

# ***La liberalizzazione nel settore delle farmacie al pubblico: è ora di cambiare anche in Italia?***

**Livio Garattini**

***La distribuzione dei farmaci è un settore storicamente soggetto a rigida regolamentazione in molti paesi europei, a causa dell'intrinseco legame del "bene" farmaco con la salute umana. Tuttavia in molte nazioni (fra cui l'Italia) questa situazione ha portato a un "monopolio distributivo" delle farmacie che sembra eccessivo rispetto alle esigenze di carattere sanitario e ha conseguenze economiche affatto irrilevanti.***

## **Premessa**

La distribuzione dei farmaci è un settore storicamente soggetto a rigida regolamentazione in molti paesi europei. La giustificazione logica risiede nelle caratteristiche intrinseche del "bene" farmaco, il cui legame con la salute lo rende bene di consumo del tutto peculiare. Da tale peculiarità discendono una serie di richieste anche a livello di filiera distributiva, alcune di carattere generale, simili a quelle di altri prodotti importanti per la salute umana come gli alimentari (rispetto delle scadenze dei prodotti, accorgimenti nello stoccaggio, eventuale necessità di catene del freddo ecc.), riassunte nelle cosiddette "*good delivering practices*" (D.M. 6 luglio 1999), altre più specificamente collegate all'impatto sulla salute umana, sintetizzabili nel concetto di "tracciabilità del farmaco" recentemente introdotto dalle Autorità pubbliche, cioè dell'opportunità di disporre di tutte le informazioni possibili relative alla destinazione dei farmaci, al fine di valutare l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle necessità cliniche del paziente.

A fronte di tutte queste esigenze, in alcuni paesi europei (fra cui il nostro) il farmaco è rimasto uno dei pochi beni ancora soggetti a "monopolio distributivo", anche se il "vento della liberalizzazione che spira dal Nord" sembra oramai rendere tale fenomeno difficilmente contrastabile: mentre in Francia e Spagna si moltiplicano le richieste di cambiamento, riforme di una certa rilevanza sono già state introdotte in Danimarca, Germania e Olanda, oltre che in Gran Bretagna, dove storicamente il monopolio non è di fatto mai esistito.

Venendo al nostro paese, la diatriba politica è oramai accesa da qualche tempo, polarizzata fra due “fazioni in lotta”: da una parte i “riformisti” (percepiti come liberisti a oltranza), fautori dell’apertura alla grande distribuzione; dall’altra i “conservatori” che difendono a spada tratta la necessità di salvare il farmaco da logiche prettamente commerciali. Tale approccio è pienamente appoggiato dalla *lobby* dei farmacisti titolari di farmacia, dotata di notevoli mezzi economici (basta vedere il numero impressionante di pagine di quotidiani acquistate dall’associazione di categoria, Federfarma, per propagandare il concetto di farmacia come “casa della salute” degli italiani durante e dopo la campagna elettorale), oltre che molto influente in Parlamento (dov’è solitamente ben rappresentata, forse anche perché trattasi di mestiere ereditario da generazioni).

La novità più importante nel dibattito proviene comunque dalle riforme previste dal nuovo Governo nell’ambito del cosiddetto “pacchetto Bersani”, dov’è prevista la possibilità di vendere farmaci da banco al di fuori delle farmacie in presenza di un farmacista laureato.

## Obiettivo

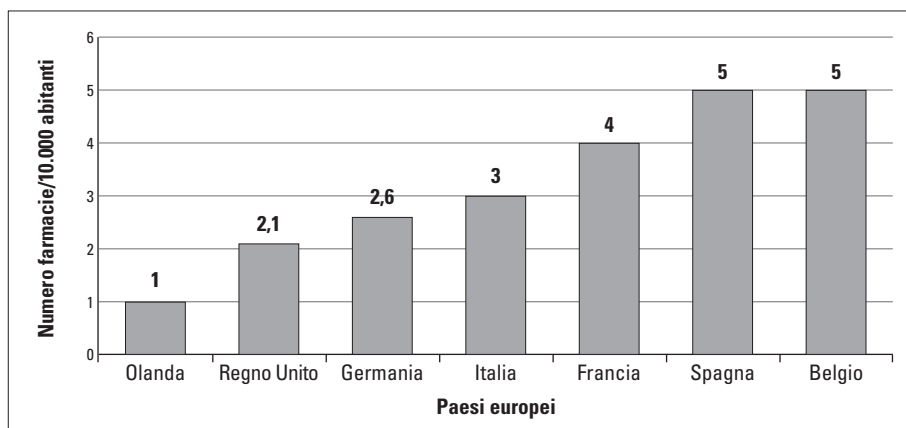
Chiarendo fin dall’inizio, per correttezza professionale, che soluzioni perfette a un siffatto problema per definizione non esistono, ragion per cui i punti di forza di una soluzione possono risultare in qualche modo quelli di debolezza dell’approccio alternativo, obiettivo del presente contributo vuole essere quello di esplicitare con chiarezza, per i non addetti al settore, i problemi tecnici alla base della discussione, partendo da un’analisi della normativa esistente in Italia, per poi trarre delle conclusioni ragionevolmente giustificate, senza la pretesa (troppo ambiziosa) di essere del tutto oggettivi.

## Normativa

L’attuale normativa italiana in materia appare molto rigida e restrittiva, caratterizzata com’è dai seguenti aspetti:

- qualsiasi prodotto definito come “farmaco” deve essere a norma di legge distribuito esclusivamente tramite una farmacia;
- l’esercizio commerciale della farmacia può essere di proprietà esclusivamente di un laureato in farmacia e nessun soggetto può essere proprietario di più di un negozio (cosiddetta regola “*one pharmacy one pharmacist*”);
- il numero di farmacie è rigidamente regolamentato a livello territoriale in base alla pianta organica, con distanze minime fra un esercizio e l’altro, ragion per cui è aprioristicamente improbabile qualsiasi forma di concorrenza

**Fig. 1 – Densità farmacie nei principali paesi europei**



fra punti al dettaglio. Tale normativa fa sì che l'Italia sia, nel panorama europeo, la nazione a più bassa densità di farmacie per abitante fra quelle che non hanno ancora attuato alcuna forma di “liberalizzazione” (Fig. 1);

- il servizio distributivo garantito dalle farmacie al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è remunerato attraverso una percentuale sul prezzo del farmaco, che è sostanzialmente proporzionale nella maggioranza dei casi, seppure con alcune “correzioni” di carattere regressivo (per esempio, uno sconto obbligatorio al SSN).

## Discussione

Al riparo da qualsiasi spinta di carattere concorrenziale, la situazione della filiera distributiva in Italia ha sicuramente il pregio di permettere il controllo potenziale di tutto il mercato dei farmaci, ma implica anche “costi di mantenimento” affatto trascurabili, sia per la società nel suo complesso sia per i consumatori, sia per il SSN.

## Società e consumatori

Si tratta innanzitutto di un “sistema chiuso”, con forti barriere all’entrata, a tutto favore degli operatori che ne sono già all’interno: infatti, i prezzi di acquisto delle farmacie, visto il valore commerciale dell’esercizio, sono proibitivi in Italia per un giovane farmacista che volesse diventare un titolare (sempre ben al di là del 100% del fatturato annuo), ragion per cui trattasi di mestiere che tende a tramandarsi di generazione in generazione.

È sotto gli occhi di tutti il fatto che le farmacie non siano punti al dettaglio di natura prettamente sanitaria, tendendo ad allargarsi nella vendita ad altri beni di consumo (dietetici, cosmetici, calzature ecc.). Inoltre, anche in campo sanitario, il “messaggio” lanciato attraverso la vendita di prodotti non supportati da evidenze scientifiche (per esempio, i farmaci omeopatici), e quindi non riconosciuti nell’ambito dei percorsi formativi della facoltà di farmacia, genera sicuramente ambiguità e contraddizione in merito al ruolo di “operatore sanitario” rivendicato a gran voce da Federfarma, tutta tesa a occultare quello di “operatore commerciale” del farmacista (legittimo, sia chiaro) che non giova all’immagine della categoria.

La farmacia è l’ultimo negozio in cui il consumatore/paziente italiano è costretto a entrare, non trovando sbocchi alternativi al bisogno di acquistare farmaci; ciò pone in posizione di evidente vantaggio commerciale il farmacista, in quanto il potenziale cliente deve necessariamente entrare nel suo negozio quando abbisogna di farmaci e si rende quindi “disponibile” anche all’acquisto di altri tipi di prodotti di carattere più voluttuario; anche (se non soprattutto) per questo motivo, è immaginabile che la categoria dei farmacisti titolari abbia fino a oggi opposto resistenza a oltranza di fronte a qualsiasi possibilità di minare il monopolio per qualunque tipo di farmaco (caso limite l’ossigeno liquido che, com’è facilmente intuibile, non ha alcuna caratteristica in comune con un farmaco tradizionale, al di là del fatto di essere riconosciuto come tale dalla farmacopea ufficiale).

La necessità di una distribuzione geograficamente regolamentata delle farmacie è andata storicamente scemando nel tempo con l’evolversi delle abitudini dei consumatori, sempre più disponibili a spostarsi con mezzi propri e a passare periodi di tempo consistenti negli ipermercati, potendo ivi acquistare qualsiasi bene (eccetto i farmaci).

L’acquisto di farmaci per disturbi lievi (i cosiddetti farmaci da banco) non sembra trovare nel farmacista tradizionale un “baluardo” particolare contro eventuali abusi: al di là delle dovute eccezioni negli atteggiamenti dei singoli operatori, è evidente che i farmaci da banco fanno parte del fatturato potenziale di una farmacia (e, quindi, più se ne vende, meglio è) e il farmacista tende commercialmente a “spingere” i prodotti sui quali ha un ricarico maggiore (tipicamente quelli di marca). Piuttosto, disturba molto la categoria l’ipotesi di dovere applicare sconti ai consumatori, come la controversa esperienza dell’oramai famoso “decreto Storace” ha confermato (D.L. 20 maggio 2005).

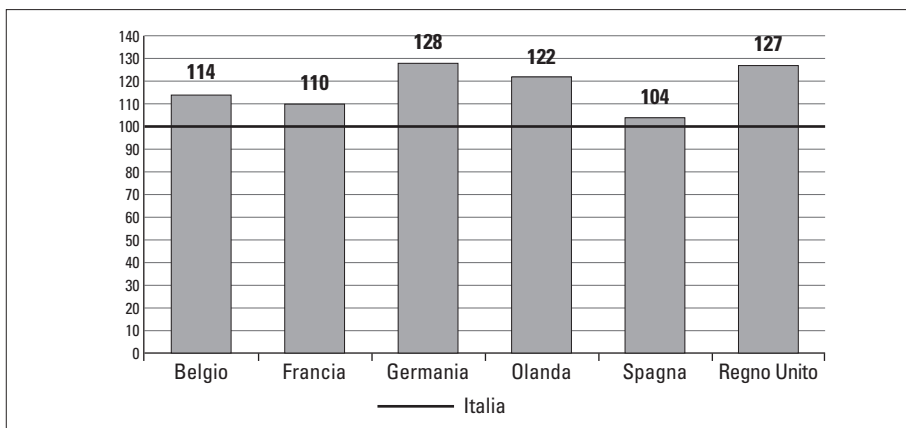
## **Sistema Sanitario Nazionale**

Anche le modalità attuali di remunerazione del servizio che le farmacie erogano a favore del SSN (per i farmaci prescritti con ricetta e rimborsabili) destano numerose perplessità sotto il profilo economico.

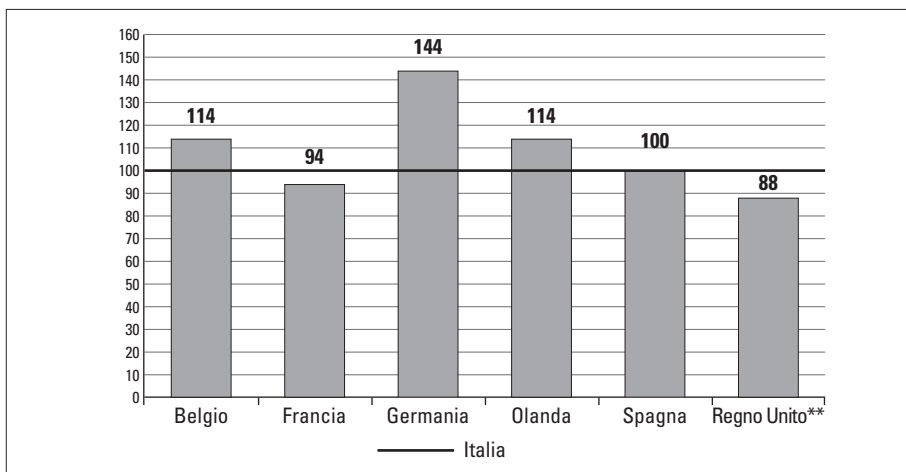
Da uno studio recentemente condotto dal CESAV (Centro di Economia Sanitaria dell’Istituto Mario Negri), un confronto europeo di prezzi (riferito al 2004) sui venti farmaci più venduti in Italia ancora coperti da brevetto in tutta Europa<sup>1</sup>,

è emerso che l'Italia ha mediamente i prezzi "ricavo industria" più bassi (Fig. 2), seguita da Spagna e Francia, paesi che hanno comunque prezzi relativamente più contenuti rispetto a Germania e Regno Unito (le nazioni europee storicamente caratterizzate da una sostanziale assenza di controllo dei prezzi dei singoli farmaci da parte delle Autorità pubbliche).

**Fig. 2 – Prezzi medi ex-factory espressi in numeri indice (Italia = 100), calcolati su un campione di 20 farmaci sotto brevetto (2004)**



**Fig. 3 – Prezzi medi al pubblico\* espressi in numeri indice (Italia = 100), calcolati su un campione di 20 farmaci sotto brevetto (2004)**



\*Prezzo al pubblico = prezzo ex-factory + margini alla distribuzione + IVA.

\*\*Il margine alla farmacia non è incluso nel prezzo al pubblico.

Aliquote IVA: Italia 10%, Belgio 6%, Francia 2,1%, Germania 16%, Olanda 6%, Spagna 4%, Regno Unito 0%.

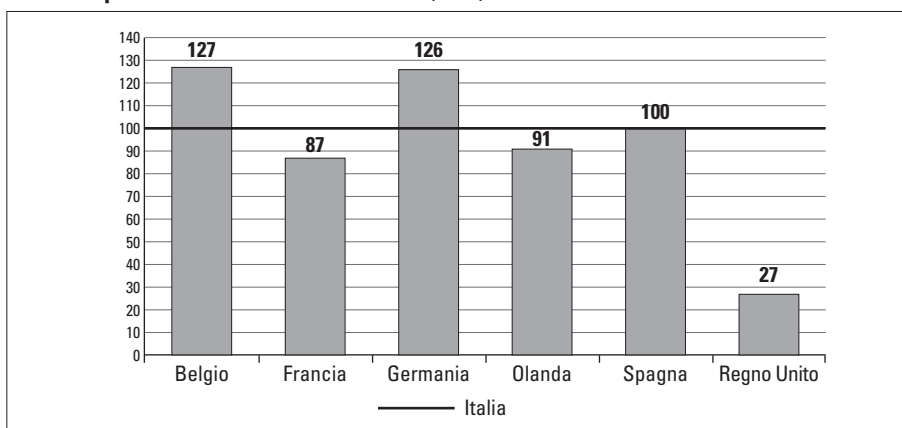
<sup>1</sup> Vedasi Cornago e Garattini, 2005, Politiche dei farmaci innovativi in Europa a confronto, "Il Sole

24 Ore" inserto "Sanità", 19-25 aprile, pag. 16.

Tuttavia, spostando l'attenzione sui prezzi al pubblico (Fig. 3), la situazione osservata risulta alquanto diversa. Il prezzo al pubblico include, oltre al ricavo industria, il margine lordo riconosciuto per legge alla distribuzione (grossista e farmacista) e l'IVA. La discrepanza fra i confronti dei prezzi ricavo industria e quelli al pubblico è in parte dovuta alla tassazione, in quanto l'IVA è applicata con aliquote molto variabili da un paese all'altro, oscillando fra 16% in Germania e 0% nel Regno Unito. Il fattore che però incide maggiormente sui divari fra prezzi *ex factory* e quelli al pubblico è sicuramente il margine riconosciuto per legge alla distribuzione (grossisti e farmacie), ragion per cui risulta molto interessante il confronto mostrato nella Fig. 4.

Tale confronto è stato effettuato sui margini medi alla distribuzione, calcolati al netto degli eventuali sconti obbligatoriamente previsti a favore dei

**Fig. 4 – Margini netti medi alla distribuzione espressi in numeri indice (Italia = 100), calcolati su un campione di 20 farmaci sotto brevetto (2004)**



Sistemi Sanitari Nazionali. Come si può notare, solo Belgio e Germania hanno margini netti più elevati dell'Italia; la Spagna ha margini sostanzialmente equivalenti, mentre Francia (caratterizzata rispetto all'Italia da una densità di farmacie decisamente più elevata e da un margine alla distribuzione più regressivo), Olanda e soprattutto Regno Unito (nazioni in cui è assente il monopolio distributivo delle farmacie) hanno margini più contenuti. Quindi, la capacità negoziale delle nostre Autorità centrali nel contrattare i prezzi con le aziende farmaceutiche viene in qualche modo "annullata" dagli alti margini riconosciuti da parte del SSN alla filiera distributiva.

In realtà, il margine alla distribuzione proporzionale al prezzo trova scarsa giustificazione anche a livello commerciale, a prescindere dall'entità della percentuale riconosciuta. Infatti, le farmacie sono fra i negozi quotidianamente più distribuiti al mondo da parte dei grossisti (da un minimo di 2-3 volte per gli esercizi più isolati, addirittura a 5-6 volte al giorno per le farmacie metropolitane nel

nostro paese), ragion per cui i costi di scorta (gli unici che giustificerebbero un margine proporzionale al prezzo di acquisto) sono praticamente inesistenti. Sarebbe sicuramente più logico passare a una remunerazione per prestazione (cioè una quota fissa per ricetta) per ricompensare il servizio di pubblica utilità delle farmacie, possibilmente da non includere nei prezzi al pubblico, per non distorcere i valori di questi ultimi (come accade da sempre nel Regno Unito).

## Conclusioni

L'analisi fin qui effettuata porterebbe a concludere che il cambiamento in atto è più che auspicabile dal punto di vista economico e dovrebbe andare ben al di là della possibile vendita di farmaci da banco nei supermercati, includendo anche la modifica radicale dell'attuale sistema di remunerazione dei farmaci rimborsabili e la possibilità di dispensare i farmaci con ricetta al di fuori delle farmacie. Se le considerazioni di carattere economico non lasciano molti dubbi in proposito, è doveroso interrogarsi ulteriormente su quelle sanitarie, affatto secondarie nella questione. Quali sono i rischi sanitari insiti in un processo di "liberalizzazione radicale" della distribuzione farmaceutica? Quali possibili abusi nell'utilizzo dei farmaci può comportare l'apertura alla grande distribuzione? Trattasi anche dello slogan più utilizzato dai "conservatori" per porre in guardia contro la liberalizzazione delle farmacie.

Se è apparentemente difficile rispondere a questo quesito e un rischio è comunque insito in qualsiasi cambiamento radicale, soprattutto in una materia così delicata come la salute, è opinione di chi scrive che tale dubbio venga sollevato in modo specioso, per non dire strumentale, in quanto tende a confondere il concetto di "professionista farmacista" con quello di "negoziante farmacia". Fra gli esperti del settore credo non siano in molti a mettere in discussione il primo quando si parla di monopolio, ma piuttosto il secondo. Radicalizzando, non viene messa in dubbio la presenza indispensabile del farmacista all'atto della dispensazione del farmaco: come del resto capita nelle nazioni in cui la liberalizzazione è già realtà, anche nei supermercati si reputa necessaria la presenza di un dipendente laureato in farmacia in qualità di responsabile del servizio farmaceutico ivi erogato. Ecco anche il motivo per cui non si vede perché, in prospettiva, non si possano dispensare al supermercato anche i farmaci con ricetta, prodotti che per definizione non possono essere esposti al grande pubblico; tali farmaci richiedono semplicemente un magazzino *ad hoc* che non può certamente rappresentare un problema nella struttura logistica di un supermercato. In ultima analisi, l'unico problema concreto è che il consumatore si abitui alla presenza di un "angolo farmacia" anche nei supermercati (né più né meno come capita nel caso di "banchi" come quelli di profumeria gestiti da un operatore specialista del settore), da considerarsi a tutti gli effetti un "esercizio di farmacia" utilizzabile anche dal SSN, in aggiunta al tradizionale "punto

farmacia” che potrebbe comunque essere posizionato anche all’interno di un centro commerciale (come accade già per negozi di altro tipo).

A livello teorico, è poi tutto da dimostrare che un dipendente di un supermercato, ancorché sottoposto ai classici incentivi finanziari aziendali sul fatturato, debba necessariamente comportarsi in modo lesivo nei confronti della salute pubblica più di quanto non accada per un titolare di farmacia, il quale è comunque un negoziante a tutti gli effetti e “vive e prospera” dei proventi del proprio esercizio commerciale. Nel caso specifico dei farmaci da banco, al di là di essere medicinali terapeuticamente “blandi” per definizione, è tutto da verificare anche il fatto che i consumatori siano così ingenui e sprovvisti da modificare le proprie abitudini una volta che tali prodotti siano disponibili sugli scaffali di un supermercato. Anche il supporto incondizionato a Federfarma quando si parla di questo tema da parte dell’associazione di categoria dell’industria dei farmaci da banco (Anifa), sembra riconducibile alla paura di vedere calare drasticamente i prezzi dei propri prodotti di marca (e quindi i propri profitti), analogamente a quanto è successo per altri beni di consumo *branded* con l’avvento della grande distribuzione. Quanto poi all’ulteriore osservazione che la liberalizzazione potrebbe mettere in discussione la presenza di farmacie nei luoghi più disagiati e quindi meno remunerativi per definizione, la risposta più logica, ancorché apparentemente astratta, è che i sistemi si possono governare anche per “eccezioni”, e non applicando “regole generali” per risolverle, che restringono in realtà le possibilità di scelta dei consumatori: infatti, trattandosi di situazioni sempre più rare sul territorio, perché non delegare a regioni e ASL (in nome della *devolution sanitaria*) la soluzione di eventuali problemi locali di dispensazione di farmaci, invece di affidarsi a leggi nazionali? Sembra logico prevedere soluzioni più efficaci nel caso in cui il *decision maker* conosca il bacino di utenza dove sorgono eventuali problemi, piuttosto che legiferare con standard territoriali astratti (per esempio, numero di farmacie per mille abitanti) e definizioni di tipologie di esercizi (per esempio, “farmacie rurali”) la cui adeguatezza può variare nello spazio e nel tempo.

Concludendo, è forse il caso di interrogarsi anche sulla possibilità che la liberalizzazione abbia benefici effetti occupazionali sul settore, quanto meno rendendo più stabili e gratificanti le posizioni professionali dei farmacisti che non hanno la fortuna di avere genitori e parenti come colleghi di categoria, ma qui mi fermo perché mi rendo conto di non riuscire più a identificare argomenti a sfavore della liberalizzazione.

Lasciamo allora che siano i consumatori a decidere i propri comportamenti e le proprie abitudini, confidando sul fatto che siano in grado di discernere gli operatori professionalmente più preparati e intellettualmente onesti, a prescindere dal fatto che si tratti di farmacisti titolari di esercizio o dipendenti di catene commerciali.