

Valutazione di impatto della riforma delle farmacie

Alcuni numeri in attesa del pacchetto "Guidi"

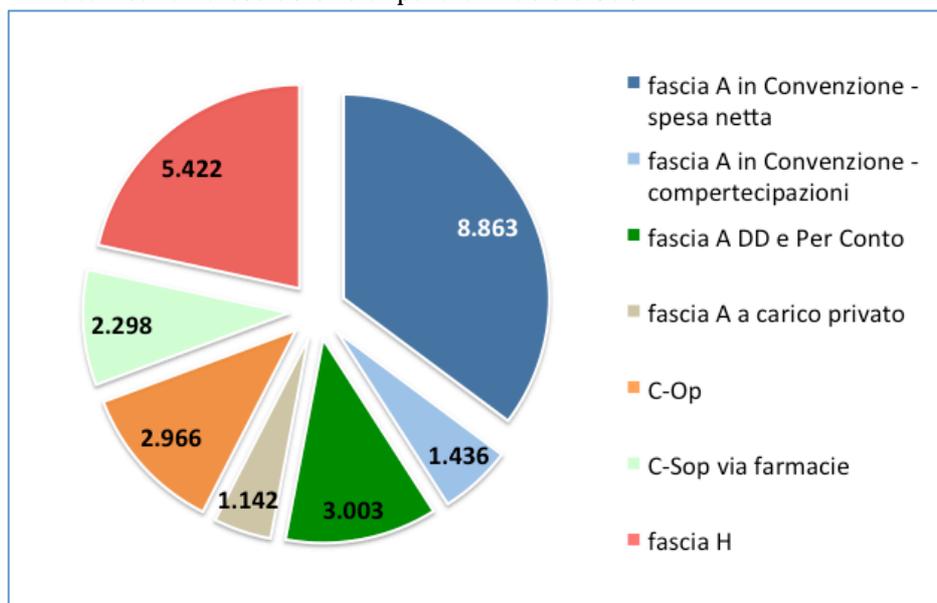
di Nicola C. Salerno

Che cosa succederebbe se si superassero i vincoli della pianta organica e dello *uniform price* (i.e. cancellazione del divieto di sconto) nella vendita al dettaglio dei farmaci di fascia "A" e di fascia "C-Op"? Qui si propone una quantificazione puntuale.

Nel 2013, la spesa farmaceutica convenzionata lorda di fascia "A" è ammontata a 11.226 milioni di Euro, che diventano 8.863 al netto delle compartecipazioni dei cittadini pari a 1.436 (558 in conto *ticket* e 878 in conto *reference pricing*) e dello sconto obbligatorio al Ssn (927). Il quadro della spesa lorda di fascia "A" è completato da 3.003 milioni di Euro maturati nei canali della distribuzione diretta e in-nome-e-per-conto, e da 1.142 miliardi di farmaci "A" a carico del privato (acquistati privatamente, non mutuati). In totale, la spesa pubblica lorda di fascia "A" è ammontata a 14.229 milioni di Euro, che diventano 11.866 al netto delle compartecipazioni dei cittadini. Nello stesso anno: la spesa farmaceutica di fascia "C" con prescrizione ("C-Op") è stata di 2.966 milioni di Euro; la spesa di fascia "C" senza prescrizione maturata nel canale delle farmacie ("C-Sop" comprendente anche i prodotti "C-Otc") è stata di 2.298 milioni di Euro; la spesa farmaceutica ospedaliera ("H" comprendente i farmaci utilizzati all'interno di Drg) è stata di 5.422 milioni di Euro. I dati sono di fonte OSMED, "L'uso del farmaci in Italia – Rapporto Nazionale 2013".

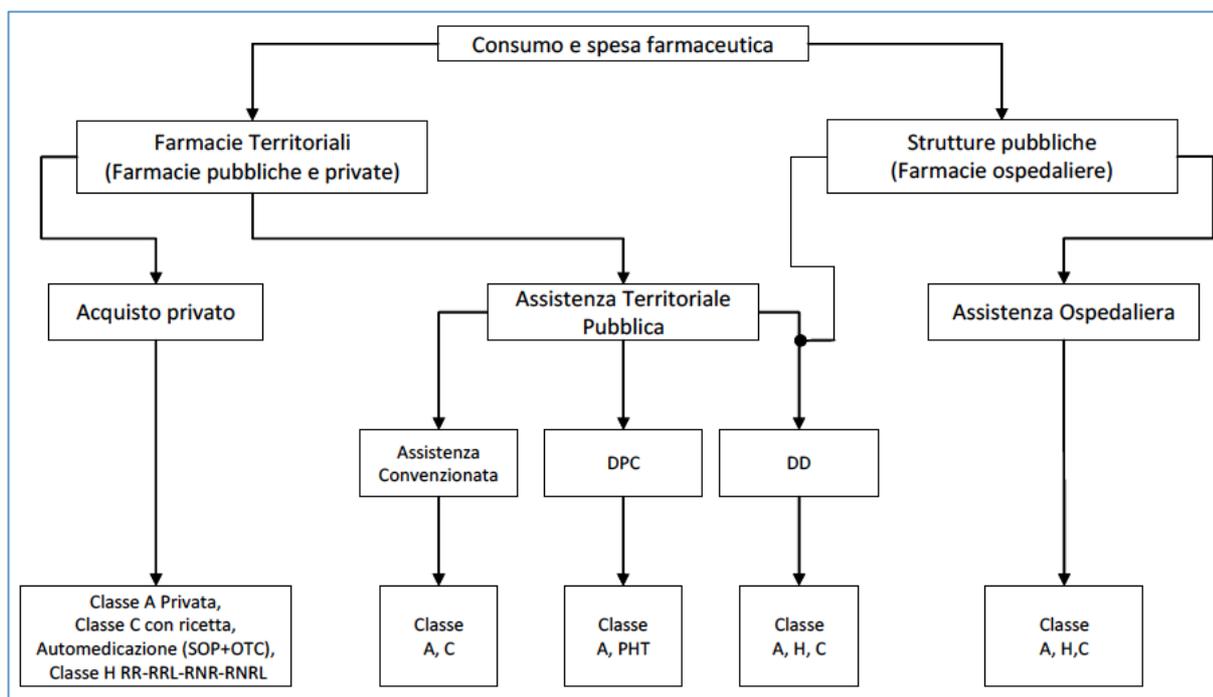
Spesa farmaceutica nel 2013, mln di Euro

Tutti i canali a esclusione di parafarmacie e Gdo



fonte: elab. Ncs su dati OSMED (2014)

Per rendere più agevole la lettura dei dati, si riporta di seguito uno schema del piano dei conti adottato da OSMED per la classificazione della spesa farmaceutica. Sono compresi tutti i canali di distribuzione a esclusione di parafarmacie e grande distribuzione organizzata:



fonte: OSMED (2014)

Il comparto dei prodotti Sop, inclusi i canali extra farmacia, può essere approfondito su dati di fonte ANIFA, *“Il mercato farmaceutico non-prescription in Italia nel 2013”*.

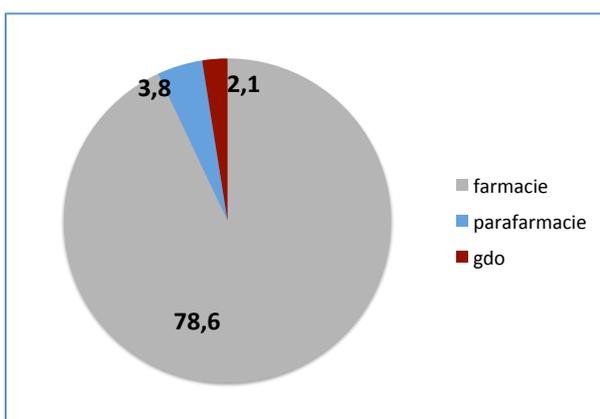
A quasi dieci anni dalla riforma “Bersani” che ha permesso la vendita dei prodotti Sop nelle parafarmacie e nella Gdo, oltre il 90% del mercato, sia in volumi che in valori, continua a passare per il canale delle farmacie tradizionali. Sui Sop non da automedicazione (i Sop non appartenenti alla sottocategoria degli Otc), nel 2013 le farmacie hanno coperto il 93% delle vendite in volumi e il 94,5 in valore. Sugli Otc le percentuali si riducono un po’ ma restano sempre preponderanti: poco meno di 91% in volumi e poco meno di 92% in valore.

Il secondo canale per importanza, anche se ben staccato dalla distribuzione tradizionale, è quello delle parafarmacie: sui Sop-non-Otc le parafarmacie hanno realizzato una quota di mercato pari a 4,5% in volumi e 4% in valore, che sugli Otc diventano, rispettivamente, poco meno di 5,6% e quasi 5,4%.

È rimasto circoscritto e sotto le attese l’impegno della Gdo: sui Sop-non-Otc circa 2,1% del mercato in volumi e circa 1,6% in valore, che sugli Otc diventano, rispettivamente, 3,7% e poco più di 2,9%. Un colpo d’occhio complessivo è offerto dai grafici alle pagine seguenti.

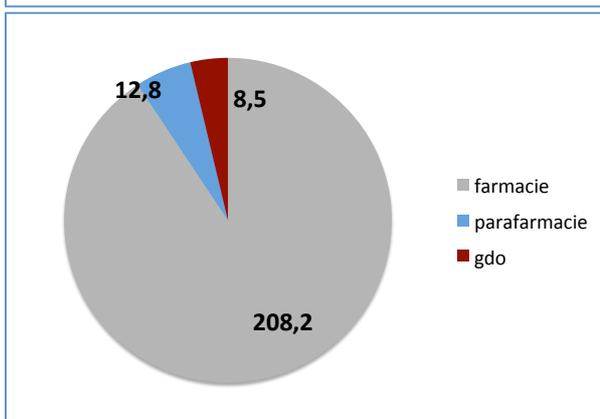
Se si analizza l’andamento delle quote di mercato tra il 2007 e il 2013 (dati di fonte ANIFA, cit.) emerge che, dopo un primo impatto di rilievo (tra il 2006 e il 2007 3,5 p.p. di mercato passati al di fuori del canale delle farmacie, altri 3,3 p.p. tra il 2007 e il 2008), i successivi progressi sono stati molto più lenti (tra il 2011 e il 2012 c’è anche un lieve recupero della canale tradizionale a scapito della Gdo).

Dimensioni del mercato per canale distributivo



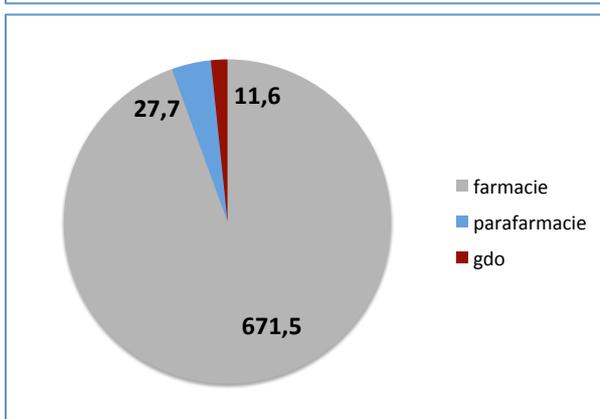
Fascia C-Sop

Farmaci Sop non da automedicazione
Volumi in mln. di confezioni



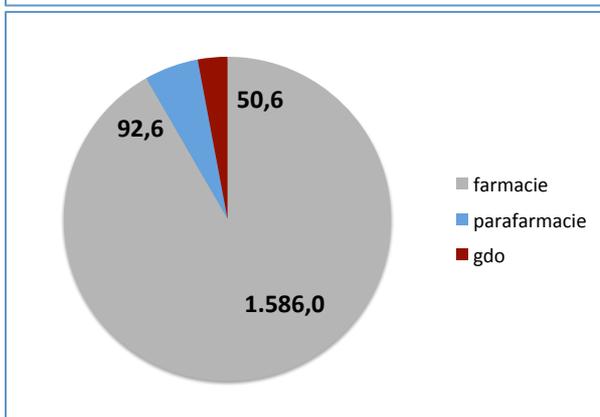
Fascia Cbis-Sop (cd. Otc)

Farmaci Sop da automedicazione
Volumi in mln. di confezioni



Fascia C-Sop

Farmaci Sop non da automedicazione
Valori in mln. di Euro (vendite al pubblico)

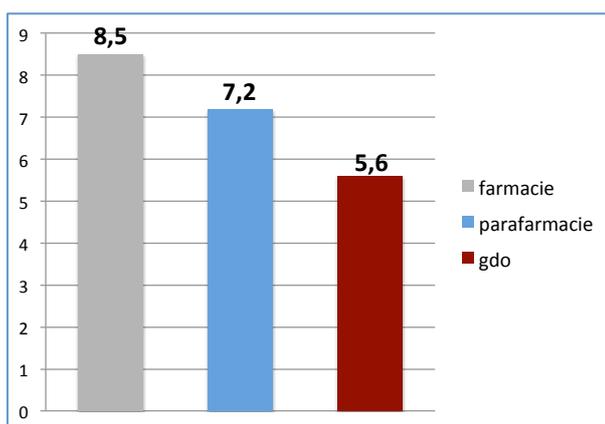


Fascia Cbis-Sop (cd. Otc)

Farmaci Sop da automedicazione
Valori in mln. di Euro (vendite al pubblico)

fonte: elab. Ncs su dati ANIFA (2014)

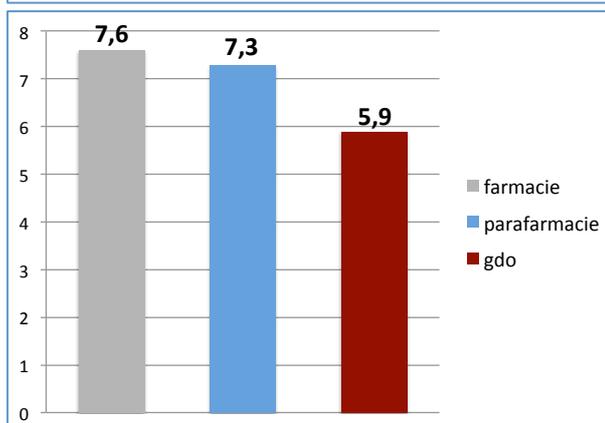
Prezzi medi al consumo per canale distributivo



Fascia C-Sop

Farmaci Sop non da automedicazione

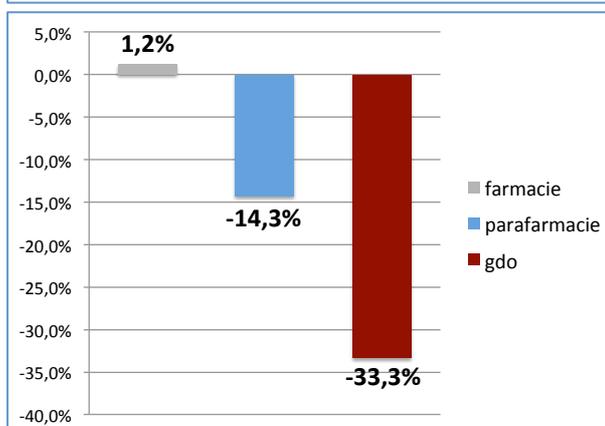
Prezzi medi per confezione in Euro



Fascia Cbis-Sop (cd. Otc)

Farmaci Sop da automedicazione

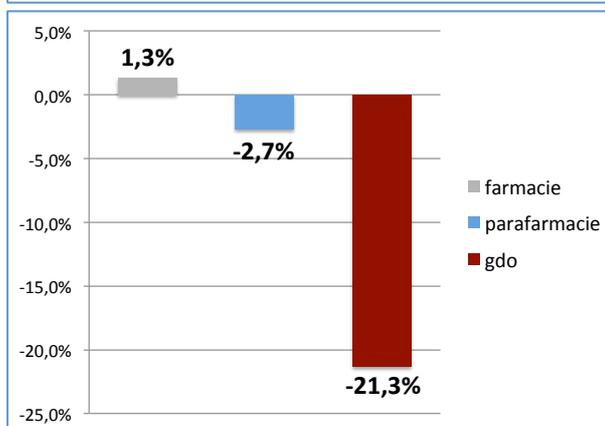
Prezzi medi per confezione in Euro



Fascia C-Sop

Farmaci Sop da automedicazione

Scarti % di prezzo medio per canale distr.
(scarti vs. media complessiva di mercato)



Fascia Cbis-Sop (cd. Otc)

Farmaci Sop da automedicazione

Scarti % di prezzo medio per canale distr.
(scarti vs. media complessiva di mercato)

fonte: elab. Ncs su dati ANIFA (2014)

Riepilogo degli effetti della riforma della distribuzione al dettaglio (dati 2013)

fascia "A"	<p>spesa territoriale lorda = 14.229 Euro/mln. spesa territoriale netta = 11.866 Euro/mln. spesa territoriale convenzionata lorda = 11.226 Euro/mln. spesa territoriale convenzionata netta = 8.863 Euro/mln.</p>
fascia "C-Op"	spesa a carico cittadini = 2.966 Euro/mln.
fascia "A" a carico del privato	spesa a carico cittadini = 1.142 Euro/mln.
<p>Effetto 1 rimozione della pianta organica e dello uniform price nazionale sui prodotti di fascia "A" in convenzione</p>	<p>risparmi strutturali stimabili nella forchetta</p> <p>min 15% * 11.226 - 927* = ca. 750 Euro/mln. max 30% * 11.226 - 927 = ca. 2,5 Euro/mln.</p> <p>* 927 Euro/mln. è lo sconto obbligatorio già esistente e che sarebbe incorporato nelle scelte di libero sconto</p>
<p>Effetto 2 farmaci "C-Op" vendibili in parafarmacia e in corner Gdo</p>	<p>risparmi strutturali per i cittadini stimabili nella forchetta</p> <p>min 15% * 2.966 Euro/mln = ca. 450 mln/Euro max 30% * 2.966 Euro/mln = ca. 890 mln/Euro</p>
<p>Effetto 3 la riduzione di spesa in fascia "A" si estende anche ai farmaci acquistati privatamente</p>	<p>risparmi strutturali per i cittadini stimabili nella forchetta</p> <p>min 15% * 1.142 Euro/mln = ca. 170 mln/Euro max 30% * 1.142 Euro/mln = ca. 340 mln/Euro</p>
<p>Effetto 4 se la riduzione spesa privata Effetto2+Effetto3 fosse di 600 milioni di Euro, queste risorse ...</p>	<p>... unite ai 558 milioni di Euro di <i>ticket</i> già esistenti, renderebbero possibile disegnare un copay proporzionale pari in media a:</p> <p>8% dei farmaci "A" netti di RP* (13.396 Euro/mln.) 6% dei farmaci "A" netti di RP e "H" (18.818 Euro/mln.)</p> <p>* RP = controvalore del <i>reference pricing</i></p>
<p>Effetto 5 il copay percentuale in fascia "A" ...</p>	<p>... permetterebbe di trasmettere stimoli pro concorrenziali a monte della filiera ai produttori, favorendo la diffusione delle copie più economiche nel comparto <i>off-patent</i></p>
Combinazione dinamica dei 5 Effetti	<p>la riforma della distribuzione non riguarda solo le farmacie ma coinvolge anche i produttori e il funzionamento degli strumenti di regolazione (<i>copay</i> e <i>reference pricing</i>)</p>

Effetto 1 + Effetto 2 + Effetto 3 = "valore" della pianta organica

fonte: elab. Ncs | www.reforming.it su OSMED (2014) e ANIFA (2015)

Per quanto riguarda i prezzi al consumo praticati dai tre canali di distribuzione, nel 2013 gli scarti più ampi sono emersi nel comparto Sop-non-Otc, dove le parafarmacie hanno mediamente praticato sconti di circa il 15% rispetto alla farmacia tradizionale, percentuale che ha superato il 33% nel confronto tra Gdo e farmacia tradizionale. Scarti più contenuti nel comparto Otc, dove le parafarmacie hanno commercializzato con uno sconto medio di circa il 3% rispetto alle farmacie, percentuale che ha superato il 21% nel confronto tra Gdo e farmacia tradizionale.

Si tratta di un *range* di sconto che si era già manifestato all'indomani del decreto "Bersani" (tra il 2006 e il 2007) e che, nel suo ordine di grandezza, si è grossomodo mantenuto nel tempo, nonostante i volumi canalizzati al di fuori delle farmacie siano rimasti contenuti (al di sotto del 10% del mercato).

Che cosa accadrebbe se fosse cancellata la pianta organica delle farmacie e fosse permesso a ciascun esercizio di praticare liberamente sconti sul prezzo di vendita al consumo, fermo restando il limite di prezzo massimo al consumo sul territorio nazionale (fissato al momento dell'ammissione al rimborso), e fermo restando che il singolo esercizio deve praticare lo stesso trattamento a tutti i cittadini-acquirenti?

Con la riforma "Bersani" (che ha completato la precedente "Storace"), la liberalizzazione della vendita dei farmaci Sop altro non è stata se non la rimozione della pianta organica e dello *uniform price* su questo specifico comparto di prodotti. Dal 2007 in poi è stato possibile osservare sperimentalmente l'effetto della eliminazione delle strozzature alla vendita, che si è potuta svolgere anche al di fuori delle farmacie tradizionali, sotto il vincolo della presenza di farmacista abilitato e nel rispetto delle regole di qualità e sicurezza degli spazi.

Effetto 1 - Fascia "A" in convenzione

Nel comparto dei prodotti Sop non da automedicazione - quello più *borderline* con i farmaci a prescrizione obbligatoria - la liberalizzazione della vendita ha fatto emergere sconti sui prezzi al consumo compresi nella forchetta 15%-30%. Se applicata *tel quel* alla spesa convenzionata lorda di fascia "A" (11.226 Euro/mln., dato ultimo del 2013)¹, questa forchetta riporta potenziali risparmi compresi tra 1,7 e 3,4 miliardi di Euro all'anno. Da questi valori deve esser sottratto lo sconto obbligatorio che le farmacie già corrispondono al Ssn e che, in un contesto liberalizzato, sarebbe incorporato nello sconto praticabile liberamente. Al netto dello sconto obbligatorio, la forchetta dei risparmi strutturali è stimabile in 750 - 2.500 milioni di Euro (cfr. tavola pag. 5). Ordini di grandezza importanti, e non solo adesso che economia e finanza pubblica sono in affanno. Parafarmacie e *corner* Gdo hanno già l'obbligo di dotarsi di tutti i requisiti - di capitale umano e strumentale - esistenti nella farmacia tradizionale. La forchetta di sconto osservata sui Sop può, proprio per questa ragione, essere traslata in fascia "A" senza

¹ Si considera la possibilità di sconto solo sulla spesa convenzionata, escludendo la spesa che matura nel canale diretto e in quello in-nome-e-per-conto. La spesa è quella lorda, corrispondente al venduto al consumo, indipendentemente da come il suo finanziamento si scompone in quota a carico del Ssn (8.863 Euro mln.), quota a carico delle compartecipazione dei cittadini (1.438), quota riassorbita con lo sconto obbligatorio che, ai fini delle computazioni, è riassorbito nello sconto praticabile liberamente. La distribuzione diretta avviene attraverso le farmacie ospedaliere, dove non vale l'assetto regolatorio delle farmacie territoriali. In realtà, effetti indiretti del superamento della pianta organica e dello *uniform price* si potrebbero avere anche nel canale in-nome-e-per-conto, come risultato del minor poter contrattuale della singola farmacia rispetto alla Asl o alla Ao che fa domanda del servizio in-nome-e-per-conto. Per prudenza, tuttavia, si esclude anche la spesa che matura nel canale in-nome-e-per-conto.

timore di trascurare differenze nei costi operativi (fissi e variabili) che altrimenti richiederebbero diversa copertura nei prezzi di vendita. Volendo, per prudenza, fare riferimento alla percentuale di sconto fatta registrare solo dalle parafarmacie (15%), il *lower bound* dei risparmi in fascia "A", 750 milioni di Euro all'anno, continua a rimanere significativo. Un termine di paragone può essere la capitalizzazione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, che ogni anno affronta problemi di capitalizzazione e che non supera i 400 milioni di Euro con forte probabilità di subire riduzioni già del prossimo anno.

Effetto 2 - Fascia "C-Op"

Alla razionalizzazione appena prospettata se ne potrebbe aggiungere un'altra. Se i farmaci di fascia "C-Op" divenissero dispensabili - come tra l'altro auspicato ormai da anni dall'Agcm - anche al di fuori del canale tradizionale (nelle parafarmacie e nei *corner* della Gdo purché sempre con la salvaguardia della presenza *in loco* di un farmacista abilitato), e se su di loro fosse praticabile il libero sconto, la spesa a carico dei cittadini potrebbe ridursi di un ammontare annuo compreso tra 450 e 890 milioni di Euro. Questi ordini di grandezza risultano dall'applicazione della forchetta di sconto 15%-30% alla spesa di fascia "C-Op" (2.966 Euro/mln., dato ultimo del 2013). Ovviamente la cancellazione della pianta organica e dello *uniform price* in fascia "A" può combinarsi con la liberalizzazione della vendita dei farmaci di fascia "C-Op" al di fuori delle farmacie tradizionali². Gli effetti si sommerebbero. L'ampliamento delle categorie di prodotti canalizzabili al di fuori della farmacia tradizionale darebbe nuovo impulso all'apertura di parafarmacie e *corner* Gdo, così rendendo concretizzabili sconti anche superiori alla forchetta osservata nel 2013 e negli anni precedenti. Su canali di vendita che fanno dell'efficienza e della concorrenza *à la Bertrand* (concorrenza di prezzo) i loro punti di forza, l'aumento dei volumi è condizione necessaria per poter funzionare bene, con effetti positivi che si estenderebbero anche alla vendita dei farmaci Sop che già può avvenire al di fuori delle farmacie. Se avessero intermediato volumi più ampi, probabilmente le parafarmacie avrebbero potuto praticare sconti medi superiori al 15%, collocandosi su valori intermedi della forchetta 15%-30% (un po' più vicino allo sconto medio praticato dei *corner* della Gdo).

Effetto 3 - Fascia "A" acquisti privati

Anche i prodotti di fascia "A" acquistati privatamente sarebbero interessati dalla rimozione della pianta organica e dello *uniform price*. Applicando, come in precedenza, la forchetta di sconto 15%-30%, emergono potenziali risparmi per le famiglie compresi tra 170 e 340 milioni di Euro all'anno. Considerata la natura strutturale dei risparmi, anche questo è un ordine di grandezza rilevante sul piano di policy.

Effetto 4 - Risparmi complessivi per le famiglie

In totale, dalla riforma della fascia "A" (Effetto 3) della fascia "C-Op" (Effetto 2) si libererebbero risorse in una forchetta di circa 600 - 1.200 milioni di Euro all'anno all'interno dei bilanci delle famiglie. Sarebbe una boccata di ossigeno importante soprattutto alla luce della sua structuralità. E se si hanno dubbi sull'entità di queste risorse, paragonate per esempio al costo fiscale del bonus di 80 Euro che è stimato esser significativamente più alto, un termine di paragone efficace può essere di nuovo il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, che per tanti anni non ha più ricevuto capitalizzazione e che nel 2014 ha

² Permettere la vendita dei prodotti di fascia "C-Op" nelle parafarmacie e nei *corner* della Gdo equivale tout court a eliminare, per questo comparto di farmaci, la pianta organica. Non ci sarebbe più contingentamento dei punti di offerta.

contato per 250 milioni, nel 2015 conterà per 400 milioni senza sicurezza di poter restare a questo livello anche negli anni successivi perché mancano fonti di copertura strutturali³. Se si hanno in mente queste grandezze, anche il solo *lower bound* della forchetta dei risparmi (600 milioni di Euro all'anno), rivela la sua importanza sul piano della policy e per gli equilibri del welfare system.

Effetto 4 - Ridisegno del copay

Se anche si considerano i soli *lower bound* dei risparmi ottenibili dall'Effetto 3 e dall'Effetto 2, i 600 milioni di Euro all'anno risparmiabili in fascia "A" ad acquisto privato e in fascia "C-Op" potrebbero avere anche un'altra destinazione. Quello spazio creato nei bilanci delle famiglie potrebbe sostenere la revisione dello schema delle compartecipazioni ai costi (*copay*) dei prodotti di fascia "A" a carico del Ssn. Unite ai 558 milioni di Euro dei *ticket* già esistenti (ultimo dato del 2013)⁴, le nuove risorse concorrerebbero a creare le basi per l'introduzione di un *copay* in percentuale del prezzo del farmaco che in media potrebbe valere l'8% circa: il rapporto tra, da un lato, 1.158 milioni di risparmi e, dall'altro, la spesa di fascia "A" al netto del reference pricing, pari a $14.229 - 833 = 13.396$ milioni di Euro⁵. Una sintesi degli effetti è nella tavola a pagina 5. Come parte del disegno del nuovo strumento regolatorio, la percentuale andrebbe coniugata con esenzioni e abbattimenti per tener conto di situazioni economiche e sanitarie del singolo cittadino e del suo nucleo familiare (anche con uno specifico riferimento all'Ise-Isee). La sistematizzazione del *copay* offrirebbe anche la possibilità di risolvere la frammentazione e l'irrazionalità con cui questo strumento è stato applicato nelle Regioni e addirittura a livello sub regionale nell'ultimo quindicennio, uno degli "effetti collaterali" della incompiuta riforma federalista.

Si potrebbe prendere in considerazione anche un'altra ipotesi: quella di introdurre un *copay* percentuale non solo sulla fascia "A" ma anche sulla fascia "H" (dando separata evidenza del costo del farmaco all'interno dei costi complessivi del Drg). In tal caso il *copay* potrebbe valere in media il 6% circa: il rapporto tra, da un lato, 1.158 milioni di risparmi e, dall'altro, la somma della spesa di fascia "A" al netto del reference pricing e della spesa di fascia "H", pari a $14.229 - 833 + 5.422 = 18.818$ milioni di Euro. Si reperirebbero le risorse strutturali per finanziare uno strumento di *governance* (controllo della spesa, trasparenza, responsabilizzazione della struttura curante) di cui la spesa farmaceutica ospedaliera è rimasta priva. Ovviamente, se sul fronte della fascia "A" sono necessarie cautele per tener conto delle condizioni economiche e sanitarie del paziente e del suo nucleo familiare, tanto più importanti queste cautele diventano in fascia "H", perché i farmaci utilizzati nei Drg possono raggiungere costi anche molto elevati. Il disegno del *copay* percentuale dovrà tenerne necessariamente conto (con franchigie, abbattimenti, oppure anche differenziando la percentuale applicabile sulla spesa "A" da quella applicabile in "H").

³ Dal sito istituzionale dell'Inail:

<http://www.superabile.it/web/it/REGIONI/Lazio/News/info-179212294.html>,

http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Superabilex/News/info-859751360.html,

http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Superabilex/Inchieste_e_dossier/info-179210249.html.

⁴ I 558 milioni si riferiscono al ticket propriamente detto. Vi si devono aggiungere, per completare il quadro delle compartecipazione dei cittadini alla spesa di fascia "A", 878 milioni di Euro derivanti dall'applicazione del reference pricing sui prodotti off-patent.

⁵ Il *copay* percentuale interesserebbe tutta la fascia "A", anche quella canalizzata per via diretta e in-nome-e-per-conto. La spesa su cui inciderebbe il *copay* sarebbe quella al netto di quanto già corrisposto come compartecipazione del cittadino attraverso il reference pricing.

Effetto 5 - Virtuosità sistemica

Il *copay* percentuale ha il pregio di rendere sensibili i pazienti-acquirenti rispetto al prezzo del farmaco, limitando il *moral hazard* che può manifestarsi nei contratti assicurativi (la rimborsabilità del farmaco "A" è il frutto della copertura assicurativa pubblica). I *ticket* a somma fissa, oggi in uso, non hanno questa proprietà. L'attenzione del paziente-acquirente a minimizzare la spesa trasmette stimoli pro concorrenziali a monte della filiera del farmaco, ai produttori, favorendo sia la diffusione delle copie più economiche nel comparto dei prodotti *off-patent*, sia la diversificazione del packaging (per adattarlo il più possibile alle durate prevalenti dei trattamenti). Più ricco e dinamico è il comparto degli *off-patent*, meglio funziona anche l'altro strumento di regolazione, il *reference pricing* (dove altrimenti si può manifestare quella che in letteratura è chiamata sclerosi del prezzo di riferimento). Da questo punto di vista, la riforma della distribuzione al dettaglio si pone come crocevia per rinnovare il disegno regolatorio della filiera del farmaco nel suo complesso, e per stimolare l'efficienza anche a livello dei produttori. La diffusione delle copie economiche (*branded* o *unbranded* non fa differenza, quello che conta è il *pricing*) aiuta il controllo della spesa e, a parità di risorse che il bilancio del Ssn può dedicare alla farmaceutica, permette una endogena rigenerazione delle stesse a favore dei prodotti innovativi, sia quelli di fascia "A" che quelli di fascia "H". È soprattutto in fascia "H" (i farmaci utilizzati nei Drg ospedalieri) che da tempo si stanno registrando le dinamiche di spesa più intense, con l'arrivo sul mercato di farmaci innovativi essenziali in trattamenti salvavita. Ammodernare ed efficientare la distribuzione territoriale è necessario anche per questo motivo, per ristrutturare l'allocazione delle risorse e renderla coerente coi fabbisogni.

Il Ministro Federica Guidi ha annunciato, alla fine del 2014, una nuova stagione di liberalizzazioni "[...] con l'obiettivo di rimuovere incrostazioni e rendite di posizione che da troppo tempo frenano crescita e occupazione".

Intervenendo alla "Giornata Europea della Concorrenza", organizzata dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato nell'Ottobre 2014, il Sig. Ministro ha sottolineato l'importanza della concorrenza per ridurre i prezzi, dare pluralità all'offerta, stimolare la diversificazione dei prodotti e l'innovazione⁶. *"Più che mai in questa delicata congiuntura economica dell'Europa, caratterizzata dalla esiguità delle risorse a disposizione dei Governi nazionali, si evidenzia l'importanza di una efficace azione, non solo di tutela, ma anche di promozione della concorrenza sui mercati. Spesso si tratta di riforme a costo zero, capaci di contribuire al rilancio dell'economia del continente"*.

La riforma della distribuzione al dettaglio dei farmaci è tra quelle a costo zero e il Ministro la ha inserita tra i punti in agenda. Non esistono motivazioni economiche / giuridiche / sanitarie per impedire che un farmacista laureato e abilitato possa avviare la propria farmacia, prodigandosi in positiva concorrenza con tutti gli altri. In Italia sono circa 80mila i farmacisti abilitati, contro le circa 17mila farmacie contemplate dalla pianta organica.

Un potenziale professionale e produttivo che i titolari *incumbent* tengono in disparte a danno dei cittadini e del Ssn. La copertura territoriale sarebbe, in potenza, quadruplicabile. E corrispondentemente si potrebbero abbattere in maniera sostanziale i costi dei turni di apertura straordinaria (notturna, festiva), spesso adottati dai titolari per giustificare

⁶ Qui l'intervento del Sig. Ministro: http://www.sviluppoeconomico.gov.it/images/stories/documenti/_antitrust_2014.pdf.

remunerazioni aggiuntive. Con l'ingresso di nuovi professionisti liberati dal peso della pianta organica, la turnazione potrebbe contare su un numero maggiore di esercizi ed esser più graduale e equilibrata nel corso dell'anno, con vantaggi anche sul piano della qualità.

Sono pretestuose tutte le difficoltà che le associazioni di categoria vanno, ormai da diverso tempo, rivendicando. La sostenibilità economico-finanziaria del servizio universale può essere costruita attraverso un meccanismo di remunerazione *ad hoc* solo per le farmacie in zone svantaggiate, senza distorcere le regole generali di svolgimento dell'attività che riguardano la maggior parte degli esercizi che in zone svantaggiate non sono. Inoltre, il presidio delle zone svantaggiate potrebbe diventare la finalità precipua cui dedicare la proprietà pubblica (comunale) degli esercizi, anche attraverso la creazione di reti di filiali di farmacie ospedaliere (collegate con gli ospedali più vicini).

Quanto alla giusta redditività dell'esercizio farmaceutico in sé (al di là delle zone svantaggiate), il rinnovamento delle condizioni produttive - con possibilità di *incorporation*, di creazione senza limitazioni di catene di esercizi, di apertura della proprietà anche a non farmacisti, di maturazione di economie di scala/scopo - testimonierebbe quanti opportunitismi si nascondono oggi dietro lo strumento della pianta organica⁷. Nella tavola a pagina 5, se si sommano i valori degli Effetti 1,2 e 3 si ha un ordine di grandezza delle risorse assorbite dalla pianta organica, della rendita di posizione degli *incumbent*.

Per di più, farmacie e farmacisti dovrebbero, nella prospettiva *multiservice* che adesso si è finalmente aperta, ricercare nuovi guadagni nelle prestazioni ad alto valore aggiunto che potranno fornire ai cittadini⁸, e che concorreranno a coprire i costi fissi e i costi congiunti di uno stesso esercizio aperto a coinvolgere e associare professionalità diverse per lavori in *equipe*. Si tratterebbe anche della riscoperta dei contenuti più medico-scientifici della professione di farmacista, con gratificazione per il capitale umano migliore e soprattutto per i giovani freschi di studi e di specializzazione.

In conclusione, una vera e strutturale razionalizzazione della *governance* della spesa farmaceutica non può prescindere dal profondo cambiamento della distribuzione al dettaglio. Da questo snodo passano anche gli sforzi per migliorare il livello di concorrenzialità e trasparenza delle imprese produttrici dei farmaci, e gli sforzi per dare *governance* e risorse più adeguate all'assistenza farmaceutica ospedaliera. Gli effetti della riforma andrebbero al di là della distribuzione, al di là delle farmacie.

Ci si augura che le valutazioni di impatto qui presentate possano aggiungere impulso ai lavori del Ministero dello Sviluppo Economico per scelte coraggiose e lungimiranti.

Ncs
e-mail: nicola.salerno@tin.it
twitter: [nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno)
+39 347 - 90.23.927

-La Nota è trasmessa alla Segreteria del Ministro Federica Guidi-

⁷ Cfr. "Le farmacie nel Diritto dell'Economia", disponibile su Reforming.it (<http://www.reforming.it/doc/298/le-farmacie-nel-diritto-dell-economia.pdf>).

⁸ Esami diagnostici, ritiro/consegna referti, servizio di prenotazione per visite ospedaliere, etc.. In prospettiva, il novero potrebbe anche aumentare, facendo della farmacia un centro ambulatoriale polispecialistico, collegato al Ssn e in collaborazione con il Ssn. È questa la sfida da cogliere per il futuro.