occorrerebbe, in ogni caso, chiarire se la medesima soppressione dell'incompatibilità con le attività di intermediazione (o distribuzione) del farmaco operi anche per la partecipazione alle società di gestione di farmacie comunali.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettere b) e c), della L. 8 novembre 1991, n. 362, sono incompatibili con la partecipazione alle società di gestione di farmacie private anche la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia e la titolarità di qualsiasi rapporto di lavoro, pubblico o privato. La novella di cui al comma 1, lettera b), conferma l'applicazione di tali norme, in quanto compatibili. Dal momento che le disposizioni medesime sono stabilite proprio per le società di gestione di farmacie, sarebbe opportuno chiarire i termini di tale applicazione nonché, sotto il profilo redazionale, accorpate in un unico articolo le norme sulle incompatibilità (le quali, in base alle novelle, risulterebbero suddivise tra gli artt. 7 e 8 della L. n. 362 del 1991, e successive modificazioni).

La novella di cui al comma 1, lettera c), consente che la direzione della farmacia gestita da una società sia affidata anche ad un farmacista che non sia socio. Resta fermo che il titolare della direzione in oggetto deve essere iscritto all'albo ed aver conseguito, in un concorso per assegnazione di sedi farmaceutiche, una titolarità o l'idoneità o aver svolto almeno due anni di pratica professionale. Si osserva che non viene modificata la norma che impone la sostituzione temporanea (nei casi ammessi) nella direzione della farmacia (di cui sia titolare una società) con un altro socio farmacista. Una novella relativa a quest'ultimo profilo - che consentirebbe la sostituzione con qualsiasi farmacista iscritto all'albo - è proposta dall'art. 8, comma 2, del disegno di legge A.S. n. 1324, attualmente all'esame della 12a Commissione del Senato in prima lettura.

La novella di cui al comma 1, lettera d), sopprime, per le società in oggetto, il limite numerico delle titolarità di farmacie, pari a quattro, e la condizione che le medesime farmacie siano ubicate nella provincia dove la società abbia sede legale.

Riguardo alla soppressione del limite numerico, appare opportuna una modifica di coordinamento nella formulazione dell'art. 7, comma 2, della L. n. 362 del 1991, e successive modificazioni, secondo il quale le società devono avere come oggetto esclusivo la gestione di "una farmacia"; venendo meno, infatti, il vigente limite di quattro farmacie, sembrerebbe rivivere, in base alla suddetta formulazione letterale, l'originario limite di una

sola farmacia (mentre, come conferma la relazione illustrativa del disegno di legge in esame⁽⁵⁴⁾, lo scopo della novella è di sopprimere ogni limite numerico).

Nella segnalazione A.S. 1137, il superamento dei vincoli alla multitolarità è richiesto dall'Antitrust in associazione al superamento dell'attuale sistema di contingentamento del numero di farmacie presenti sul territorio nazionale. L'Antitrust riconosce i progressi ottenuti con l'art. 11 del D.L. 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 marzo 2012, n. 27, nell'allargamento della pianta organica delle farmacie, ma sottolinea che si è ancora lontani da una corretta distribuzione territoriale delle farmacie in rapporto alla domanda dei consumatori/pazienti, tanto che l'attuale numero massimo di farmacie potrebbe essere trasformato in numero minimo. Con riguardo all'abolizione di vincoli alla multitolarità, l'Antitrust sottolinea che tale misura potrebbe garantire lo sviluppo di adeguate economie di scala e di rete e la nascita di nuovi modelli di business, che potranno riverberarsi in una riduzione dei costi della distribuzione a beneficio dell'utenza, analoghi a quelli sperimentati in altri Paesi europei. Secondo l'Antitrust, nel medio periodo, la maggior efficienza della distribuzione (e la possibilità di comprimere i margini di intermediazione, oggi ancora particolarmente elevati) finirà per riflettersi positivamente anche sulla spesa farmaceutica a carico del SSN.

La novella di cui al comma 2, lettera b) (introdotta dalla Camera) modifica la norma sull'obbligo di comunicazione dello statuto societario e delle relative variazioni ad alcuni soggetti pubblici. Rispetto alla disposizione vigente, si specifica che l'obbligo concerne anche le variazioni dell'identità dei soci e che, per la trasmissione dello statuto, il termine di sessanta giorni decorre dall'adozione del medesimo (la norma attuale - formulata con riferimento all'originario limite di gestione di una sola farmacia da parte della società - fa letteralmente riferimento, come termine di decorrenza, alla data dell'autorizzazione alla gestione della farmacia).

Il comma 3 (inserito dalla Camera) consente per le farmacie che, nei comuni con popolazione inferiore a 6.600 abitanti, risultino essere soprannumerarie per decremento della popolazione il trasferimento territoriale in alcuni comuni della medesima regione. La domanda di trasferimento è ammessa verso i comuni che, all'esito dell'ordinaria revisione biennale, presentino un numero di farmacie inferiore a quello spettante. Il trasferimento è concesso sulla base di una graduatoria regionale per titoli, che tenga conto anche dell'ordine cronologico di presentazione delle domande, e previo il pagamento di una tassa di concessione governativa *una tantum* pari a 5.000 euro.

Ai fini dell'ammissibilità del trasferimento, la graduatoria deve perfezionarsi prima dell'avvio della procedura biennale del concorso ordinario per sedi farmaceutiche. Si ricorda che il conferimento delle sedi farmaceutiche private (vacanti o di nuova istituzione) ha luogo mediante concorso provinciale per titoli ed esami, bandito entro il mese di marzo di ogni anno dispari dalla regione o provincia autonoma.

Viene, inoltre, esplicitamente fatta salva la procedura concorsuale straordinaria, di cui all'art. 11 del D.L. 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 marzo 2012, n. 27, e successive modificazioni.

Dalla possibilità di trasferimento sono escluse le farmacie rurali sussidiate.

Sembrerebbe opportuno chiarire se la domanda di trasferimento possa essere presentata anche con riferimento soltanto ad alcuni dei comuni per i quali essa sia ammissibile e se, di conseguenza, la graduatoria regionale sia redatta per ogni singolo comune, nonché se, in caso di ritardo nell'emanazione del bando ordinario, la graduatoria (per il trasferimento) debba comunque perfezionarsi entro il termine suddetto del 31 marzo di ogni anno dispari.

La Commissione europea nel documento sugli squilibri macroeconomici, riferendosi all'articolo 48 in esame, sottolinea che "Per quanto riguarda la distribuzione dei prodotti farmaceutici, il disegno di legge rimuove il divieto di possedere più di quattro farmacie e consente anche alle società di essere titolari di farmacie. Tuttavia non sopprime il regime di quote, non apre il mercato dei farmaci con ricetta obbligatoria e non pone rimedio alle strozzature alla diffusione di farmaci generici indicate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato".

La relazione illustrativa del presente disegno di legge specifica invece che restano da avviare ulteriori approfondimenti circa le proposte di eliminare i vincoli regolamentari che ritardano l'ingresso sul mercato dei farmaci equivalenti, con riferimento evidente alle procedure di registrazione dei medicinali e al *patent linkage* nonché alla necessità di modificare il sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco.

il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, né esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali. Il dipendente dello Stato o di un ente pubblico, qualora a seguito di pubblico concorso accetti la farmacia assegnatagli, dovrà dimettersi



dal precedente impiego e l'autorizzazione alla farmacia sarà rilasciata dopo che sia intervenuto il provvedimento di accettazione delle dimissioni.

7.2 Le posizioni degli stakeholders

7.2.1 FOFI – Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani

La Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani, durante un ciclo di audizioni al Senato sui contenuti della proposta di legge annuale per il mercato e la concorrenza (AS 2085), ha ribadito di voler esprimere il punto di vista professionale dei farmacisti italiani.

La linea dettata dal Consiglio Nazionale della FOFI è contraria all'ingresso dei capitali nella titolarità delle farmacie, alla luce delle posizioni espresse in una sentenza della Corte di Giustizia europea del 19 maggio 2009 nella causa C-531/06 (Commissione Europa vs. Italia) e nella sentenza n. 430/2007 della Corte Costituzionale che hanno visto confermare la legittimità della riserva della titolarità delle farmacie ai farmacisti, vista come una garanzia professionale per il servizio farmaceutico nazionale volta a perseguire l'interesse pubblico ad una corretta erogazione dell'assistenza farmaceutica ai cittadini.

La FOFI ribadisce la sua posizione citando un'indagine condotta dalla Commissione 12a (Igiene e Sanità) del Senato che ha evidenziato l'impermeabilità della rete delle farmacie alla dispensazione di farmaci contraffatti o immessi irregolarmente in commercio, e il parere del Procuratore nazionale antimafia che ha sottolineato il rischio di diffusione del fenomeno di riciclaggio di denaro illecito con l'ingresso dei capitali.

Un altro aspetto problematico avanzato è la tenuta dell'ENPAF, l'ente di previdenza di categoria, poiché molti farmacisti, oggi proprietari che sono tenuti a versare la quota intera, verrebbero sostituiti da dipendenti che, in stragrande maggioranza, opterebbero per il regime di contribuzione previdenziale agevolato al 15%.

La nascita delle catene potrebbe restringere la libertà professionale dei farmacisti e aumentare la mobilità del personale, andando ad inficiare il rapporto fiduciario con i pazienti fondamentale per assicurare un alto livello di aderenza alla terapia

La presenza di una posizione dominante indurrebbe le aziende minori a specializzarsi su settori più ridotti o a cedere il controllo della proprietà, che delineerebbe un oligopolio diametralmente opposto alle finalità proposte dalle legge in esame.



E' il caso, ad esempio, della Norvegia, dove a seguito della riforma del 2001, l'85% delle farmacie si è concentrato nelle mani di tre società multinazionali della distribuzione intermedia, motivo per il quale è necessario introdurre appositi correttivi all'insorgere di posizioni dominanti.

In aggiunta, la Federazione ribadisce l'opportunità di ripristinare l'incompatibilità tra la qualità di socio e le attività esplicate nel settore dell'intermediazione del farmaco che, come argomentato dalla Corte di Giustizia europea nella sopra citata sentenza, è finalizzata ad evitare pericolose situazioni di conflitto di interessi a tutela della salute dei pazienti.

È inoltre necessario “prevedere un limite di partecipazione per i soci di capitale analogo a quello stabilito per le altre società di professionisti e l'iscrizione delle società all'albo tenuto dagli Ordini, per la verifica della compagine sociale e il controllo deontologico della relativa attività e per evitare che l'obbligo di comunicazione alla Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani sia un mero adempimento formale che potrebbe non consentire, qualora non previsto dalla legge, un'adeguata e opportuna pubblicità degli elenchi”.

La FOFI ribadisce che andrà in ogni caso assicurata la precisa individuazione delle responsabilità del farmacista e del socio di capitale in caso di negligenza professionale o condotta scorretta, per poter continuare a tutelare la sicurezza dei cittadini, e l'introduzione di misure di sostegno che garantiscano la sostenibilità delle farmacie situate in zone geografiche remote.

L'indagine indipendente condotta nel 2011 per conto dell'Associazione danese delle farmacie dall'istituto austriaco Gesundheit Oesterreicher ha osservato una concentrazione nella proprietà delle farmacie e nell'integrazione verticale, segnalando la possibilità che il distributore tenda a privilegiare le propria farmacie nella fornitura dei medicinali provocando una disuniforme reperibilità di alcuni farmaci. Dal punto di vista professionale, la ricerca ha evidenziato uno spostamento del focus dell'attività della farmacia dall'etico, una diminuzione dell'autonomia del professionista e un aumento del carico di lavoro. L'unico aspetto positivo apprezzato dal cittadino è stato il prolungamento degli orari di apertura, misura peraltro già realizzata in Italia con la liberalizzazione degli orari e dei turni delle farmacie, prevista dal D.L. 1/2012, convertito dalla L. 27/2012.

Non da meno, il farmacista italiano viene percepito da sette italiani su dieci, secondo l'ultima ricerca condotta da Altroconsumo e pubblicata sulla rivista Test Salute di giugno 2015, come più interessato ad aiutare le persone a curarsi piuttosto che a trarne profitto.

Questa vocazione sociale ha la necessità quindi che venga preservata anche con l'ingresso della società di capitali.

La proposta prioritaria della Federazione è, pertanto, quella di mantenere l'attuale assetto ordinamentale e, in ogni caso, qualora il Parlamento ritenesse opportuno mantenere la misura dell'apertura al capitale, si ritiene ineludibile introdurre i seguenti ulteriori correttivi che garantiscano gli standard di qualità del servizio oggi assicurato ai pazienti.

A tal proposito la FOFI ritiene opportuno istituire un Albo delle società titolari di farmacia per consentire un controllo disciplinare delle relative attività e rendere omogenea la normativa prevista per le società titolari di farmaci con quella delle società tra professionisti di cui al DM 8 febbraio 2013, n. 34, attuativo della Legge n. 183/2011 [98].

7.2.2 ENPAF – Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Farmacisti

L'Enpaf, Ente di previdenza dei farmacisti ad iscrizione obbligatoria, al quale sono assoggettati gli oltre 90.000 iscritti agli Ordini provinciali, durante un'audizione tenutasi il 12 novembre 2015 presso la 10^a Commissione Industria, Commercio e Turismo del Senato, ha ritenuto necessario richiamare l'attenzione sul contenuto dell'art. 48 del ddl n. 2085, approvato dalla Camera dei deputati.

L'Ente rileva che, allo stato attuale, circa 30.000 iscritti godano della sola copertura previdenziale Enpaf a differenza dei restanti che svolgono un lavoro subordinato e, pertanto, beneficiano anche della copertura previdenziale obbligatoria INPS.

In caso di approvazione del ddl così come è stato approvato dalla Camera, si rischia di provocare effetti a medio e lungo termine sulla stabilità della gestione previdenziale dell'Enpaf, poiché si avrebbe una forte contrazione del numero di iscritti che, attualmente, in quanto titolari o soci di farmacia privata, sono tenuti a versare all'Ente la quota previdenziale intera, a favore, invece, di un aumento dei subordinati che, essendo soggetti obbligatoriamente all'INPS, versano, in larghissima parte, una contribuzione ridotta.

Il nuovo modello gestionale potrebbe, pertanto, dar luogo ad una progressiva erosione del reddito professionale dell'iscritto assoggettato a contribuzione previdenziale e ad una connessa drastica diminuzione delle entrate contributive dell'Ente.

L'Enpaf non intende chiudersi di fronte all'ingresso del capitale, ma esprime una comprensibile preoccupazione di chi ha l'obbligo di erogare prestazioni pensionistiche in un



regime a ripartizione e mantenere in equilibrio il saldo previdenziale della gestione, in una prospettiva di lungo termine.

L'Ente previdenziale dei farmacisti propone che le società con capitale maggioritario di soci non farmacisti versino il 2% del loro fatturato annuo così come è attualmente già previsto all'art. 1, comma 39, Legge n. 243/2004, per le società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e le società di capitali operanti in regime SSN, sulle prestazioni specialistiche accreditate dal SSN. Questa misura andrebbe a bilanciare l'apertura ai capitali con la tutela dell'equilibrio finanziario nel medio-lungo termine dell'Ente previdenziale di categoria [99].

7.2.3 AGCM – Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato

Il Presidente dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, Prof. Giovanni Pitruzzella, è stato ricevuto in audizione, nell'ambito dell'istruttoria legislativa sul ddl n. 2085, il 28 ottobre 2015.

L'attività dell'Antitrust è volta a garantire la concorrenza del mercato e diretta, pertanto, a rimuovere gli ostacoli che bloccano lo sviluppo dell'economia e impediscono al mercato concorrenziale di produrre i suoi effetti sia in termini di efficienza che di innovazione, garantendo al contempo la tutela dei consumatori.

L'Autorità apprezza il Governo e il Parlamento per aver dato attuazione per la prima volta alla previsione di legge del 2009, relativa all'adozione annuale di un ddl per la concorrenza che interviene, così come auspicato, in molti settori rilevanti per l'economia, tra i quali quello farmaceutico.

In merito, l'Antitrust ritiene necessario rimuovere tutte le restrizioni all'apertura di nuove farmacie e gli attuali limiti che concernono la possibilità per un unico soggetto di assumere la titolarità di più licenze. Il ddl va nella giusta direzione, ma restano ancora inascoltate le proposte volte a superare l'attuale sistema di contingentamento del numero di farmacie presenti sul territorio nazionale attraverso la trasformazione dell'attuale numero massimo in numero minimo, la liberalizzazione della vendita dei farmaci di fascia C nelle parafarmacie o nella grande distribuzione, che provocherebbero indubbi effetti pro-concorrenziali apportando, in ultima sede, ad un abbassamento dei prezzi senza inficiare la qualità del servizio farmaceutico [100].

7.2.4 Associazioni dei consumatori

7.2.4.1 Altroconsumo

Altroconsumo è un'associazione italiana di consumatori senza fini di lucro, la prima e la più diffusa, con oltre 370.000 soci. Il 5 novembre 2015 è stata accolta per un'audizione in Senato e ha ribadito la sua posizione favorevole ad alcune novità introdotte dal ddl concorrenza, nonostante ritenga non favorisca pienamente lo sviluppo della concorrenza né la rimozione degli ostacoli regolatori all'apertura dei mercati.

La richiesta è quella di alimentare la concorrenza nel settore attraverso la diversificazione dei canali di vendita, pur continuando a garantire la figura del farmacista quale unico dispensatore legittimo di medicinali.

Altroconsumo ha, difatti, monitorato negli anni i prezzi dei settanta farmaci senza obbligo di prescrizione (Sop e Otc) più venduti e i risultati in loro possesso dicono che i medicinali acquistati nei corner della GDO costano il 4% in meno rispetto al periodo antecedente al Decreto Bersani del 2006, che ha, difatti, limitato l'aumento dei prezzi anche nelle farmacie e parafarmacie, dove l'aumento del 12% rispetto al 2006 rimane, in ogni caso, al di sotto del tasso di inflazione.

L'associazione riafferma l'esigenza di estendere la vendita dei farmaci di fascia C alle parafarmacie e ai corner della GDO, al fine di dare una nuova linfa vitale alla concorrenza a tutto vantaggio dei cittadini [101].

7.2.4.2 Codacons

Il Codacons, Coordinamento delle associazioni per la difesa dell'ambiente e dei diritti degli utenti e dei consumatori, è un'associazione del 1986 altamente rappresentativa sul piano nazionale.

Durante l'audizione del 5 novembre 2015, l'associazione critica il ddl concorrenza in quanti ipotizza la possibilità della creazioni di oligopoli che rappresenterebbe “un danno enorme per i cittadini”.

L'eliminazione, nel corso dell'iter legislativo, della liberalizzazione dei farmaci di fascia F alle parafarmacie e ai corner della GDO, viene deprecata perché non consente di avviare la concorrenza, strumento attraverso il quale si otterrebbe un miglioramento dell'offerta, migliorare l'organizzazione distributiva e rafforzare il dimostrato vantaggio economico della

legge Bersani a favore dei cittadini senza, peraltro, apportare alcun costo a carico dello Stato né tantomeno al SSN, ma bensì producendo un rinnovato impulso economico [102].

7.2.4.3 Adiconsum

Adiconsum è un'associazione italiana a difesa di consumatori e ambiente nata nel 1987 e promossa dalla CISL. Durante l'audizione del 5 novembre, l'associazione ha ravvisato un miglioramento rispetto al testo iniziale presentato dal Governo, che riportava “parecchie carenze e imprecisioni”.

La riflessione che pone è l'abolizione del numero di licenze in capo a un unico soggetto. Il dubbio sorge in relazione al possibile ingresso delle industrie nella distribuzione farmaceutica, con un'evidente conflitto di interesse che provocherebbe un “possibile danno alla concorrenza e ai consumatori”.

Un altro aspetto che tocca è l'abolizione del numero massimo di farmacie sul territorio nazionale e l'introduzione del “numero minimo”, che creerebbe “maggiore concorrenza con aumento della qualità e dei servizi offerti alla clientela” [103].

7.2.5 Associazioni di categoria

7.2.5.1 Federfarma

Federfarma è l'associazione nazionale che riunisce i titolari di farmacia. Nel corso dell'audizione al Senato del 12 novembre 2015, Federfarma ha ribadito l'apprezzamento per il DDL Concorrenza, visto come una ventata fresca per le farmacie in difficoltà economiche a causa dei tagli alla spesa farmaceutica e alla crisi economica complessiva.

L'Associazione ricorda la natura della farmacia quale luogo a primaria vocazione pubblicistica a tutela della salute, inscindibile dalla figura del farmacista, riprendendo la sentenza n. 216/2014 della Corte costituzionale che dichiara che “il regime delle farmacie è incluso – secondo costante giurisprudenza di questa Corte – nella materia della «tutela della salute»” e che, “pur se questa collocazione non esclude che alcune delle relative attività possano essere sottoposte alla concorrenza”, le misure a sostegno di questa “potrebbero alterare il sistema stesso, che è posto, prima di tutto, a garanzia della salute dei cittadini”.

Federfarma riporta uno studio approfondito della situazione delle farmacie negli altri Paesi europei, sottolineando il pericolo di far prevalere esigenze economiche che danneggino la tutela della salute e l'introduzione di "norme volte a garantire la massima trasparenza e la prevalenza degli aspetti professionali su quelli commerciali. Per questo plaude in particolare all'introduzione di "due elementi di garanzia e di trasparenza, volti a rendere l'ingresso del capitale compatibile con la funzione sanitaria della farmacia:

- estensione alle società di capitali dell'incompatibilità, prevista oggi per le società di farmacisti titolari di farmacia, tra produzione, informazione scientifica del farmaco o attività medica e la partecipazione societaria;
- l'introduzione dell'obbligo di "trasmettere lo statuto e le variazioni della compagine sociale delle società titolari di farmacia all'Ordine nazionale e provinciale dei Farmacisti, alla Regione e alla ASL, in modo da garantire un'effettiva possibilità di controllo sui soggetti che entrano nella proprietà di farmacie".

Le due proposte che presenta "per meglio tutelare la salute dei cittadini e non rendere la farmacia un'impresa commerciale come le altre" sono:

- "l'obbligo che nella proprietà della farmacia la maggioranza delle quote o delle azioni sia in possesso di farmacisti abilitati e iscritti all'Albo, in analogia con quanto previsto dall'articolo 41 per le società di avvocati";
- "un limite all'acquisizione di farmacie da parte delle società di capitali nell'ambito del mercato territoriale di riferimento (percentuale di farmacie sul totale di quelle presenti in quel determinato territorio). Tale vincolo impedirebbe la formazione di concentrazioni eccessive, con poche società che potrebbero controllare, direttamente o indirettamente, l'intero settore della dispensazione dei farmaci" come avvenuto in Svezia o Norvegia.

A fronte di queste considerazioni, Federfarma chiede al Senato di tenere conto delle seguenti esigenze, volte a garantire l'efficienza del servizio farmaceutico e a mantenere elevata la qualità delle prestazioni offerte dalle farmacie ai cittadini:

- assicurare una presenza qualificata di farmacisti nella compagine sociale delle società di capitali titolari di farmacie, in linea con quanto previsto per le società professionali degli avvocati dall'articolo 41 del DDL Concorrenza;



- prevedere specifiche norme antitrust per evitare la concentrazione della proprietà delle farmacie nelle mani di pochi soggetti in grado di controllare l'intero mercato del farmaco [104].

7.2.5.2 MNLF – Movimento Nazionale Liberi Farmacisti

Il MNLF, che rappresenta e coordina la quasi totalità delle Associazioni dei farmacisti non titolari legalmente costituite sul territorio nazionale, è un'organizzazione di professionisti che ha per scopo l'abolizione delle attuali limitazioni all'apertura delle farmacie in Italia.

La memoria depositata dall'organizzazione al Senato durante l'audizione del 1 Dicembre 2015, si focalizza sulle modifiche che andrebbero apportate “per aumentare il livello di concorrenza nel settore della distribuzione del farmaco”.

Pur non essendo contraria all'ingresso del capitale, ritiene un “grave errore” la mancata contemporanea liberalizzazione della fascia C. Lo scenario ipotizzato è la trasformazione di un monopolio in oligopolio che ingessi “ancor più il mercato”, contrariamente a quanto “scritto nel progetto originario presentato al Consiglio dei Ministri”. Il focus è orientato alla possibilità di ottenere “contemporaneamente risparmio per i cittadini, nuovi investimenti, nuova occupazione e la nascita di nuove aziende con relativo allargamento dei soggetti che contribuiscono alle entrate dello Stato”.

Il Movimento traccia un excursus sui benefici apportati dai vari decreti che nell'ultima decade hanno liberalizzato il settore, da quello di Storace del 2005 che ha tolto il prezzo fisso su OTC e SOP, introducendo la possibilità di praticare sconti, a quello di Bersani del 2006, che ha favorito un sistema duale di concorrenza con da un lato le farmacie e dall'altro parafarmacie e corner della GDO.

Lo stesso scenario viene ipotizzato nel caso della liberalizzazione della fascia C, il cui mercato fatica a crescere, registrando un aumento dello 0,9% nel 2013. La concorrenza duale favorirebbe l'abbassamento dei prezzi, considerata anche la possibilità già oggi in vigore, seppure raramente praticata, di effettuare sconti rispetto al prezzo massimo fissato dal produttore.

Un provvedimento in questo senso apporterebbe vantaggi a tutti e, non da ultimo, “equità in un settore ove tale valore è assai poco diffuso. Lo Stato utilizza fondi pubblici per preparare

professionisti, metterli nelle condizioni di dare il massimo della loro professionalità è un dovere etico e morale inalienabile” [105].

7.2.5.3 FNPI – Federazione Nazionale Parafarmacie Italiane

La Federazione Nazionale Parafarmacie Italiane, soggetto unico rappresentante della categoria dopo aver inglobato nello scorso aprile l'ANPI, Associazione Nazionale Parafarmacie, ha depositato per la discussione al Senato un documento contenente le proprie proposte.

Come il MNLF, la FNPI ha rimarcato la necessità di poter dispensare i farmaci a carico del cittadino al di fuori della farmacia, sempre tramite la presenza di un farmacista abilitato.

La nascita delle parafarmacie, grazie al decreto Bersani, ha offerto un nuovo sbocco lavorativo a tanti farmacisti italiani e, nonostante l'aumento del numero di punti vendita, le farmacie detengono ancora il 92,5% delle quote di mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione, contro il 2,6% dei corner della GDO e il 4,9% delle parafarmacie.

La Federazione auspica che il ddl venga modificato anche nell'ottica di tutelare “il 76% degli iscritti” agli Ordini provinciali, che svolgono un lavoro subordinato, “con retribuzioni che risentono di un rapporto di forza, tra domanda ed offerta, troppo a favore dei titolari di farmacia”, senza il riconoscimento della libertà professionale del farmacista “al quale, rispetto a tutte le altre professioni ordinistiche, non è concesso di esercitare privatamente e liberamente ciò per cui ha conseguito una laurea e sostenuto un esame di stato.”

Aprire alla liberalizzazione della vendita dei farmaci di fascia C anche all'interno delle parafarmacie di proprietà di un farmacista porterebbe, in sintesi, secondo la FNPI, ad:

- avviare la concorrenza, strumento attraverso il quale si otterrebbe un miglioramento dell'offerta;
- migliorare l'organizzazione distributiva;
- rafforzare il dimostrato vantaggio economico dalla legge Bersani tutto a favore dei cittadini;
- nessun costo a carico dello Stato italiano né, tantomeno, al SSN, ma di contro comporterebbe un buon ritorno fiscale per i nuovi impulsi economici derivanti;

- nessun pericolo per la salute pubblica o di abuso di farmaci, in quanto i farmaci di fascia C continuerebbero ad essere prescritti dal medico e dispensati dal farmacista.

La visione futura è quella di una parafarmacia trasformata in presidio sanitario, capace di “erogare sul territorio, con professionalità, quei servizi di assistenza che il cittadino/paziente sempre più richiederà ad un sistema di welfare evoluto”.

L'attuale testo del ddl concorrenza, “da un lato nega al farmacista titolare di parafarmacia di dispensare il farmaco di fascia c, umiliandolo professionalmente, mentre dall'altro lato vorrebbe permettere al non farmacista (ma che possiede i capitali) di diventare titolare di farmacia.”

Vengono sottolineati gli effetti negativi come il rischio di concentrazione dell'offerta e il permanere nel monopolio della farmacia riguardo la vendita dei medicinali con obbligo di prescrizione. In questo senso la Federazione riporta l'esempio di Alliance Boots, Celesio e Phoenix, che assieme detengono “il 60% del mercato intermedio europeo. I tre gruppi vantano rapporti di partnership con il 10% delle farmacie presenti nell'Ue, possiedono o controllano direttamente il 21% delle farmacie aggregate in catene e hanno legami commerciali con il 27% delle farmacie organizzate in catene virtuali.”

Il rischio paventato è la disintegrazione delle piccole realtà a favore di nuovi oligopoli. La richiesta è che venga “sia valorizzata l'esperienza dei farmacisti che hanno aperto una parafarmacia, a fronte di un sistema di accesso alla professione basato su questioni di ereditarietà e censo.” [106]

7.2.6 Distribuzione intermedia

7.2.6.1 ADF – Associazione Distributori Farmaceutici

L'Associazione Distributori Farmaceutici riunisce 41 aziende operanti nella distribuzione intermedia e ha fatto sentire il proprio parere sull'iter legislativo in un'audizione del 12 novembre 2015. Le quote di mercato dei grossisti si sono ridotte al 74% nel 2014, con il restante 26% rappresentato da vendite dirette dell'industria, un trend in ascesa costante (dati IMS Health).

L'ADF rileva come “ in Italia, nonostante sia in corso ormai da anni nel settore della distribuzione intermedia un processo continuo di aggregazione, il mercato resti comunque caratterizzato da un elevato livello concorrenziale”, e saluta con favore il ddl che “interviene

sulla modernizzazione della distribuzione farmaceutica, in particolare eliminando il limite di quattro farmacie in capo ad un unico soggetto e consentendo l'esercizio della farmacia privata da parte di società di capitali, trova da parte ADF piena condivisione nella sua attuale stesura che non prevede vincoli e limiti, fissando solo l'incompatibilità per ben individuate fattispecie”.

Le considerazioni dell'ADF riguardano i benefici dell'apertura al capitale che “offre la ulteriore e concreta possibilità di rafforzare in chiave sinergica e di sistema l'integrazione già esistente con le farmacie” e consente alle quasi 5.000 farmacie che versano in una “grave situazione di debolezza patrimoniale” (fonde: audizione Federfarma del 12/6/2015 alla Camera dei Deputati, Commissioni Referenti) di riassetarsi ed evitare i ritardi o, addirittura, mancati pagamenti che comportano pesanti ricadute sui bilanci delle aziende grossiste di farmaci, che potrebbero subire ulteriori dissesti in previsione della prossima apertura di ulteriori 2.500 farmacie [107].

7.2.6.1.1 Il caso di Alliance boots

L'11 settembre 2014, parlando col Sole 24Ore Radiocor, Stefano Pessina, fondatore e presidente esecutivo di Alliance Boots, uno dei maggiori grossisti farmaceutici d'Europa, rimarcava il disinteresse della sua azienda ad investire in Italia. Verso la metà degli Anni '70, Pessina ristruttura l'azienda di famiglia nel 1977 fonda Alleanza Farmaceutica, iniziando ad acquisire altre piccole realtà. Dopo l'iniziale espansione in Italia, la successiva internalizzazione negli anni '90 e il cambio di nome, il gruppo si fonde con Boots nel 2006 e da vita ad Alliance Boots. Nel giugno 2012 si accorda con Walgreens Co., la più grande catena di drugstore degli USA, mentre, lo scorso ottobre, compra Rite Aid per 17,2 miliardi di dollari, ovvero la terza maggiore catena americana, raggiungendo così la prima posizione dominata da CVS Health. In Italia, il gruppo fattura 1,5 miliardi di euro, con circa 1200 posti di lavoro [108].

Nonostante l'avvenuta approvazione del disegno di legge Guidi da parte del Consiglio dei Ministri, in occasione del convegno organizzato il 14 marzo 2015 da Asis, l'Associazione Studi sull'Industria della Salute, Ornella Barra, executive vicepresidente di Walgreens Boots Alliance, ha ribadito che la sua azienda continua a considerare l'Italia un “mercato poco appetibile per un investimento consistente come la creazione di una catena”.



In quell'occasione, Barra sottolineò la posizione contraria della sua azienda nei confronti di un'eventuale liberalizzazione selvaggia, salutando invece con favore l'apertura della titolarità al capitale, con lo sguardo rivolto alle farmacie che si trovano ad affrontare problemi di stabilità finanziaria. Nel contempo, Barra ha sottolineato come la creazione di una catena sia un processo lungo che richiede fortissimi investimenti in capitali, organizzazione e logistica [109].

Successivamente all'approvazione della Camera del ddl concorrenza, Ornella Barra, in un'intervista rilasciata al Sole 24 Ore e pubblicata il 29 ottobre 2015 , afferma clamorosamente che WBA è pronta ad investire in “modo preponderante e pesante” in Italia, il giorno successivo all'annuncio dell'acquisizione di Rite Aid che ha fatto di Walgreens Boot Alliance il primo gigante al mondo della distribuzione dei farmaci.

Secondo Barra “L'acquisizione di Rite Aid è la logica conseguenza del desiderio di affermare la nostra presenza nell'health care, nella farmacia in particolare e in un modo che ci è peculiare di creare nuovi servizi ai pazienti e ai consumatori. Ci dà la possibilità di accrescere le nostre best practice e di sviluppare tutti i nostri i nostro brand.”

Alla preoccupazione delle farmacie private riguardo al possibile sbarco in Italia delle catene di farmacie, Barra risponde affermando che i farmacisti non debbano avere alcuna preoccupazione in quanto con la nuova legge il farmacista potrebbe decidere di restare indipendente oppure di aggregarsi ad altre catene, così come di entrare in partnership con qualcun'altro.

L'auspicio di WBA è che la legge venga promulgata così come è stata approvata dalla Camera, evidenziando come l'ultimo investimento da 17,2 mld di dollari per l'acquisizione di Rite Aid sia un indizio di come si potrebbe muovere l'azienda in Italia, forti del fatto di essere un'azienda che serve 200mila farmacie in 25 paesi al mondo [110, 111].

8. CONCLUSIONI: IL PANORAMA FUTURO

Il mondo delle farmacie promette tassi di crescita scoppiettanti. Secondo Deloitte in tre anni le vendite di medicinali porteranno ad un aumento del 30% del fatturato messo a segno l'anno scorso [112]. Nel 2018 il consumo di farmaci aumenterà del 30% e riguarderà soprattutto i farmaci oncologici, quelli per il diabete e quelli per le malattie autoimmuni. Secondo le previsioni, il maggiore consumatore di farmaci nel 2018 sarà il Nord America (38% degli acquisti globali) seguito da Asia e Oceania (31%) e dall'Europa.

Da ciò deriva il grande fermento che, in questi giorni, è presente nel mondo farmaceutico: il colosso americano delle farmacie Walgreens (guidato dall'italiano Stefano Pessina) acquisisce la rivale Rite Aid, la Pfizer avvia un negoziato per acquistare l'irlandese Allergan ed infine Glaxo dichiara di voler investire in Italia un miliardo di euro in quattro anni.

Sulla base delle analisi di mercato effettuate, degli studi di natura socio-economica e dopo aver attentamente affrontato tematiche sanitarie nel panorama odierno, abbiamo chiesto il parere di esperti, al fine di fare una previsione circa l'evoluzione che il mondo del pharma dovrà sostenere nei prossimi anni.

E' pronta l'Italia per fronteggiare un cambio socio-economico di queste dimensioni? Come reagiranno gli Italiani ad un cambio della figura del farmacista sempre più simile a quella di un imprenditore? Quale sarà il futuro delle piccole-medie farmacie in seguito all'introduzione nel mercato delle società di capitale?

Al fine di avere una previsione di quelle che saranno le farmacie del futuro, abbiamo voluto partecipare all'evento "La farmacia un canale in evoluzione" (AISM Innovation Day) tenutosi a Milano il 19 Novembre 2015.

In tale occasione si è discusso ampiamente della profonda riorganizzazione che ha subito la farmacia negli ultimi anni a seguito delle iniziative di natura politica quali le liberalizzazioni avviate dai diversi governi.

Attorno alla "tavola rotonda", guidati dal moderatore Giulio Cesare Pacenti (Pharma Consulting Group), si sono incontrati numerosi esponenti del mondo farmaceutico: Giuseppe Venturelli (Coordinatore Dipartimento di Marketing Farmaceutico), Ludovico Baldessin (Chief Operations Officer Edra), Marco Mariani (Direttore Marketing Farmondov,

Responsabile Comunicazione Gruppo CEF), Mario Merlo (Direttore Sanofi Diabete) ed infine Wilson Salemme (Consulente Marketing & Sales).

L'incontro si è aperto con la proiezione di un video di forte impatto che si riproponeva di fornire una previsione di quella che, molto probabilmente, sarà la quotidianità di domani, a causa della sempre più forte tendenza alla customizzazione ed alla personalizzazione del servizio. Nel giro di pochi anni ci ritroveremo a pagare con il nostro smartphone, a fare shopping provando virtualmente i nostri abiti o addirittura a personalizzare la pizza che stiamo ordinando semplicemente muovendo un dito su di un tavolo digitale.

Così come gli altri business, anche la farmacia dovrà adeguarsi al cambiamento; il blister di pasticche che ci avvisa con colore rosso che abbiamo dimenticato di assumere la nostra dose quotidiana potrebbe non essere solo fantascienza.

Negli anni della “telemedicina” e con lo sviluppo dell’era digitale il paziente è sempre più evoluto: siamo ormai di fronte ad un “supercliente” che ha la possibilità di informarsi tramite i media ed il web, un cliente che sa ciò che vuole e cerca soluzioni al suo malessere online. Un paziente, insomma, che impara ad automedicarsi.

“La medicina e la biologia sono morte” afferma Merlo “oggi l’unica scienza è quella dell’informazione”. In un contesto così dinamico e fortemente in evoluzione, numerosi sono i progetti innovativi che vengono messi a punto dalle aziende. Un esempio è l’orologio che controlla la glicemia messo a punto dalla Sanofi per i pazienti diabetici.

E’ sempre più evidente, quindi, la necessità che la figura del farmacista si evolva e si adegui al cambiamento.

A dettare le regole del mercato oggi giorno è il cliente, annuncia Ludovico Balessin (Chief Operations Officer Edra). In passato il numero di clienti era nettamente superiore a quello degli erogatori, oggi lo scenario è ribaltato. La storia dell’healthcare sta progressivamente cambiando; già nel 2006, con il Decreto Bersani-Visco si è dato il via libera alla vendita di farmaci da banco (SOP) in qualsiasi punto vendita in cui vi sia un farmacista laureato (Parafarmacie). D’altra parte in 12 anni i ricavi per il SSN si sono ridotti: se in passato le spese per i farmaci etici superavano di gran lunga il ricavo ottenuto da quelli “non etici” lo scenario attuale vede il 10% delle farmacie italiane in crisi ed il 30/40% arrancare. E’ chiaro che in un contesto del genere le piccole attività non riusciranno a sopravvivere e saranno costrette a partecipare alla fusione.



La farmacia si sta trasformando a poco a poco in un Retail e, se fino a qualche anno fa il farmacista era considerato solo un professionista, oggi questo non basta più: per sopravvivere al cambiamento il farmacista deve diventare sempre più un uomo di marketing, un imprenditore.

“La tecnologia” sottolinea Mariani “può essere molto pericolosa per i farmacisti. Se non imparano ad utilizzarla e sfruttarla al loro servizio, sarà essa stessa a fagocitarli e a portare alla graduale scomparsa della loro figura professionale, così come è avvenuto negli ultimi decenni alla figura del cassiere al supermercato ed al casellante”.

Con l'introduzione delle società di capitale il rischio è di muoversi nella direzione di un servizio sempre più standardizzato con conseguente perdita dello stretto contatto farmacista-paziente che da sempre è alla base della fidelizzazione e della scelta di una data farmacia piuttosto che di un'altra. Il turnover di farmacisti che seguirà l'accorpamento delle piccole imprese favorirà tale fenomeno riducendoli il loro ruolo a quello di commessi.

“L'unico modo per impedire che le farmacie si trasformino in supermercati per la salute è puntare sulla qualità; mantenere alto lo standard che da sempre ha caratterizzato le farmacie, perché è impensabile fare il 3x2 con la salute”.

“Il farmacista resta uno dei pochi specialisti della salute per il cui consulto non è necessario pagare” insiste Mariani “il suo punto di forza è la professionalità e su quella bisogna investire per dare valore alle farmacie”.

E' altresì chiaro, però, che bisogna fornire al farmacista competenze manageriali ed economiche.

Il presidente Fofi, Andrea Mandelli, lo scorso 25 novembre, in occasione del Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei farmacisti tenutosi a Roma, ha dichiarato che non sarà possibile uscire dall'attuale situazione di difficoltà a meno che non si costruisca un nuovo ruolo del farmacista sempre sulla base, però, del patrimonio intellettuale che tale professionista possiede [113].

Questo progetto, portato avanti dalla Fofi, coincide con la presentazione da parte della Federazione del Documento federale sulla professione, nel 2006. *“Di lì abbiamo intrapreso un duro lavoro per giungere a un riconoscimento normativo di questo nuovo modello, che si è concretizzato con il Dlgs 153 del 2009. E l'impianto di quella Legge”* ha proseguito

Mandelli *“lo abbiamo corroborato anche con il lavoro dell’Osservatorio sul futuro della professione FOFI-SDA Bocconi, che nello stesso 2009 aveva mostrato come la farmacia dei servizi avrebbe incontrato il favore dei cittadini non soltanto di fronte alla possibilità di ottenere prestazioni a carico del Servizio sanitario, ma anche nell’ipotesi di doverle acquistare direttamente. In quel Decreto”* spiega Mandelli *“è previsto che il farmacista partecipi ad iniziative volte a rinforzare l’aderenza alle terapie. Questo è il nucleo forte della pharmaceutical care, ovvero la via maestra per il futuro della professione. E proprio da questo prende le mosse anche il progetto sull’MUR: dalla necessità di verificare sul campo la capacità di un campione rappresentativo di farmacisti italiani e di applicare, nel contesto della farmacia italiana, uno dei principali strumenti con i quali il farmacista di comunità collabora all’aderenza della terapia”*.

“Un elemento che appare necessario per diversi motivi: il primo è che la registrazione puntuale dei farmaci dispensati al cittadino è la base per lo svolgimento della pharmaceutical care: dalla farmacovigilanza, al controllo dell’appropriatezza alla prevenzione delle interazioni, dal miglioramento dell’aderenza alla terapia alla riduzione degli sprechi. Il secondo” ha continuato Mandelli *“è rappresentato dal fatto che ci sarà finalmente una comunicazione tra farmacista e medico attraverso la compilazione di un documento condiviso, una cosa che finora è sempre mancata. Il farmacista avrebbe così, finalmente, un ruolo nella cura, che è la base del modello della farmacia dei servizi, producendo quindi un bene ancor maggiore per l’intera collettività. Tutto questo deve essere fatto pesare e difeso nelle sedi in cui si discute, per cominciare, del rinnovo della Convenzione”*.

Intervista al Dottor Alberto Ambreck

Dottor Ambreck, lei è titolare da più di 60 anni di una delle farmacie storiche di Milano. Come è riuscito a mantenersi al passo con i tempi?

“Oltre 35 anni un mio caro collega mi ammonì di fare attenzione perché la durata della vita si stava allungando, il numero di pensionati stava aumentando e questo avrebbe portato ad un crollo dell’economia. Lo stato, che all’epoca era particolarmente ‘prodigo’ nei confronti della farmacie e delle aziende farmaceutiche, ha iniziato a poco a poco a risparmiare ed ora sono 3 anni che la spesa per i farmaci ad opera del SSN diminuisce. Con questo intendo dire che solo chi negli ultimi decenni è stato attento ad osservare l’evoluzione del mercato, è riuscito poi a sopravvivere al cambiamento.



La farmacia negli ultimi anni ha subito una forte evoluzione, tuttavia i farmacisti non nascono imprenditori, sono piuttosto dei professionisti adattati a fare gli imprenditori. Per tale ragione lo sviluppo è stato molto eterogeneo ed è dipeso dalle capacità imprenditoriali del singolo titolare”.

A tal proposito lei ritiene che possa essere necessario aggiornare il piano di studi della facoltà di farmacia al fine di fornire al neolaureato le adeguate competenze gestionali e manageriali?

“E’ ancora da definire se debba essere l’università a formare anche dal punto di vista imprenditoriale il futuro farmacista o se piuttosto questo compito spetti all’ordine dei farmacisti o ai sindacati.

Va anche definita la durata e la specificità del corso necessario per formare dal punto di vista manageriale il farmacista.

Ritengo, in ogni caso, che sia innanzitutto responsabilità del singolo cercare di mantenersi all’avanguardia ed adeguarsi al cambiamento; difatti, con lo sviluppo della tecnologia, il modo di fare farmacia è cambiato e la capacità di adattarsi e sopravvivere al cambiamento è proporzionale allo spirito di adattamento e di innovazione del titolare.

Inoltre, data la velocità con cui avanzano e si rinnovano le tecnologie, sarebbe impensabile delegare alle università la formazione economica del farmacista. E’ interesse del singolo aggiornarsi e tenersi al passo con i tempi.

Bisogna, tuttavia, prestare attenzione a non trasformare il farmacista in un ‘commerciante’ ma cercare di raggiungere piuttosto un buon equilibrio tra imprenditorialità e professionalità”.

Lei è stato uno dei primi ad introdurre il magazzino automatico. Ritiene che tale sviluppo tecnologico abbia migliorato il servizio al cliente?

“Sì, certamente. Quando un paziente, perché io lo definisco paziente e non cliente, si reca nella mia farmacia, grazie al magazzino automatico io sono in grado di risparmiare in media i 5-7 minuti necessari alla ricerca e alla risistemazione in magazzino del farmaco; in questo modo riesco a dedicare maggior tempo al dialogo con lui, perché il farmacista più che un venditore è uno specialista a cui il cliente si rivolge per chiedere assistenza” .



Dottor Ambreck, lei pensa che col nuovo decreto le piccole farmacie saranno costrette ad entrare in catena o riusciranno a sopravvivere in altro modo?

“Con l’avvento dei farmaci generici, il guadagno ottenuto dal SSN si è andato man mano riducendo e le farmacie sono state costrette ad allargare le strutture al fine di accogliere un maggior numero di prodotti di profumeria e collaterali che, ad oggi, forniscono il 40% dell’utile a confronto del 25% dell’introito apportato dei farmaci.

Tale evoluzione del concetto di ‘farmacia’ ha determinato non solo una perdita di identità delle stesse ma ha rappresentato un grosso svantaggio per le altre categorie come le profumerie.

Tuttavia, non è facile sostenere i costi del mantenimento di una ‘grossa’ farmacia, il cui affitto mensile può raggiungere i 40.000 euro €. Non solo, espandere una farmacia equivale ad aumentare il numero di dipendenti e con esso il numero di stipendi che, in alcuni casi può rappresentare fino al 70% dell’intero guadagno di una farmacia”.

In primis, ritengo che lo stato dovrebbe valutare l’importanza delle cosiddette ‘farmacie rurali’. Nei piccoli centri abitati la farmacia, aldilà della funzione economica, svolge un encomiabile ruolo sociale. Molto spesso, infatti, i farmacisti dei piccoli centri sono costretti a svolgere un maggior numero di ore di lavoro rispetto a quelle stabilite. Per tale ragione il SSN dovrebbe considerare il ruolo sociale che svolgono e sostenere dal punto di vista economico, aiutandole ad esempio con i fitti.”

Intervista a Fabio Romiti

Dottor Romiti, lo scorso Febbraio è giunta la notizia della probabile liberalizzazione della vendita di farmaci di fascia C con la ricetta anche fuori dal canale della farmacia. Tale notizia è stata fortemente criticata dal ministro Lorenzin. Qual è il suo parere a riguardo?

“Il DDL concorrenza che il ministro Guidi in origine presentò in consiglio dei ministri prevedeva due possibilità: liberalizzare i farmaci di fascia C, ovvero i farmaci con obbligo di prescrizione a carico dei cittadini, o cambiare il numero massimo di farmacie per abitanti. Non solo, un ulteriore provvedimento, che è stato poi approvato dalla camera dei deputati, era quello di togliere il limite di quattro farmacie per imprenditore e far sì che entrasse il capitale privato all’interno della compagine di società per la proprietà delle farmacie.



Il ministro Lorenzin ha parlato di 'interesse per il cittadino', tuttavia la maggior parte delle parafarmacie in Italia sono di proprietà di un soggetto già titolare di una farmacia. Inoltre in entrambe le strutture lavora una persona laureata in farmacia ed abilitata, quindi con le stesse competenze.

Inoltre entrambe le strutture sono soggette alla farmacovigilanza, ovvero quell'iter che prevede che il farmacista comunichi agli altri organi competenti anomalie conseguenti all'uso dei farmaci.

Entrambe vengono sottoposte agli stessi controlli periodici e straordinari da parte delle Asl e devono rispettare le stesse regole circa il mantenimento della struttura.

A tal proposito ritengo le obiezioni da parte della Lorenzin strumentali ed ingiustificate poiché non vi sono elementi per la tutela della salute pubblica che giustifichino la sua posizione”.

Al momento in senato si sta discutendo del DDL. Quali saranno le conseguenze della sua eventuale approvazione ed il conseguente ingresso nel mercato delle società di capitale?

“Certamente l'approvazione del DDL determinerà una perdita di concorrenza. Di fatti per creare concorrenza in ogni sistema serve una struttura duale che consenta un confronto tra canali di distribuzione diversi; senza questi presupposti la concorrenza non ha ragione di esistere.

Ad esempio nel 2005 fu approvato il decreto Storace che tolse il prezzo fisso dai farmaci di automedicazione con possibilità di applicare sconti a discrezione della singola farmacia. Tuttavia, poiché il contesto economico non era duale, nessuno ebbe necessità di applicare gli sconti.

Dal 2007 al 2013 i prezzi dei farmaci di automedicazione sono aumentati dello 0,9%, quindi ben al di sotto del tasso di aumento dell'inflazione. Sempre nel 2013 vi è stato un incremento del 14% della spesa per i farmaci generici, ovvero i farmaci senza brand, di fascia A (a carico del SSN) mentre nello stesso anno per i generici di fascia C l'aumento è stato solo dello 0,9%.

Questo è dovuto al fatto che, mentre nel mercato dei farmaci di fascia A vi è un confronto tra varie aziende che devono conquistare quote di mercato per poi essere distribuiti dal



SSN, i farmaci di fascia C sono distribuiti, invece, da un unico elemento che è la farmacia, che quindi non ha concorrenza ed interesse ad abbassare i prezzi.

Pertanto senza un sistema duale di confronto della concorrenza i vantaggi per i cittadini non possono esserci. Altroconsumo ha valutato che, oltre alla creazione di nuove aziende e nuovi posti di lavoro, la liberalizzazione dei farmaci di fascia C determinerebbe un risparmio di ben 5 milioni di euro. Inoltre, questo farebbe da traino per alcuni farmaci generici di fascia A i cui costi sono inferiori al prezzo del ticket, così da spingere il paziente ad acquistarli di tasca propria determinando un risparmio per il SSN”.

Si è parlato molto della riqualifica del farmacista: cosa serve a questa figura per far fronte a tale evoluzione del panorama farmaceutico?

“Dal momento che non è possibile modificare il percorso di studi di un farmacista, si è pensato di introdurre una serie di esami a scelta dello studente che possano dare a quest’ultimo un’impronta economica e commerciale. Si potrebbe mirare ad una maggiore specializzazione in direzione imprenditoriale, aziendale o ospedaliera”.

L’ingresso del capitale nelle proprietà delle farmacie porterà ad una accelerazione dell’aggregazione tra le farmacie. Quali i vantaggi e gli svantaggi per un titolare che deciderà di entrare in questo network?

“Dipende se si è acquisiti perché in difficoltà economica e quindi si diventerà un dipendente, oppure se si tratta di una struttura paritaria.

Anche in questo caso va sottolineato come la gestione di un locale commerciale o di un’azienda sia cruciale. Di fatti, a supporto delle critiche circa la possibilità di liberalizzare i farmaci di fascia C, c’è l’idea che numerose farmacie siano in crisi. In realtà uno studio dell’Università Bocconi si evidenzia come le farmacie realmente in crisi a causa di due o più punti di criticità siano solo 300. Come è possibile che negli anni più bui di questo paese, con 6000 farmacie in crisi, la ‘farmacia’ intesa come servizio nazionale abbia un fatturato positivo?

In realtà la farmacia che fallisce non chiude ma viene messa all’asta e concessa ad un’altra persona. A fallire è il proprietario, non la farmacia intesa come servizio. Molto probabilmente i problemi sono di gestione del singolo imprenditore”.

Infine, abbiamo voluto concludere il nostro lavoro con un pezzo tratto dalla rivista Pharma Retail del Direttore Marketing & Responsabile della rete Farmondo, dottor Marco Mariani

“Presi come siamo dal lavoro di tutti i giorni, facciamo spesso fatica ad accorgerci di quanto velocemente il mondo stia correndo. Sentiamo parlare continuamente di cambiamento, noi stessi ne parliamo, ma la verità è che il cambiamento ci sfreccia accanto più rapido di quanto possiamo immaginare. Per esempio mutano le abitudini di consumo: chi in passato soffriva di stipsi andava a prendersi un lassativo in farmacia, oggi può fare un salto al supermercato e comprarsi un probiotico o uno yogurt.

Mutano anche le nostre abitudini ‘sanitarie’: finora era abituale conservare in una carpetta ben riposta in qualche cassetto i referti degli esami effettuati negli anni, le radiografie, le ricette bianche e quant’altro; oggi Google consente ai suoi utenti di archiviare i dati sanitari personali in una cartella elettronica accessibile dalla Rete, così quando andiamo dal medico non dobbiamo portarci dietro faldoni vari (basta un semplice indirizzo internet).

Il cambiamento legato alla rivoluzione del web è quello che forse facciamo più fatica a seguire. Alcune catene statunitensi di farmacie offrono ai propri clienti (più di 100 milioni, gli Usa viaggiano su altre dimensioni) un servizio di alert via sms che li avvisa quando devono assumere un determinato farmaco. In Italia lo stesso servizio è stato lanciato nel 2012 ma di fatto è rimasto attivo solo pochi mesi. D’intesa con Sanofi e Johnson & Johnson, Apple ha lanciato alcune applicazioni che trasformano l’iPhone in un ‘rilevatore’ dell’indice glicemico: in più il dato può essere archiviato nel telefonino oppure spedito on line al proprio medico.

E se non bastasse c’è anche il calzino Owlet, che misura la quantità di ossigeno presente nel sangue e la qualità del sonno del neonato”.

Torna alla mente la metafora della rana bollita, enunciata dal filosofo americano Noam Chomsky [114]:

«Immaginate un pentolone pieno d’acqua fredda nel quale nuota una rana. Il fuoco è acceso sotto la pentola, l’acqua si riscalda pian piano. Presto diventa tiepida. La rana la trova piuttosto gradevole e continua a nuotare. La temperatura sale. Adesso l’acqua è calda. Un po’ più di quanto la rana non apprezzi. Si stanca un po’, tuttavia non si spaventa.



L'acqua adesso è davvero troppo calda. La rana la trova molto sgradevole, ma si è indebolita, non ha la forza di reagire. Allora sopporta e non fa nulla. Intanto la temperatura sale ancora, fino al momento in cui la rana finisce – semplicemente – morta bollita. Se la stessa rana fosse stata immersa direttamente nell'acqua a 50° avrebbe dato un forte colpo di zampa, sarebbe balzata subito fuori dal pentolone. Questa esperienza mostra che, quando un cambiamento si effettua in maniera sufficientemente lenta, sfugge alla coscienza e non suscita, per la maggior parte del tempo, nessuna reazione. L'acqua attorno a noi ancora non sta bollendo, chi non salta rana è.”



9.BIBLIOGRAFIA

[1] www.ordinefarmacistivicenza.it

[2] Legge 22 dicembre 1888, n. 5849, “Legge per la tutela della igiene e della sanità pubblica”

[3] Legge 22 maggio 1913, n. 468, “Disposizioni sulla autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle farmacie”

[4] R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, “Approvazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie”

[5] R.D. 30 settembre 1938, n. 1706, “Approvazione del Regolamento per il servizio farmaceutico”

[6] Legge 8 marzo 1968, n. 221, “Provvidenze a favore dei farmacisti rurali”

[7] Legge 2 aprile 1968, n. 475, “Norme concernenti il servizio farmaceutico”

[8] Legge 22 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del Servizio sanitario nazionale”

[9] T.A.R. Sardegna, 29 ottobre 1982, n. 392

[10] Legge 22 dicembre 1984, n. 892, “Norme concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie rurali e modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475 e 28 febbraio 1981, n. 34”

[11] Nicoloso B.R., L'evoluzione del sistema farmacia ed i principi che lo regolano nel contesto della normativa comunitaria e del federalismo regionale in Sanità pubblica e privata, n.2, 2004

[12] Legge 8 novembre 1991, n. 362, “Norme di riordino del settore farmaceutico”

[13] Decreto ministeriale 15 luglio 2007

[14] Legge 4 agosto 2006, n. 248, “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale”

[15] Tarabusi M., Trombetta G., Gestire la farmacia: caratterizzazione e multifunzionalità nel nuovo scenario competitivo, Punto Effe, Milano, 2007



[16] Legge 27 dicembre 2006, n. 296, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)"

[17] Art. 5 "Utilizzo di denominazioni e simboli" del D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69"

[18] D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69"

[19] Legge 24 marzo 2012, n. 27, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività"

[20] D.M. 18 aprile 2012, "Attuazione delle disposizioni dell'articolo 32, comma 1, del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sulla vendita dei medicinali previsti dall'articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537"

[21] Santuari A., Le farmacie comunali tra pubblico servizio e principio di libera concorrenza. Brevi considerazioni sopra un recente parere della Corte dei Conti - Sezione Regionale di Controllo per la Puglia, Assofarm, 2008

[22] Donati D., L'Unione Europea: armonizzazione e raccordi nella legislazione di settore, in Evoluzione e prospettive della legislazione sul turismo, a cura di M. Gola, Rimini: Maggioli Editore, 2002

[23] Benacchio G., L. Antonioli, F. Lajolo di Cossano, Lineamenti di diritto dell'Unione europea, Padova: Cedam, 2005

[24] Art. 258 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea

[25] Artt. 43 e 56 del Trattato che istituisce la Comunità economica europea



- [26] Santuari A., Le farmacie quali centri di servizio socio-sanitari. Una ricostruzione sistematica alla luce della giurisprudenza comunitaria e italiana, in www.personaedanno.it, gennaio 2011
- [27] Procedura d'infrazione IP/05/1665 del 21 dicembre 2005, "Mercato interno: procedimenti per infrazione riguardanti le farmacie in Italia ed il controllo tecnico degli autoveicoli in Germania; archiviazione di casi riguardanti Italia, Francia, Belgio e Grecia"
- [28] Panero C., La filiera dei farmaci in Italia. Regolamentazione e prospettive di liberalizzazione, Franco Angeli Edizioni, 2013
- [29] Procedura d'infrazione IP/06/858 del 28 giugno 2006, "Mercato interno: procedimenti d'infrazione contro Italia, Austria e Spagna nel settore delle farmacie"
- [30] Procedura d'infrazione IP/08/1352 del 18 settembre 2008, "Libertà di stabilimento per le farmacie: procedura d'infrazione contro Germania e Portogallo"
- [31] Procedura d'infrazione IP/08/1785 del 27 novembre 2008, "Farmacie: procedura d'infrazione contro l'Italia"
- [32] Salerno N. C., Farmacie e distribuzione del farmaco. Non c'è contrasto di visione tra Agcom e Corte Costituzionale, né tra Commissione Ue e Corte di Giustizia Europea, in www.forumcostituzionale.it, ottobre 2010
- [33] Sentenza della Corte di Giustizia Europea del 19 maggio 2009 nella causa C-531/06
- [34] www.federfarma.it
- [35] Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno, La regolamentazione delle farmacie in Italia
- [36] Giorgetti R., Legislazione e organizzazione del servizio sanitario, X edizione, Maggioli Editore, 2012
- [37] Nicola C. Salerno, Le Farmacie nel Diritto dell'Economia
- [38] Bruno Riccardo Nicoloso, Il sistema farmacia. Lezioni di diritto farmaceutico e di deontologia professionale, Milano, Punto Effe, 2010, 2 voll.
- [39] R.D. 15 ottobre 1925, n. 2578, "Approvazione del testo unico della legge sull'assunzione diretta dei pubblici servizi da parte dei comuni e delle provincie"

[40] Legge 24 marzo 2012, n. 27, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività"

[41] www.fcr.re.it

[42] Rapporto OsMed 2014: L'uso dei farmaci in Italia

[43] Analisi ISTAT 2014

[44] Dati Centro Studi Assosalute 2015

[45] Rapporto OsMed 2014: L'uso dei farmaci in Italia

[46] Panero C., La filiera dei farmaci in Italia: regolazione e prospettive di liberalizzazione

[47] Il contesto Sanità ed il Meridiano Sanità Index 2015 – The European House Ambrosetti

[48] Il contesto Sanità ed il Meridiano Sanità Index 2015 – The European House Ambrosetti

[49] Pacenti G.C., Nadin G., Salemme W., La Farmacia dei servizi - Opportunità e soluzioni nell'integrazione all'assistenza sanitaria; Milano: Tecniche Nuove, 2011

[50] Legge 18 giugno 2009, n. 69: "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"

[51] Taddei B., Pacenti G. C., Il Farmacista Gestionale - La conduzione moderna del negozio della salute; Milano: Tecniche Nuove, 2009

[53] Autorità garante della concorrenza e del mercato, "Indagine conoscitiva nel settore farmaceutico" (Segretario Generale Alberto Pera; Presidente Giuliano Amato)

[54] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=tracciabilita%20farmaco&menu=diretta

[55] <http://www.adfsalute.it/index.php?centrale=sezioni/associati.php>

[56] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3624&area=farmaci&menu=dfarm

- [57] Ministero della Salute Direzione Generale del sistema informativo e statistico sanitario, Monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero (DM 4 Febbraio 2009) “Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”, Marzo 2014
- [58] <http://www.slideshare.net/edi062/supply-chain-pharma>
- [59] Cristina Bargerò e Graziella Fornengo, “Struttura di mercato e countervailing power dei distributori all’ingrosso nel settore farmaceutico in Italia” – Hermes, 2012
- [60] <http://leg16.camera.it/561?appro=215&Farmaci+e+spesa+farmaceutica#paragrafo1201>
- [61] <http://www.federfarmaservizi.it/files/bignews/DISTRIBUZIONE%20Distrib%20Intermedi a%20Gianfrate.pdf>
- [62] Baldini A., Pacenti GC., Salemme W., “L’evoluzione della farmacia. Lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi”, Tecniche Nuove, 2010
- [63] <http://boxmediaonline.com/i-canali-distributivi-del-farmaco-tra-farmacie-parafarmacia-e-gdo/>
- [64] <https://www.pharm.unipmn.it/sites/production/files/corsi/dispense/Mercato%20farmaceutico%20e%20attori%202015-2016.pdf>
- [65] <https://www.federfarma.it/Edicola/Ultime-notizie/25-02-2014-07-0941.aspx?feed=FederfarmaUltimeNotizie>
- [66] <http://www.radiowellness.it/roma-28-settembre-2015-federfarma-la-carta-dei-servizi/>
- [67] <https://www.federfarma.it/Edicola/Ultime-notizie/25-02-2014-07-0941.aspx?feed=FederfarmaUltimeNotizie>
- [68] Pacenti GC.; Colbertaldo F.; Mancini P., “L’efficienza in farmacia. I nuovi network: esperienze e prospettive”, Tecniche Nuove, 2013
- [69] <https://www.federfarma.it/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN/La-spesa-farmaceutica-nel-2008.aspx>
- [70] <http://www.assogenerici.org/2011/centrostudi1.asp?s=3&p=1&modulo=europa>
- [71] <http://www.aboutpharma.com/blog/2015/01/29/farmacie-nel-2014-mercato-stabile-piu-volumi-scende-il-fatturato-delletico/>

- [72] Gianfrate F., "Marketing farmaceutico - Peculiarità strategiche e operative", Milano: Tecniche Nuove, 2008
- [73] Giampietri R., "Farmacia e marketing", Milano: Edizioni Giornaleidea, 2004
- [74] Masaaki Imai, Gemba Kaizen, "Come ottenere crescita e profitti con l'innovazione continua", IL Sole 24 Ore, 2001
- [75] Minoru Tanaka, "IL segreto del Kaizen. Guida operativa per il successo nel miglioramento aziendale", Franco Angeli Milano, 1998
- [76] Gronroos C., "Management e Marketing dei Servizi", ISEDI, 2001
- [77] Taddei B., Pacenti GC., "Il farmacista gestionale", Tecniche Nuove, Milano, 2009
- [78] http://www.pharmaretail.it/mercato/agggregazioni-la-scelta-e-sulla-formula/#.VmVhV_kv4Y
- [79] Kravetz J.D., "La Rivoluzione delle risorse umane. Guida ai nuovi metodi di organizzazione, di supervisione e di partecipazione", Franco Angeli, 2002
- [80] Weizman H.C., Weizman J.K., "Gestione delle risorse umane e valore dell'impresa. Un nuovo modello per migliorare performance e fedeltà dei collaboratori", Franco Angeli, 2005
- [81] Pacenti GC., Nadin G., Salemme W., "La Farmacia dei Servizi: opportunità e soluzioni nell'integrazione all'assistenza sanitaria", Tecniche Nuove Milano, 2011
- [82] Brusoni E., Mallarini E., "La nuova impresa farmacia. Il valore dell'innovazione". Egea, Milano 2009
- [83] <http://www.pharmaretail.it/filiera/agggregazionismo-in-crescita-sullonda-della-crisi/#.VmVyfvkv4Y>
- [84] Antony R.N, Govindarajan V., Macrì D.M., Management Control Systems. Tecniche e processi per implementare le strategie, McGraw Hill, 2006
- [85] www.walgreens.com
- [86] The Future of Community Pharmacy in England. A.T Kearney. Ottobre 2012

www.atkearney.com/health/ideasinsights/article//asset_publisher/LCvgOeS4t85g/content/the-future-of-community-pharmacy-in-england/10192

[87] Boots U.K. testing in-store health guides armed with tablets, Drug Store New, 7 novembre 2012 <http://drugstorenews.com/article/boots-uk-testing-store-health-guides-armed-tablets>

[88] Boots U.K. from Wikipedia

[89] www.boots-pharmaceuticals.it/history

[90] Alliance Boots from Wikipedia

[91] archivistorico.corriere.it

[92] European Pharmaceutical Distribution. Key Players Challenges and Future Strategies. Scrip Reports. December 2007

[93] http://www.camera.it/leg17/522?tema=la_legge_annuale_sulla_concorrenza_a_c_3012_e_abb

[94] <http://documenti.camera.it/Leg17/Dossier/Pdf/AP0029E.Pdf>

[95] <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/940669/index.html>

[96] http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/In-Parlamento/relazioniconcorrenza.pdf?uuid=b6498950-de0c-11e4-ad07-ceac5ea1bdc6

[97] <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/941132/index.html>

[98] http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/270/2015_11_12_-_FOFI.pdf

[99] https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/261/2015_11_12_-_ENPAF.pdf

[100] <http://www.agcm.it/component/joomdoc/audizioni-parlamentari/Audizione-20151028.pdf/download.html>

[101] <http://www.altroconsumo.it/organizzazione/-/media/lobbyandpressaltroconsumo/images/in-azione/richieste-alle->



[istituzioni/ddl%20concorrenza%20audizione%20senato%205%20novembre/contributo%20altroconsumo%20audizione%20legge%20annuale%20concorrenza.pdf](#)

[102]http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/337/2015_11_05_-_Codacons_trasmesse_il_25_11.pdf

[103]http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/221/2015_11_05_-_Adiconsum.pdf

[104]https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/263/2015_11_12_-_Federfarma.pdf

[105]http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/345/2015_12_01_-_MNLf.pdf

[106]http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/277/2015_11_17_-_FNPI.pdf

[107]http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/257/2015_11_12_-_ADF.pdf

[108]<http://farmaciavirtuale.it/alliance-boots-italia-non-rende-investimenti/>

[109]<http://www.pharmaretail.it/senza-categoria/barra-wba-le-catene-in-italia-ci-vorranno-anni-per-vederle/#.VmGnO1bt0Xc>

[110]<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/impres-e-mercato/2015-10-29/farmacie-barra-walgreens-boots-alliance-pronti-investire-italia-modo-preponderante-095636.php?uuid=ACr45VPB>

[111]<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/impres-e-mercato/2015-10-28/farmacie-walgreens-pessina-acquisisce-rite-aid-172-ml-dollari-gigante-catene-pronto-ad-addentare-l-italia-094328.php?uuid=ACSGjlOB>

[112] <http://www.infodata.ilsole24ore.com/2015/11/09/cresce-il-consumo-globale-di-farmaci-30-nel-2018/>

[113] <http://quellichelafarmacia.com/16050/fofi-mandelli-urge-il-rinnovo-della-convenzione/>

[114] <http://www.pharmaretail.it/knowboard/davanti-al-cambiamento-chi-non-salta-rana-e/>

