

Processi di liberalizzazione e funzioni di servizio pubblico: il caso delle farmacie rurali

Sintesi della ricerca

Nel Rapporto annuale dedicato al tema delle riforme strutturali e della crescita, l'Ocse segnala come la maggiore priorità per l'Italia sia oggi *la riduzione delle barriere regolamentari e amministrative alla concorrenza*¹. Una misura ritenuta centrale all'interno di una strategia che voglia riportare le dinamiche della produttività e del Pil pro-capite in linea con la media dei paesi industrializzati. A tal fine, si invita a dare piena attuazione ai provvedimenti di liberalizzazione avviati nel corso della passata legislatura.

L'argomento a favore delle liberalizzazioni è fra i più classici della teoria economica. Erodendo le posizioni di rendita create da una regolamentazione restrittiva, si accrescerebbe il grado di concorrenza, si restituirebbe al mercato la sua capacità allocativa, si promuoverebbero le produzioni più efficienti. Questi benefici sarebbero restituiti ai cittadini sotto forma di minori prezzi - ossia di una maggiore possibilità di consumo a parità di reddito - con un conseguente aumento del benessere sociale. Di qui l'attenzione che le politiche economiche dovrebbero prestare agli obiettivi di rafforzamento della concorrenza, tanto più in un paese come l'Italia, che nel confronto internazionale sembra caratterizzarsi per una minore apertura dei mercati interni.

Nella sua validità generale, l'argomento per le liberalizzazioni non è però privo di limiti, sia di ordine teorico, sia in merito alla sua attuazione pratica. La preferibilità, sotto il punto di vista del benessere sociale, di far sì che la fruizione di determinati servizi sia la più ampia possibile, può infatti configgersi con i criteri

¹ Oecd, *Goimg for Growth* 2011, Paris, April 2011.

di efficienza del mercato. Non c'è convenienza economica a portare la linea telefonica, o il collegamento ferroviario, in quelle aree marginali dove i ricavi delle vendite non possono raggiungere le dimensioni richieste per ammortizzare il costo dell'investimento. Un tema anch'esso di lunga data che, nell'ambito delle analisi sui servizi sanitari, ha trovato recenti sviluppi nella letteratura internazionale sui cosiddetti ospedali rurali. Mostrano, questi contributi, come sia elevata la probabilità che le semplici regole della concorrenza portino al ridimensionamento dei servizi offerti nelle aree territoriali periferiche, per risolversi in un eccesso di offerta nelle zone più densamente abitate². Va poi ricordato che, accanto ai molti casi scuola che danno conto dei benefici delle liberalizzazioni, vi sono comunque significativi episodi di segno opposto, che segnalano la perdita di benessere collegata a un disegno concorrenziale troppo approssimativo. L'esempio classico è rappresentato dall'esito della liberalizzazione del servizio ferroviario nel Regno Unito, che per molti anni ha drasticamente abbassato la qualità dell'offerta. Elemento ancora più importante, infine, è che non sempre, e non necessariamente, una riduzione dei prezzi di vendita rappresenta un veicolo per aumentare il benessere sociale, potendosi dare un sistema di preferenze in cui troppo elevato sia il rischio derivante da un eccesso di consumo. E questo sembra senz'altro essere il caso dei servizi sanitari, vuoi per l'ammontare di risorse pubbliche assorbite, vuoi per le conseguenze perniciose di un consumo non congruo³.

L'insieme di questi argomenti, pro e contro i processi di liberalizzazione, deve essere tenuto nel debito conto quando si analizzano le questioni relative al mercato della distribuzione finale dei prodotti farmaceutici. A partire dal fatto che le farmacie sono fra i soggetti a cui è demandata l'attuazione del principio costituzionale per cui "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*".⁴. Considerando poi che, in questo specifico caso, il beneficio derivabile da una riduzione di prezzi di vendita sembra insussistente. Perché i prezzi dei farmaci non sono liberi, ma regolamentati *ab origine* dagli organi di controllo pubblico, e dunque non influenzabili dall'apertura del mercato. E perché, anche limitandosi ai possibili effetti sui farmaci da banco o sui prodotti in fascia C, è

² Vedi, per esempio, J.R. Horwitz, A. Nichols, *Rural hospital ownership: Medical service provision, market mix and spillover effects*, NBER, Working Papers, n.16926, April 2011

³ La compartecipazione alla spesa è la strada abitualmente seguita per ripristinare un qualche collegamento funzionale fra la fruizione dei servizi e il loro costo, essendovi larga evidenza sull'eccesso di consumo che si determina nel caso di prestazioni interamente a carico del bilancio pubblico.

⁴ Costituzione della Repubblica italiana, articolo 32.

tutt'altro che dimostrato che un maggior consumo, stimolato da minori prezzi, sia equivalente a un aumento del benessere sociale. Essendo tra l'altro noto che in Italia esiste il problema di come limitare un eccessivo utilizzo dei farmaci e non il contrario.

Prescindendo allora dall'argomento prezzi, tre sono le domande cruciali che dobbiamo porci, per verificare quanto l'attuale assetto della distribuzione finale sia confacente al dettato costituzionale: la diffusione sul territorio delle farmacie è sufficientemente capillare? La fruibilità del servizio farmaceutico è adeguata? L'occupazione del settore è limitata a causa delle regole che amministrano l'apertura degli esercizi farmaceutici? Se la risposta a queste domande fosse negativa, dovremmo quindi chiederci se e come le misure di liberalizzazione possano aiutare a definire un equilibrio migliore dal punto di vista del benessere sociale o, per meglio dire, del diritto alla salute dei cittadini.

La presente ricerca si concentra sulla prima delle domande sopra richiamate, ossia sulla capillarità della presenza delle farmacie sul territorio, valutando se il superamento della pianta organica porterebbe a una configurazione più efficiente.

Il primo dato che viene al riguardo richiamato è probabilmente noto agli addetti ai lavori - è d'altronde facilmente ricavabile dalle statistiche ufficiali - ma poco percepito dalla pubblica opinione: la diffusione delle farmacie è, in Italia, in tutto e per tutto paragonabile alla media europea (Tabella 1). C'è nel nostro paese una farmacia ogni 3.374 abitanti, a fronte di un valore medio europeo di 3.323. Fra le grandi nazioni, solo in Francia si registra una maggiore diffusione (una farmacia ogni 2.849 abitanti); minore è la presenza in Germania e Regno Unito (rispettivamente, una farmacia ogni 3.796 e 4.715 abitanti). Non sembra quindi corrispondere a verità un luogo comune, pure abbastanza diffuso, per cui, a causa di un eccesso di regolamentazione, in Italia ci sarebbero troppo poche farmacie.

Di particolare significato sono inoltre i dati di livello territoriale, che mostrano come il numero di farmacie per abitante sia notevolmente superiore alla media in molte delle regioni caratterizzate da condizioni orografiche difficili e dalla prevalenza di piccole comunità locali rispetto alle realtà urbane (tavola 2). La *pianta organica* sembrerebbe aver garantito una presenza delle distribuzioni farmaceutica su tutto il territorio nazionale. Otterremmo gli stessi risultati nelle more di un processo liberalizzatore che elimini i criteri di regolazione ex-ante dell'insediamento delle farmacie sul territorio?

Entra qui in gioco il tema delle farmacie rurali, che costituisce il cuore dell'analisi svolta nella ricerca. La capillare diffusione delle farmacie sul territorio è infatti dovuta alla presenza di realtà di piccolissime dimensioni, sostan-

zialmente imprese individuali, che soddisfano la domanda dei territori marginali, con basso bacino di utenza.

Sono oltre 6.000 le farmacie rurali che garantiscono il servizio farmaceutico nelle zone rurali e nelle isole minori che altrimenti ne sarebbero prive. Le farmacie rurali, quindi, per la loro particolare ubicazione nei piccoli comuni rivestono un'importante funzione sociale in quanto spesso rappresentano sul territorio l'unico presidio sanitario esistente in cui opera un professionista laureato a disposizione degli utenti 24 ore al giorno e 365 giorni l'anno.

Rileva, tra l'altro, la loro presenza anche in zone prive di molti servizi pubblici, quali ad esempio l'ufficio postale, le scuole e i presidi delle forze di ordine pubblico, quali le caserme dei carabinieri. Fatto che accresce ancor più l'utilità sociale delle farmacie rurali dove gli abitanti del comune possono rivolgersi per eventuali interventi di prima assistenza oltre che per l'acquisto dei medicinali di cui necessitano.

Ovviamente, per loro stessa natura, le farmacie rurali presentano una redditività di gran lunga inferiore a quelle delle aziende ubicate nelle zone urbane (Figura 1). Fatto pari a 100 l'utile medio ante-imposte delle farmacie urbane, quello delle farmacie rurali scende a 84 (-16%); quello delle farmacie rurali sussidiate, che operano nelle zone più svantaggiate, è pari a 50,4 (-49,6%). E' il sistema di incentivi previsto dalla *pianta organica* (indennità di residenza, benefici economici parametrizzati alla classe di fatturato, maggiorazione del punteggio valido nei concorsi per l'apertura di nuovi punti di distribuzione) che crea le precondizioni necessarie all'insediamento nelle aree disagiate.

Anche quando esaminato da questo punto di vista, l'attuale sistema di regolamentazione sembra aver dunque garantito una presenza sufficientemente diffusa delle farmacie sul territorio. Sarebbe lo stesso se si realizzasse un processo di completa liberalizzazione? Per rispondere a tale quesito, la ricerca si concentra su un campione geografico, rappresentato dalla Provincia di Chieti, confrontando l'attuale distribuzione delle farmacie con quella delle cosiddette para-farmacie, nate sull'onda dei provvedimenti adottati nella passata legislatura (Figure 2 e 3). L'evidenza è netta: le para-farmacie sono tutte concentrate nelle zone a più elevata densità di popolazione- che nel caso esaminato coincidono con la fascia costiera- dove presumibilmente migliori sono le condizioni di redditività. Se le scelte insediative delle para-farmacie sono in qualche modo rappresentative dei comportamenti che prevarrebbero in una situazione di libero mercato, allora dovremmo concludere che la spinta prevalente sarebbe quella alla concentrazione degli insediamenti, con relativo abbandono delle zone marginali. E' un esito non sorprendente, perché le regole di efficienza del mercato impongono di localizzarsi soltanto laddove esistano possibilità di profitto. E' anche, tuttavia, un esito largamente indesiderabile e in potenziale contrasto con

l'art. 32 della Costituzione. Il completamento del processo di liberalizzazione deve tenere conto di questa possibilità e adottare i necessari correttivi.

La ricerca non si occupa invece direttamente delle altri due aspetti posti alla base della valutazione di una scelta di completa liberalizzazione (la fruibilità del servizio farmaceutico e il limite posto alla crescita dell'occupazione). Le analisi svolte consentono comunque di avanzare qualche considerazione, che potrà essere eventualmente approfondita in nuovi progetti di ricerca che prevedano un'interlocuzione diretta con gli utenti.

Garantire una maggiore fruibilità del servizio è senza dubbio un obiettivo auspicabile, sempre nell'ottica di una piena attuazione del dettato costituzionale. Se però è vero che un processo di liberalizzazione rischia di diradare la presenza delle farmacie sul territorio, questa esigenza non verrebbe immediatamente soddisfatta. La strada da percorrere potrebbe quindi essere quella di rivedere gli orari di apertura delle farmacie, adattandoli alle mutate abitudini della popolazione, che sempre più tende a concentrare i propri acquisti negli orari di pranzo e del dopo ufficio. E' un tema che merita di essere considerato e sul quale è desiderabile vi sia un pieno confronto fra le associazioni di categorie e le autorità di governo.

Infine, la questione occupazione. L'argomento è di quelli che tipicamente possono essere trattati dall'analisi quantitativa, per verificare se vi sia una correlazione - presumibilmente di segno negativo - fra grado di regolamentazione del mercato e creazione di nuovi posti di lavoro. Un ulteriore aspetto da considerare sarebbe poi quello relativo agli sbocchi professionali offerti da un percorso di studio che si concluda con una laurea in Farmacia, dal momento che non necessariamente una tale formazione non è necessariamente finalizzata all'impiego nella distribuzione finale.

Il discorso ci sembra però più ampio di quanto non possa essere colto da questo tipo di verifica empirica. Potrebbe essere infatti utile interrogarsi su quale possa essere il ruolo della farmacia nella fornitura di servizi sanitari nella zona di insediamento, con un possibile coordinamento con gli studi medici, e in alternativa ad alcune prestazioni ospedaliere, a cui si ricorre troppo spesso in modo inappropriato. Insomma, oltre che da una liberalizzazione del mercato, l'obiettivo di incremento dell'occupazione potrebbe essere colto da una politica che ridisegni il ruolo della farmacia nella fornitura di servizi sul territorio, cogliendo in tal modo l'opportunità per rafforzare, e rendere più efficiente, il modello di offerta sanitaria. Un passo che certamente aumenterebbe il benessere sociale, andando incontro alle esigenze di semplificazione della vita quotidiana dei cittadini.

Tavole e figure

**Tabella 1 – Farmacie, popolazione ed abitanti per farmacia in Europa.
Dati ad Aprile 2010.**

Paese	Farmacie	Popolazione	Abitanti per farmacia
Grecia	9.500	11.260.402	1.185
Cipro	434	796.875	1.836
Malta	210	413.609	1.970
Belgio	5.149	10.750.000	2.088
Spagna	21.057	45.828.172	2.176
Lituania	1.520	3.349.872	2.204
Lettonia	882	2.261.294	2.564
Irlanda	1.608	4.450.014	2.767
Slovacchia	1.931	5.412.254	2.803
Estonia	474	1.340.415	2.828
Francia	22.590	64.350.759	2.849
Europa	141.582	470.517.730	3.323
Italia	17.796	60.045.068	3.374
Polonia	10.628	38.115.641	3.586
Germania	21.602	82.002.356	3.796
Portogallo	2.777	10.627.250	3.827
Ungheria	2.410	10.030.975	4.162
Rep. Ceca	2.346	10.467.542	4.462
Regno Unito	13.071	61.634.599	4.715
Lussemburgo	86	493.500	5.738
Finlandia	807	5.326.314	6.600
Austria	1.233	8.355.260	6.776
Slovenia	294	2.032.362	6.913
Olanda	1.976	16.405.399	8.302
Svezia	883	9.256.347	10.483
Danimarca	318	5.511.451	17.332

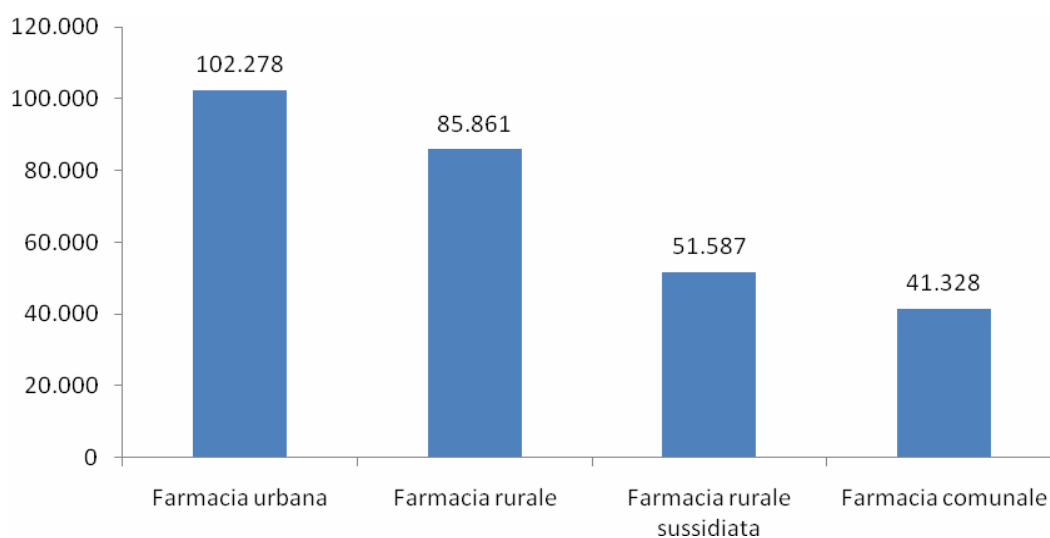
Fonte: GPUE (numero farmacie) ed Eurostat (popolazione)

Tabella 2 – Numero di farmacie, pubbliche e private, ed abitanti per farmacia per regione (province autonome). Dati ad Aprile 2010.

Regione/Provincia Autonoma	Numero di farmacie				Popolazione	Abitanti per farmacia
	Totale	Private	Pubbliche	Pubbliche/Totale		
Valle d'Aosta	49	42	7	14,29	127.065	2.593
Piemonte	1.536	1.432	104	6,77	4.432.571	2.886
Liguria	593	570	23	3,88	1.615.064	2.724
Lombardia	2.782	2.357	425	15,28	9.742.676	3.502
Veneto	1.316	1.211	105	7,98	4.885.548	3.712
Provincia di Bolzano	118	118	0	0,00	498.857	4.228
Provincia di Trento	165	138	27	16,36	519.800	3.150
Friuli-Venezia Giulia	366	345	21	5,74	1.230.936	3.363
Emilia Romagna	1.230	1.028	202	16,42	4.337.979	3.527
Marche	493	419	74	15,01	1.569.578	3.184
Toscana	1.109	889	220	19,84	3.707.818	3.343
Lazio	1.474	1.321	153	10,38	5.626.710	3.817
Abruzzo	501	468	33	6,59	1.334.675	2.664
Umbria	269	218	51	18,96	894.222	3.324
Molise	168	164	4	2,38	320.795	1.909
Campania	1.606	1.556	50	3,11	5.812.962	3.620
Puglia	1.097	1.071	26	2,37	4.079.702	3.719
Basilicata	204	201	3	1,47	590.601	2.895
Calabria	760	759	1	0,13	2.008.709	2.643
Sicilia	1.419	1.407	12	0,85	5.037.799	3.550
Sardegna	541	532	9	1,66	1.671.001	3.089
Italia	17.796	16.246	1.550	8,71	60.045.068	3.374

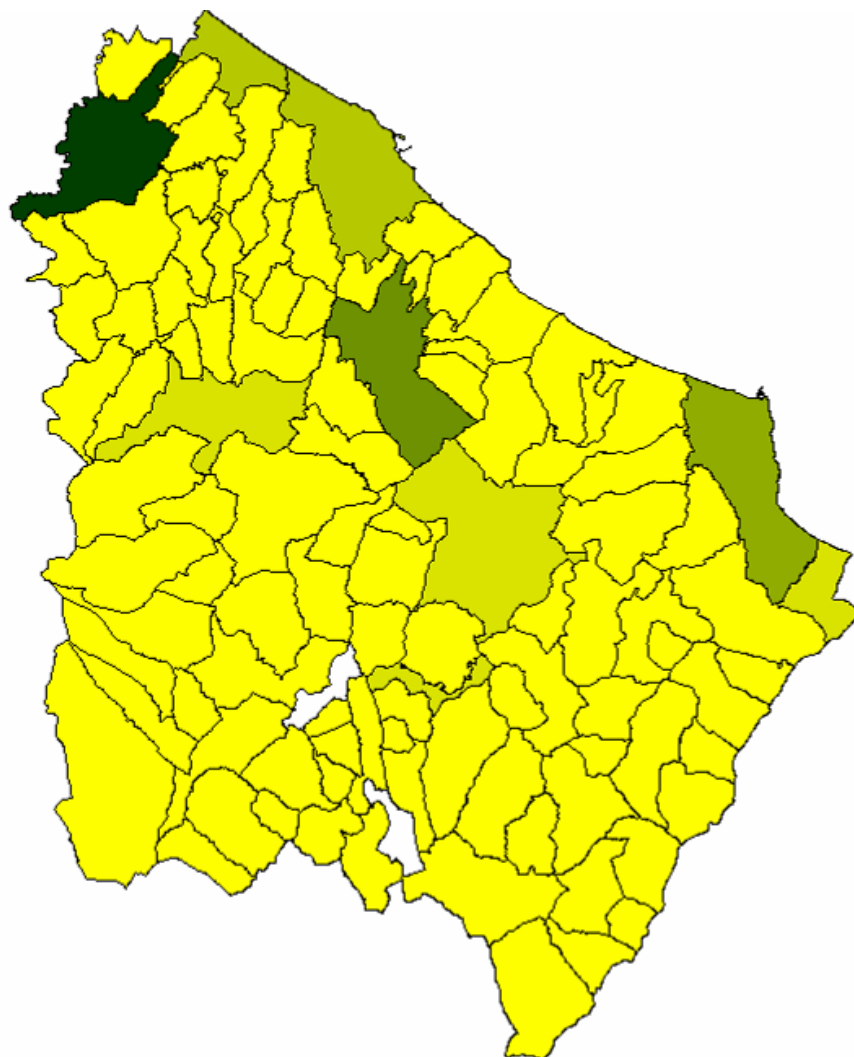
Fonte: elaborazioni RESc su dati Federfarma.

Figura 1 – Utile medio d'esercizio (ante imposte) per tipologia di farmacia



Fonte: elaborazioni RESc su dati Federfarma e Assofarm.

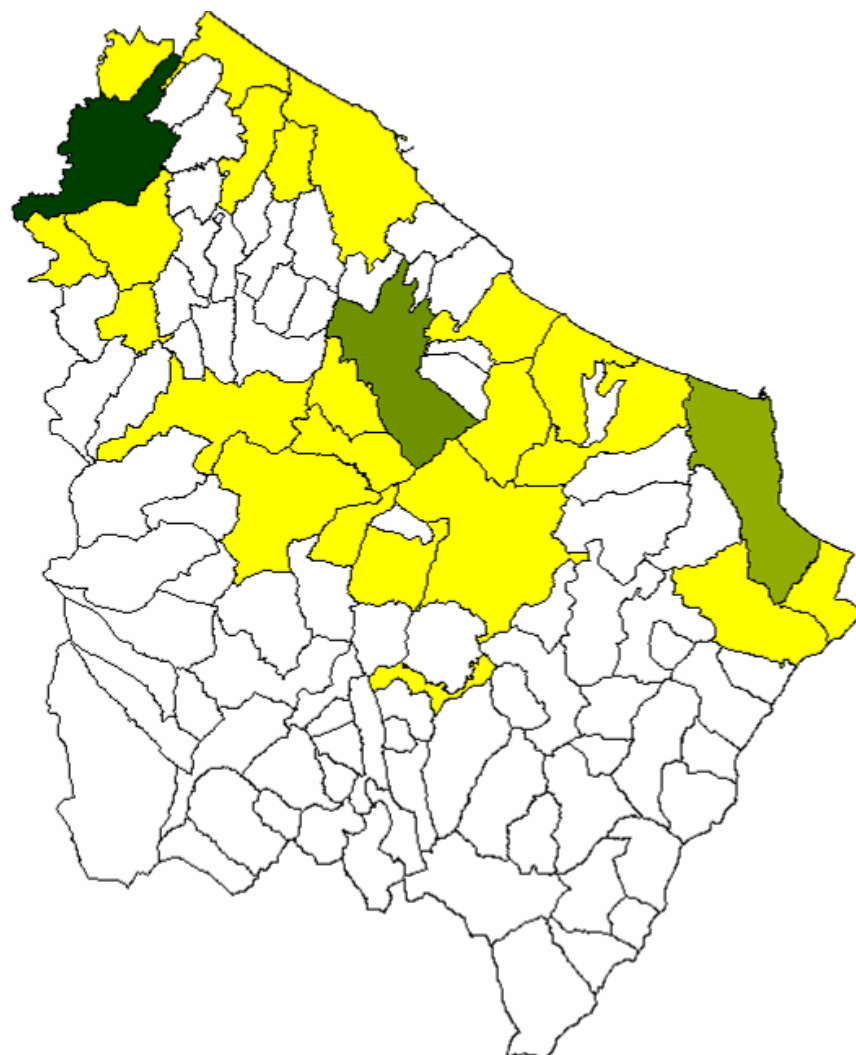
Figura 2 – Distribuzione delle farmacie e dei dispensari farmaceutici nella Provincia di Chieti



Fonte: elaborazioni RESc su dati "Tracciabilità del farmaco", Ministero della Salute. Dati aggiornati al 1° Febbraio 2011.

Nota: le aree bianche identificano i territori dove non sono presenti farmacie o dispensari

Figura 3 – Esercizi di vicinato e corner della salute nella GDO presenti nella Provincia di Chieti



Fonte: elaborazioni RESc su dati "Tracciabilità del farmaco", Ministero della Salute. Dati aggiornati al 5 Aprile 2011.

Nota: le aree bianche identificano i territori dove non si sono avuti insediamenti di parafarmacie o corner della salute



Processi di liberalizzazione e funzioni di servizio pubblico: il caso delle farmacie rurali

Roma, 4 Maggio 2011

La Ricerca è stata curata da un gruppo di lavoro di RESc, composto da Stefano Fantacone, Salvatore Monni e Giovanni Pesce

Indice

	Sintesi e conclusioni	»	4
1.	La diffusione delle farmacie inItalia	»	9
2.	Il decreto sulle liberalizzazioni del 2006	»	16
3.	Il dibattito sul riordino del sistema della distribuzione finale dei farmaci: le prospettive	»	20
4.	Un case study: le farmacie della provincia di Chieti	»	30

Sintesi e conclusioni

Nel Rapporto annuale dedicato al tema delle riforme strutturali e della crescita, l'Ocse segnala come la maggiore priorità per l'Italia sia oggi *la riduzione delle barriere regolamentari e amministrative alla concorrenza*¹. Una misura ritenuta centrale all'interno di una strategia che voglia riportare le dinamiche della produttività e del Pil pro-capite in linea con la media dei paesi industrializzati. A tal fine, si invita a dare piena attuazione ai provvedimenti di liberalizzazione avviati nel corso della passata legislatura.

L'argomento a favore delle liberalizzazioni è fra i più classici della teoria economica. Erodendo le posizioni di rendita create da una regolamentazione restrittiva, si accrescerebbe il grado di concorrenza, si restituirebbe al mercato la sua capacità allocativa, si promuoverebbero le produzioni più efficienti. Questi benefici sarebbero restituiti ai cittadini sotto forma di minori prezzi- ossia di una maggiore possibilità di consumo a parità di reddito- con un conseguente aumento del benessere sociale. Di qui l'attenzione che le politiche economiche dovrebbero prestare agli obiettivi di rafforzamento della concorrenza, tanto più in un paese come l'Italia, che nel confronto internazionale sembra caratterizzarsi per una minore apertura dei mercati interni.

Nella sua validità generale, l'argomento per le liberalizzazioni non è però privo di limiti, sia di ordine teorico, sia in merito alla sua attuazione pratica. La preferibilità, sotto il punto di vista del benessere sociale, di far sì che la fruizione di determinati servizi sia la più ampia possibile, può infatti configgersi con i criteri di efficienza del mercato. Non c'è convenienza economica a portare la linea telefonica, o il collegamento ferroviario, in quelle aree marginali dove i ricavi delle vendite non possono raggiungere le dimensioni richieste per ammortizzare il costo dell'investimento. Un tema anch'esso di lunga data che, nell'ambito delle analisi sui servizi sanitari, ha trovato recenti sviluppi nella letteratura internazionale sui cosiddetti ospedali rurali. Mostrano, questi contributi, come sia elevata la probabilità che le semplici regole della concorrenza portino al ridimensionamento dei servizi offerti nelle aree territoriali periferiche, per risolversi in un eccesso di offerta nelle zone più densamente abitate². Va poi ricordato che, accanto ai molti casi scuola che danno conto dei benefici delle liberalizzazioni, vi sono comunque significativi episodi di segno opposto, che segnalano la per-

¹ Oecd, *Goimg for Growth 2011*, Paris, April 2011.

² Vedi, per sempio, J.R. Horwitz, A. Nichols, *Rural hospital ownership: Medical service provision, market mix and spillover effects*, NBER, Working Papers, n.16926, April 2011

dita di benessere collegata a un disegno concorrenziale troppo approssimativo. L'esempio classico è rappresentato dall'esito della liberalizzazione del servizio ferroviario nel Regno Unito, che per molti anni ha drasticamente abbassato la qualità dell'offerta. Elemento ancora più importante, infine, è che non sempre, e non necessariamente, una riduzione dei prezzi di vendita rappresenta un veicolo per aumentare il benessere sociale, potendosi dare un sistema di preferenze in cui troppo elevato sia il rischio derivante da un eccesso di consumo. E questo sembra senz'altro essere il caso dei servizi sanitari, vuoi per l'ammontare di risorse pubbliche assorbite, vuoi per le conseguenze perniciose di un consumo non congruo³.

L'insieme di questi argomenti, pro e contro i processi di liberalizzazione, deve essere tenuto nel debito conto quando si analizzano le questioni relative al mercato della distribuzione finale dei prodotti farmaceutici. A partire dal fatto che le farmacie sono fra i soggetti a cui è demandata l'attuazione del principio costituzionale per cui *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."*⁴. Considerando poi che, in questo specifico caso, il benefico derivabile da una riduzione di prezzi di vendita sembra insussistente. Perché i prezzi dei farmaci non sono liberi, ma regolamentati *ab origine* dagli organi di controllo pubblico, e dunque non influenzabili dall'apertura del mercato. E perché, anche limitandosi ai possibili effetti sui farmaci da banco o sui prodotti in fascia C, è tutt'altro che dimostrato che un maggior consumo, stimolato da minori prezzi, sia equivalente a un aumento del benessere sociale. Essendo tra l'altro noto che in Italia esiste il problema di come limitare un eccessivo utilizzo dei farmaci e non il contrario.

Prescindendo allora dall'argomento prezzi, tre sono le domande cruciali che dobbiamo porci, per verificare quanto l'attuale assetto della distribuzione finale sia confacente al dettato costituzionale: la diffusione sul territorio delle farmacie è sufficientemente capillare? La fruibilità del servizio farmaceutico è adeguata? L'occupazione del settore è limitata a causa delle regole che amministrano l'apertura degli esercizi farmaceutici? Se la risposta a queste domande fosse negativa, dovremmo quindi chiederci se e come le misure di liberalizzazione possano aiutare a definire un equilibrio migliore dal punto di vista del be-

³ La compartecipazione alla spesa è la strada abitualmente seguita per ripristinare un qualche collegamento funzionale fra la fruizione dei servizi e il loro costo, essendovi larga evidenza sull'eccesso di consumo che si determina nel caso di prestazioni interamente a carico del bilancio pubblico.

⁴ Costituzione della Repubblica italiana, articolo 32.

nessere sociale o, per meglio dire, del diritto alla salute dei cittadini.

La presente ricerca si concentra sulla prima delle domande sopra richiamate, ossia sulla capillarità della presenza delle farmacie sul territorio, valutando se il superamento della pianta organica porterebbe a una configurazione più efficiente.

Il primo dato che viene al riguardo richiamato è probabilmente noto agli addetti ai lavori- è d'altronde facilmente ricavabile dalle statistiche ufficiali- ma poco percepito dalla pubblica opinione: la diffusione delle farmacie è, in Italia, in tutto e per tutto paragonabile alla media europea. C'è nel nostro paese una farmacia ogni 3.374 abitanti, a fronte di un valore medio europeo di 3.323. Fra le grandi nazioni, solo in Francia si registra una maggiore diffusione (una farmacia ogni 2.849 abitanti); minore è la presenza in Germania e Regno Unito (rispettivamente, una farmacia ogni 3.796 e 4.715 abitanti). Non sembra quindi corrispondere a verità un luogo comune, pure abbastanza diffuso, per cui, a causa di un eccesso di regolamentazione, in Italia ci sarebbero troppo poche farmacie.

Di particolare significato sono inoltre i dati di livello territoriale, che mostrano come il numero di farmacie per abitante sia notevolmente superiore alla media in molte delle regioni caratterizzate da condizioni orografiche difficili e dalla prevalenza di piccole comunità locali rispetto alle realtà urbane. La *pianta organica* sembrerebbe aver garantito una presenza delle distribuzione farmaceutica su tutto il territorio nazionale. Otterremmo gli stessi risultati nelle more di un processo liberalizzatore che elimini i criteri di regolazione ex-ante dell'insediamento delle farmacie sul territorio?

Entra qui in gioco il tema delle farmacie rurali, che costituisce il cuore dell'analisi svolta nella ricerca. La capillare diffusione delle farmacie sul territorio è infatti dovuta alla presenza di realtà di piccolissime dimensioni, sostanzialmente imprese individuali, che soddisfano la domanda dei territori marginali, con basso bacino di utenza.

Sono oltre 6.000 le farmacie rurali che garantiscono il servizio farmaceutico nelle zone rurali e nelle isole minori che altrimenti ne sarebbero prive. Le farmacie rurali, quindi, per la loro particolare ubicazione nei piccoli comuni rivestono un'importante funzione sociale in quanto spesso rappresentano sul territorio l'unico presidio sanitario esistente in cui opera un professionista laureato a disposizione degli utenti 24 ore al giorno e 365 giorni l'anno.

Rileva, tra l'altro, la loro presenza anche in zone prive di molti servizi pubblici, quali ad esempio l'ufficio postale, le scuole e i presidi delle forze di ordine pubblico, quali le caserme dei carabinieri. Fatto che accresce ancor più l'utilità sociale delle

farmacie rurali dove gli abitanti del comune possono rivolgersi per eventuali interventi di prima assistenza oltre che per l'acquisto dei medicinali di cui necessitano.

Ovviamente, per loro stessa natura, le farmacie rurali presentano una redditività di gran lunga inferiore a quelle delle aziende ubicate nelle zone urbane. Fatto pari a 100 l'utile medio ante-imposte delle farmacie urbane, quello delle farmacie rurali scende a 84 (-16%); quello delle farmacie rurali sussidiate, che operano nelle zone più svantaggiate, è pari a 50,4 (-49,6%). E' il sistema di incentivi previsto dalla *pianta organica* (indennità di residenza, benefici economici parametrizzati alla classe di fatturato, maggiorazione del punteggio valido nei concorsi per l'apertura di nuovi punti di distribuzione) che crea le precondizioni necessarie all'insediamento nelle aree disagiate.

Anche quando esaminato da questo punto di vista, l'attuale sistema di regolamentazione sembra aver dunque garantito una presenza sufficientemente diffusa delle farmacie sul territorio. Sarebbe lo stesso se si realizzasse un processo di completa liberalizzazione? Per rispondere a tale quesito, la ricerca si concentra su un campione geografico, rappresentato dalla Provincia di Chieti, confrontando l'attuale distribuzione delle farmacie con quella delle cosiddette para-farmacie, nate sull'onda dei provvedimenti adottati nella passata legislatura. L'evidenza è netta: le para-farmacie sono tutte concentrate nelle zone a più elevata densità di popolazione - che nel caso esaminato coincidono con la fascia costiera - dove presumibilmente migliori sono le condizioni di redditività. Se le scelte insediative delle para-farmacie sono in qualche modo rappresentative dei comportamenti che prevarrebbero in una situazione di libero mercato, allora dovremmo concludere che la spinta prevalente sarebbe quella alla concentrazione degli insediamenti, con relativo abbandono delle zone marginali. E' un esito non sorprendente, perché le regole di efficienza del mercato impongono di localizzarsi soltanto laddove esistano possibilità di profitto. E' anche, tuttavia, un esito largamente indesiderabile e in potenziale contrasto con l'art. 32 della Costituzione. Il completamento del processo di liberalizzazione deve tenere conto di questa possibilità e adottare i necessari correttivi.

La ricerca non si occupa invece direttamente delle altri due aspetti posti alla base della valutazione di una scelta di completa liberalizzazione (la fruibilità del servizio farmaceutico e il limite posto alla crescita dell'occupazione). Le analisi svolte consentono comunque di avanzare qualche considerazione, che potrà essere eventualmente approfondita in nuovi progetti di ricerca che prevedano un'interlocuzione diretta con gli utenti.

Garantire una maggiore fruibilità del servizio è senza dubbio un obiettivo auspicabile, sempre nell'ottica di una piena attuazione del dettato costituzionale. Se però è vero che un processo di liberalizzazione rischia di diradare la presen-

za delle farmacie sul territorio, questa esigenza non verrebbe immediatamente soddisfatta. La strada da percorrere potrebbe quindi essere quella di rivedere gli orari di apertura delle farmacie, adattandoli alle mutate abitudini della popolazione, che sempre più tende a concentrare i propri acquisti negli orari di pranzo e del dopo ufficio. E' un tema che merita di essere considerato e sul quale è desiderabile vi sia un pieno confronto fra le associazioni di categorie e le autorità di governo.

Infine, la questione occupazione. L'argomento è di quelli che tipicamente possono essere trattati dall'analisi quantitativa, per verificare se vi sia una correlazione - presumibilmente di segno negativo - fra grado di regolamentazione del mercato e creazione di nuovi posti di lavoro. Un ulteriore aspetto da considerare sarebbe poi quello relativo agli sbocchi professionali offerti da un percorso di studio che si concluda con una laurea in Farmacia, dal momento che non necessariamente una tale formazione non è necessariamente finalizzata all'impiego nella distribuzione finale.

Il discorso ci sembra però più ampio di quanto non possa essere colto da questo tipo di verifica empirica. Potrebbe essere infatti utile interrogarsi su quale possa essere il ruolo della farmacia nella fornitura di servizi sanitari nella zona di insediamento, con un possibile coordinamento con gli studi medici, e in alternativa ad alcune prestazioni ospedaliere, a cui si ricorre troppo spesso in modo inappropriato. Insomma, oltre che da una liberalizzazione del mercato, l'obiettivo di incremento dell'occupazione potrebbe essere colto da una politica che ridisegni il ruolo della farmacia nella fornitura di servizi sul territorio, cogliendo in tal modo l'opportunità per rafforzare, e rendere più efficiente, il modello di offerta sanitaria. Un passo che certamente aumenterebbe il benessere sociale, andando incontro alle esigenze di semplificazione della vita quotidiana dei cittadini.

1. La diffusione delle farmacie in Italia

Le farmacie che operano in Italia sono 17.796⁵. Di queste, 16.246⁶ sono private, cioè di diretta proprietà dei singoli farmacisti ovvero di società di farmacisti; mentre la restante parte, pari a 1.550⁷ farmacie, sono pubbliche, cioè di proprietà dei comuni.

Dal 1975 ad oggi, il numero delle farmacie è aumentato complessivamente del 34,1% passando da 13.271 farmacie a 17.796 (Aprile 2010) a fronte di un aumento della popolazione che nello stesso periodo è stato dell'8,6% (dai 55.293.037 abitanti del 1975 ai 60.045.068 del 2010). Di conseguenza, il numero di abitanti che in media sono serviti da ciascuna farmacia è diminuito del 19% raggiungendo i 3.374 abitanti per farmacia nel 2010 rispetto ai 4.166 abitanti del 1975 (Tabella 1).

Tabella 1 – Numero di farmacie, popolazione italiana ed abitanti per farmacia (valori assoluti e variazioni percentuali). Dati ad Aprile 2010.

Anno	Numero di Farmacie	var. %	Popolazione italiana	var. %	Abitanti per farmacia	var. %
1975	13.271		55.293.037		4.166	
1980	14.365	8,2	56.388.481	2,0	3.925	-5,8
1985	15.128	5,3	56.588.319	0,4	3.741	-4,7
1990	15.727	4,0	56.694.201	0,2	3.605	-3,6
1995	16.040	2,0	57.268.578	1,0	3.570	-1,0
2000	16.466	2,7	57.679.895	0,7	3.503	-1,9
2005	17.352	5,4	58.462.375	1,4	3.369	-3,8
2010	17.796	2,6	60.045.068	2,7	3.374	0,1
var. % 1975-2010		34,1		8,6		-19,0

Fonte: elaborazioni RESc su dati Federfarma ed Istat.

⁵ Dati Federfarma, Aprile 2010.

⁶ Compresi i 549 dispensari.

⁷ Dati Assofarm.

Le farmacie sono presenti in maniera capillare su tutto il territorio italiano, dalla grande città al piccolo centro rurale, montano o insulare. La Tabella 2, presenta alcune statistiche sulla presenza delle farmacie per ciascuna regione italiana (e per le province autonome di Trento e Bolzano).

In media in Italia, le farmacie pubbliche rappresentano l'8,71% del totale delle farmacie con ampie differenze tra le diverse regioni italiane. Le regioni centrali sono contraddistinte in generale da una presenza più massiccia di farmacie pubbliche sul totale delle farmacie presenti. Il rapporto farmacie pubbliche sul totale delle farmacie, registra il valore più elevato per la regione Toscana dove poco meno di una farmacia su cinque, il 19,84%, è di proprietà pubblica. Seguono poi l'Umbria con il 18,96% e l'Emilia Romagna con il 16,42%. Le regioni del Meridione sono dall'altra parte quelle con la minor presenza percentuale, quasi del tutto assente in alcune regioni, di farmacie pubbliche: in Calabria solo una delle 760 farmacie (pari allo 0,13%) è pubblica, in Sicilia appena 12 farmacie su un totale di 1.419 (lo 0,85%) ed in Basilicata 3 su 204 (l'1,47%).

Percentuali più contenute di presenza di farmacie pubbliche si registrano per le regioni del Nord italiano ad esclusione della Lombardia contraddistinta da un valore del 15,28%, la Valle d'Aosta con il 14,29% e la Provincia Autonoma di Trento con il 16,36%.

Qualche differenza tra le regioni italiane emerge se si prende in considerazione il numero di abitanti che in media viene servito da ciascuna farmacia. Sebbene la maggioranza delle regioni italiane presenta un dato prossimo alla media nazionale, alcune regioni si contraddistinguono per un numero medio di abitanti per farmacia ben al di sotto della media nazionale. In particolare, nel Molise ciascuna farmacia serve in media 1.909 abitanti (pari a circa il 57% del valore nazionale). Nel gruppo di regioni con un bacino di utenza medio inferiore alla media nazionale, sono da segnalare la Valle d'Aosta, la Calabria e l'Abruzzo con circa 2.600 abitanti per farmacia. Di contro, nella Provincia Autonoma di Bolzano (ed in misura minore nelle regioni di Lazio, Puglia e Veneto) il numero di abitanti per farmacia è nettamente superiore alla media nazionale: 4.228 contro 3.374, ben il 25% in più rispetto alla media nazionale. Il dato della Provincia di Bolzano è la naturale conseguenza della particolare conformazione montuosa del territorio con centri abitati piccoli e sparsi e della circostanza che i servizi essenziali sono concentrati nei centri più grandi.

Tabella 2 – Numero di farmacie, pubbliche e private, ed abitanti per farmacia per regione (province autonome). Dati ad Aprile 2010.

Regione/Provincia Autonoma	Numero di farmacie				Popolazione	Abitanti per farmacia
	Totale	Private	Pubbliche	Pubbliche/Totale		
Valle d'Aosta	49	42	7	14,29	127.065	2.593
Piemonte	1.536	1.432	104	6,77	4.432.571	2.886
Liguria	593	570	23	3,88	1.615.064	2.724
Lombardia	2.782	2.357	425	15,28	9.742.676	3.502
Veneto	1.316	1.211	105	7,98	4.885.548	3.712
Provincia di Bolzano	118	118	0	0,00	498.857	4.228
Provincia di Trento	165	138	27	16,36	519.800	3.150
Friuli-Venezia Giulia	366	345	21	5,74	1.230.936	3.363
Emilia Romagna	1.230	1.028	202	16,42	4.337.979	3.527
Marche	493	419	74	15,01	1.569.578	3.184
Toscana	1.109	889	220	19,84	3.707.818	3.343
Lazio	1.474	1.321	153	10,38	5.626.710	3.817
Abruzzo	501	468	33	6,59	1.334.675	2.664
Umbria	269	218	51	18,96	894.222	3.324
Molise	168	164	4	2,38	320.795	1.909
Campania	1.606	1.556	50	3,11	5.812.962	3.620
Puglia	1.097	1.071	26	2,37	4.079.702	3.719
Basilicata	204	201	3	1,47	590.601	2.895
Calabria	760	759	1	0,13	2.008.709	2.643
Sicilia	1.419	1.407	12	0,85	5.037.799	3.550
Sardegna	541	532	9	1,66	1.671.001	3.089
Italia	17.796	16.246	1.550	8,71	60.045.068	3.374

Fonte: elaborazioni RESc su dati Federfarma.

La capillarità delle farmacie sul tutto il territorio nazionale è garantita dal sistema di regole vigenti che già con la riforma Giolitti del 1913, riconosceva all'assistenza farmaceutica alla popolazione la natura di attività primaria dello Stato, esercitata tramite gli enti locali (farmacie comunali) oppure a mezzo di concessione governativa ai privati farmacisti. L'apertura della farmacia si basa su un'apposita "**pianta organica**" al fine di impedire il concentrazione delle farmacie nelle zone più ambitate sotto il profilo commerciale (zone centrali dei comuni, grandi comuni e città), garantendo alle sedi più disagiate di poter fruire di una sede farmaceutica e di appositi sussidi da parte del SSN.

La pianta organica quindi rappresenta lo strumento tecnico-amministrativo attraverso cui viene attuata la "**territorializzazione**" del servizio farmaceutico con specifici parametri dipendenti dall'area topografica del Comune e dal numero di abitanti che vi risiedono.

L'articolo 1 della legge n. 362/1991 prevede, infatti, la presenza di una farmacia ogni 4.000 abitanti nei comuni con più di 12.500 abitanti e di una farmacia ogni

5.000 abitanti nei comuni con meno di 12.500 abitanti. In realtà, come abbiamo avuto modo di vedere in precedenza, una farmacia in Italia serve mediamente 3.374 abitanti, un dato perfettamente in linea con la media europea (Tabella 3).

Tabella 3 – Farmacie, popolazione ed abitanti per farmacia in Europa.
Dati ad Aprile 2010.

Paese	Farmacie	Popolazione	Abitanti per farmacia
Grecia	9.500	11.260.402	1.185
Cipro	434	796.875	1.836
Malta	210	413.609	1.970
Belgio	5.149	10.750.000	2.088
Spagna	21.057	45.828.172	2.176
Lituania	1.520	3.349.872	2.204
Lettonia	882	2.261.294	2.564
Irlanda	1.608	4.450.014	2.767
Slovacchia	1.931	5.412.254	2.803
Estonia	474	1.340.415	2.828
Francia	22.590	64.350.759	2.849
Europa	141.582	470.517.730	3.323
Italia	17.796	60.045.068	3.374
Polonia	10.628	38.115.641	3.586
Germania	21.602	82.002.356	3.796
Portogallo	2.777	10.627.250	3.827
Ungheria	2.410	10.030.975	4.162
Rep. Ceca	2.346	10.467.542	4.462
Regno Unito	13.071	61.634.599	4.715
Lussemburgo	86	493.500	5.738
Finlandia	807	5.326.314	6.600
Austria	1.233	8.355.260	6.776
Slovenia	294	2.032.362	6.913
Olanda	1.976	16.405.399	8.302
Svezia	883	9.256.347	10.483
Danimarca	318	5.511.451	17.332

Fonte: GPUE (numero farmacie) ed Eurostat (popolazione).

La presenza di farmacie oltre ben oltre la soglia minima conseguente al numero di abitanti è dovuta alle forme di flessibilità previste dalla normativa vigente ed, in

particolare, al fatto che le Regioni hanno fatto ampiamente ricorso alla possibilità di aprire farmacie anche in deroga al richiamato criterio demografico in relazione alla particolare conformazione geomorfologica del territorio e ad eventuali difficoltà per i cittadini di un piccolo centro (piccole comunità montane e rurali) di raggiungere la farmacia in un altro nucleo abitante troppo distante (articolo 2, legge n.362/1991). La normativa vigente, quindi, prevede elementi di elasticità che consentono di adattare la presenza delle farmacie alla conformazione territoriale.

Le farmacie, di conseguenza, risultano presenti praticamente in tutti i comuni italiani, fatta eccezione per quelle poche realtà locali con un numero estremamente limitato di abitanti dove spesso sono presenti dispensari farmaceutici, affidati di norma alla farmacia più vicina (articolo 6 della legge n. 362/1991).

Il sistema delle farmacie per le caratteristiche proprie dei prodotti venduti e dell'utilità sociale del servizio da loro offerto è uno dei settori maggiormente regolamentati dal legislatore. Le leggi che regolamentano il settore, oltre la già citata legge 362/1991, intervengono in ambiti quali:

- il numero e la titolarità della proprietà delle farmacie;
- i turni e agli orari di apertura;
- il sistema di remunerazione; e
- il sistema di sussidiarietà per le farmacie rurali.

Ampia è poi la giurisprudenza sui diversi aspetti della regolamentazione del settore delle farmacie. Il quadro degli ultimi anni è stato arricchito poi dal "decreto sulle liberalizzazioni" dell'allora ministro Bersani (DI 223/2006) e dal successivo dibattito sul futuro del sistema della distribuzione farmaceutica e di una sua ulteriore liberalizzazione.

2. Il decreto sulle liberalizzazioni del 2006

Uno dei più importanti interventi del legislatore sul settore della distribuzione finale dei farmaci è costituito dal Decreto Legge n. 223 del 4 Luglio 2006, definitivamente convertito con la Legge n. 248 del 4 Agosto 2006. Il decreto aveva il duplice scopo di rendere più concorrenziale il mercato tutelando i consumatori e di agevolare la lotta all'evasione fiscale tramite alcune specifiche misure⁸ compresa la possibilità di vendita dei farmaci da banco nelle parafarmacie e nei "*corner della salute*" dei supermercati. Il provvedimento riguardava:

- i farmaci da banco, detti anche OTC ("Over The Counter", letteralmente "sopra il banco"), che sono farmaci da automedicazione preconfezionati e vendibili senza ricetta medica; e ...
- i farmaci SOP (senza obbligo di prescrizione) che si differenziano dagli OTC perché al contrario di questi non possono essere oggetto di pubblicità commerciale.

Sia i farmaci OTC che i farmaci SOP, appartengono in prevalenza alla fascia C, cioè farmaci a totale carico del cittadino e non rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il decreto quindi aveva lo scopo da un lato di aumentare la capillarità dei punti vendita, per i suddetti farmaci, aumentando così la concorrenza con l'auspicio di una riduzione del prezzo finale a carico del cittadino. Vediamo quali sono stati gli effetti del decreto sul settore farmaceutico.

Dall'ultima rilevazione "Tracciabilità del farmaco" del Ministero della Salute⁹, gli esercizi commerciali al 5 Aprile 2011 ammontavano a 3.503 suddivisi come segue:

- 2.976 esercizi di vicinato, ovvero parafarmacie;
- 215 strutture di medie dimensioni; e ...
- 312 strutture di grandi dimensioni, ovvero corner nella grande distribuzione organizzata (GDO).

A livello regionale, emergono significative differenze nella presenza sia degli esercizi di vicinato, sia dei cosiddetti corner della salute presenti nella Grande Distribuzione Organizzata (GDO). In termini assoluti (Tabella 4), la Sicilia con 392 esercizi commerciali è la regione con la maggiore presenza seguita dalla Campania (347) e

⁸ Il Decreto contiene, tra le diverse misure, alcune inerenti l'abolizione del tariffario dagli ordini professionali, l'abolizione dei costi di ricarica per i cellulari, il riordino delle licenze dei tassisti ed il pagamento tramite carta di credito. Si rimanda al testo completo per ulteriori approfondimenti.

⁹ Per approfondimenti si rimanda a

www.salute.gov.it/tracciabilitaFarmaco/tracciabilitaFarmaco.jsp.

dalla Lombardia (331). La Valle d'Aosta con appena 4 esercizi di vicinato è la regione italiana con la minore presenza di tali esercizi commerciali seguita poi dal Trentino Alto Adige (3 nella Provincia di Bolzano e 13 nella Provincia di Trento, per un totale di 16) e dal Molise (17). Se si considera il numero di tali esercizi commerciali in relazione alla popolazione residente¹⁰ in ciascuna delle regioni, emerge come le regioni del Meridione italiano mostrino un numero di abitanti per parafarmacie/corner della salute in media nettamente inferiore alle regioni del Centro e del Nord Italia. La Calabria con i 7.951 abitanti per parafarmacie/corner è la regione con il minor rapporto. Leggermente distanziata è la Sardegna con i suoi 8.376 abitanti per parafarmacia/corner mentre la Basilicata è la terza regione in graduatoria con un rapporto di 11.302. Dal lato opposto troviamo la Provincia Autonoma di Bolzano che è connotata da un rapporto estremamente elevato, ed anomalo rispetto alle altre zone dell'Italia, pari a 169.101 abitanti per parafarmacia/corner. Valori elevati si registrano anche per la Provincia Autonoma di Trento, con un rapporto di 40.718, e la regione della Valle d'Aosta con 32.032.

Tabella 4 – Esercizi di vicinato e corner della salute nella GDO

Regione	esercizio di vicinato	media struttura di vendita	grande struttura di vendita	totale	popolazione	popolazione / totale
Valle d'Aosta	4	0	0	4	128.129	32.032
Piemonte	231	7	32	270	4.456.532	16.506
Liguria	100	11	6	117	1.616.993	13.820
Lombardia	231	22	78	331	9.909.348	29.938
Veneto	195	20	28	243	4.936.197	20.314
Provincia di Bolzano	2	1	0	3	507.304	169.101
Provincia di Trento	11	0	2	13	529.335	40.718
Friuli-Venezia Giulia	48	0	10	58	1.235.761	21.306
Emilia Romagna	165	24	35	224	4.429.766	19.776
Marche	78	3	15	96	1.564.886	16.301
Toscana	144	9	9	162	3.749.074	23.142
Lazio	273	28	16	317	5.724.365	18.058
Abruzzo	88	10	12	110	1.342.177	12.202
Umbria	44	1	2	47	906.675	19.291
Molise	13	3	1	17	319.834	18.814
Campania	309	25	13	347	5.833.131	16.810
Puglia	215	13	19	247	4.090.557	16.561
Basilicata	50	1	1	52	587.680	11.302
Calabria	240	9	4	253	2.011.537	7.951
Sicilia	353	19	20	392	5.050.486	12.884
Sardegna	182	9	9	200	1.675.286	8.376
Italia	2.976	215	312	3.503	60.605.053	17.301

Fonte: Istat, Bilancio demografico mensile, popolazione residente a Novembre 2010

¹⁰ In Italia si registra un valore medio di 17.301 abitanti serviti da ciascuna parafarmacia/corner.

Le regioni meridionali nelle quali come abbiamo mostrato è maggiore la presenza delle parafarmacie e dei corner della salute sono contraddistinte da una serie di fattori (Tabella 5):

- una spesa lorda pro-capite di classe A, quindi a totale carico del SSN, maggiore rispetto alla media nazionale;
- una spesa lorda pro-capite di classe C, quindi a totale carico del cittadino, minore rispetto alla media nazionale;
- una spesa lorda pro-capite di farmaci di automedicazione, quindi a totale carico del cittadino, minore rispetto alla media nazionale.

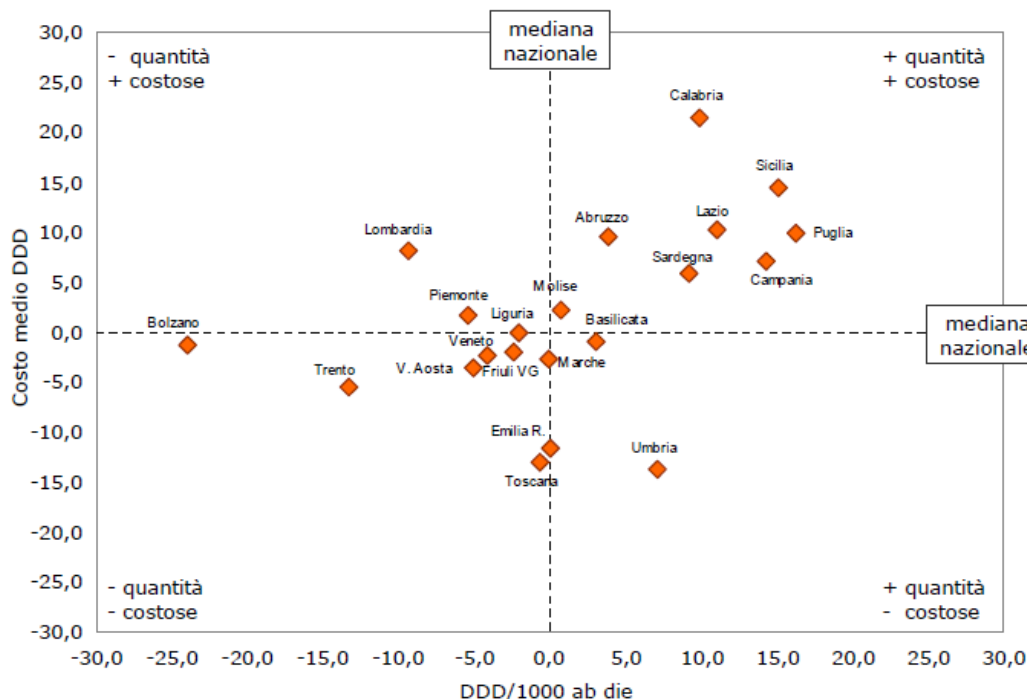
Tabella 5 – Spesa farmaceutica per regione e classe (primi nove mesi 2010)

Regione	Spesa lorda pro capite classe	Spesa lorda pro capite classe	Spesa lorda pro capite
	A-SSN	C	Automedicazione (SOP, OTC)
Valle d'Aosta	138,3	48,4	26,3
Piemonte	145,5	44,5	20,2
Liguria	148,1	54	23,7
Lombardia	148,1	45	21
Veneto	141,6	43,5	20,3
Provincia di Bolzano	113,5	38,5	23,9
Provincia di Trento	123,9	42	23
Friuli-Venezia Giulia	144,6	39,4	17,6
Emilia Romagna	133,6	47,6	21,2
Marche	147	45,7	19,5
Toscana	130,7	49,5	22,2
Lazio	185,1	48,3	21,2
Abruzzo	172,1	40,8	17,8
Umbria	139,7	44,3	19,1
Molise	155,7	31,6	14,2
Campania	185	43,5	18,7
Puglia	193,4	39,1	15,8
Basilicata	154,3	32,6	14
Calabria	201,8	41,2	16,3
Sicilia	199,3	44,9	16,4
Sardegna	174,9	43,1	16,9
Italia	161,2	44,8	19,6

Fonte: "L'uso dei Farmaci in Italia - Rapporto Nazionale gennaio - settembre 2010" AIFA, Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali

Le regioni meridionali sono anche contraddistinte dalla combinazione: maggiori quantità e maggiori costi (Figura 1) il che porta ad ipotizzare come per le parafarmacie ed i corner nella GDO prevalga, come è naturale che sia, l'aspetto commerciale, dato che come i dati hanno confermato si sono insediate maggiormente nelle regioni meridionali che mostrano più ampi margini di concorrenza basata sul prezzo rispetto alle altre regioni italiane.

Figura 1 – Variabilità regionale dei consumi farmaceutici territoriali nei primi 9 mesi del 2010 per quantità e costo medio di giornata di terapia (scostamenti percentuali)



Fonte: "L'uso dei Farmaci in Italia - Rapporto Nazionale gennaio - settembre 2010" AIFA, Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali

Il numero di parafarmacie e *corner*, è aumentato anno dopo anno dopo l'innovazione introdotta dal decreto "Bersani" nel sistema farmaceutico. Un impatto positivo è stato riscontrato anche nella dinamica dei prezzi dei farmaci che è possibile acquistare in tali punti vendita. Dalla II Indagine Nazionale sulla vendita dei farmaci da banco nelle farmacie, parafarmacie e *corner* della grande distribuzione organizzata¹¹, si è assistito, a tre anni di distanza dalla liberalizzazione del sistema di distribuzione del farmaco, ad un contenimento ed abbassamento dei prezzi dei farmaci per i cittadini.

Dall'indagine su un paniere di 24 farmaci da banco a largo consumo, vien fuori che

¹¹ L'indagine è stata realizzata dal C.R.E.E.F. – Centro Ricerche Economiche, Educazione e Formazione della Federconsumatori Nazionale monitorando il prezzo di 24 farmaci da banco di largo consumo in 11 Capoluoghi di Regione (o Provincia) presso 47 farmacie private, 18 farmacie comunali, 46 parafarmacie e 19 *corner* della salute della G.D.O., per un totale complessivo di 130 punti di vendita.

la spesa media più elevata si registra nelle farmacie¹² con un valore pari a 164,8 euro. Per lo stesso paniere di farmaci, la spesa nelle parafarmacie è risultata più contenuta e pari a 152,06 euro con un risparmio medio che ammonta a 12 euro ovvero pari all'8,3% (della spesa media più elevata).

Alcune differenze emergono all'interno delle farmacie come pure per le parafarmacie. Il paniere di 24 farmaci ha un costo medio di 166,96 euro nelle farmacie comunali contro i 162,65 euro delle farmacie private: la differenza di circa 4 euro equivale ad un risparmio pari al 2,42% a favore delle farmacie private. La spesa ammonta a 157,95 euro per le parafarmacie private (9 euro in meno rispetto alle farmacie comunali, cioè il 5,7% in meno), mentre per i cosiddetti corner della salute presenti nella grande distribuzione organizzata, la spesa media del paniere risulta la più bassa ed ammonta a 146,18 euro con un risparmio di circa 20 euro equivalenti al 14,2% rispetto alla spesa registrata nelle farmacie comunali (la spesa più elevata). In generale, i risultati sul calo dei prezzi dei farmaci da banco ottenuti dall'indagine menzionata sono in linea con le aspettative alla base del decreto "Bersani".

Uno dei punti critici della liberalizzazione della vendita dei farmaci nelle parafarmacie e nei corner della GDO, è rappresentato dalla possibilità che l'aspetto commerciale relativo alla vendita dei farmaci possa prevalere rispetto alla professionalità del farmacista. Altroconsumo¹³, un'associazione indipendente di consumatori, nel Marzo 2007 ha condotto un'inchiesta sul livello di professionalità in 60 punti vendita¹⁴. Obiettivo dell'indagine era la valutazione della qualità del servizio offerto dai farmacisti nei differenti punti vendita in conseguenza dell'entrata in vigore del decreto "Bersani" sulla liberalizzazione della vendita dei farmaci OTC e SOP al di fuori delle farmacie. I risultati dell'indagine mettono in evidenza come a fronte di una riduzione dei prezzi dei farmaci¹⁵ grazie all'apertura dei nuovi punti vendita (parafarmacie e corner), il servizio al cittadino resta scarso ed in alcuni casi peggiora pesantemente soprattutto in termini di sicurezza. Nell'indagine, infatti, i farmacisti sono stati messi di fronte ad un cliente che si è dichiarato iperteso (ed in cura con un farmaco) e che ha chiesto un integratore "naturale" (a base di aglio o

¹² Il dato rappresenta la media tra le farmacie private e le farmacie comunali.

¹³ Per approfondimenti www.altroconsumo.it.

¹⁴ L'inchiesta ha interessato 40 farmacie, 10 parafarmacie e 10 corner di ipermercati nei comuni di Bari, Bologna, Milano, Roma e Torino. L'indagine ha considerato due situazioni per verificare: da un lato se il farmacista si informa sul problema o se si comporta da puro commerciante, e dall'altra parte se lo stesso farmacista mette in primo piano la sicurezza del paziente e lo informa oppure fa prevalere l'interesse alla vendita.

¹⁵ Secondo Altroconsumo, sui farmaci venduti a prezzi scontati, lo sconto medio adottato si attesta all'11% nelle farmacie e al 22% negli ipermercati.

olivo) a supporto della terapia già in atto. Considerando l'ipertensione del collaboratori dell'indagine e la mancanza di dati scientifici certi sull'utilità degli integratori in questione per prevenire le malattie cardiovascolari, in farmacia non avrebbe dovuto consegnare l'integratore richiesto rinviando la decisione al medico. Solo il 10% dei farmacisti delle parafarmacie e dei corner della GDO non hanno venduto l'integratore richiesto. Vanno meglio le cose nelle farmacie dove nel 23% dei casi i farmacisti non hanno venduto l'integratore pur avendolo a disposizione.

In sostanza l'indagine condotta da Altroconsumo ha messo in evidenza come il servizio al cittadino in termini di assistenza, consigli e attenzione alle richieste del paziente resta ampiamente scarso. Nei farmacisti coinvolti nell'indagine ha prevalso nettamente l'interesse commerciale rispetto all'interesse alla cura del paziente attraverso la prestazione di un servizio di alta professionalità così come è richiesto alla professione del farmacista.

3. Il dibattito sul riordino del sistema della distribuzione finale dei farmaci: le prospettive

Il dibattito sul riordino del servizio farmaceutico italiano è ampio e coinvolge i diversi attori del sistema. Tra questi troviamo, l'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato (AGCM), le diverse associazioni di categoria delle farmacie e dei farmacisti (ad esempio Federfarma e FOFI), le unioni di tutela dei diritti del consumatore (ad esempio UNC ed Altroconsumo) e non da ultimo la classe dirigente politica volta a raccogliere le istanze delle diverse parti e a formulare proposte di legge per il riordino del sistema farmaceutico nazionale. È bene sottolineare come gli interessi in gioco siano contrastanti tra di loro, fatto salvo il principio garantito dall'articolo 32 della Costituzione che afferma: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*".

L'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato (AGCM), è più volte intervenuta (sia attraverso la sua attività di segnalazione e consultiva¹⁶ che attraverso interventi dei suoi maggiori organi, in particolar modo nella figura del Presidente) sulla materia del riordino del sistema farmaceutico italiano. L'Autorità sostiene ampiamente il processo di liberalizzazione nel settore dei farmaci affinché i consumatori abbiano il più ampio beneficio dalla liberalizzazione. In particolare, gli interventi sono stati rivolti verso alcuni punti ritenuti dall'Autorità essenziali, tra questi vanno ricordati:

- l'ampliamento della rete dei punti vendita;

¹⁶ Si veda ad esempio: AS300 "Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale" (Bollettino n. 22, Giugno 2005), AS312 "Modalità di accesso ai farmaci di automedicazione" (Bollettino n. 36, Settembre 2005), AS326 "Regolamentazione della distribuzione farmaceutica" (Bollettino n. 4, Febbraio 2006), AS371 "Regolamentazione della vendita al dettaglio dei farmaci non soggetti a prescrizione medica" (Bollettino n. 45, Novembre 2006), AS381 "Vincoli relativi all'orario di apertura degli esercizi farmaceutici" (Bollettino n. 3, Febbraio 2007), AS413 "Vincoli all'attività degli esercizi diversi dalle farmacie autorizzati alla vendita dei farmaci SOP e OTC" (Bollettino n. 30, Agosto 2007), AS523 "Sistema di remunerazione della distribuzione di farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale" (Bollettino n. 18, Maggio 2009), AS546 "Disposizioni normative in materia di medicinali ad uso umano e di riordino dell'esercizio farmaceutico" (Bollettino n. 25, Luglio 2009), AS637 "Orari di apertura delle farmacie" (Bollettino n. 43, Novembre 2009), AS751 "Vincoli in materia di apertura di parafarmacie" (Bollettino n. 33, Settembre 2010), AS760 "Procedure di autorizzazione per l'immissione in commercio di farmaci generici" (Bollettino n. 36, Ottobre 2010) e AS796 "Vincoli in materia di apertura di parafarmacie" (Bollettino n. 3, Febbraio 2011).

- la limitazione delle esclusive di cui godono le farmacie, con ad esempio la possibilità di distribuire al di fuori delle farmacie anche i farmaci di fascia C con obbligo di ricetta e pagati solo dai cittadini;
- l'indicazione di una serie di medicinali da vendere senza la presenza obbligatoria di un farmacista.

La *ratio* sottostante gli interventi dell'Autorità è incentrata su una più ampia concorrenza con la conseguente diminuzione dei prezzi dei farmaci, con presunto vantaggio per i consumatori, tramite la diffusione più capillare sul territorio dei punti vendita, non solo farmacie, ma anche grazie al coinvolgimento nel mercato di *players* differenti dalle farmacie (e dai farmacisti).

Seguendo le voci che si levano da più parti dello scenario sociale, allo stato attuale, diversi e provenienti da più parti sono i disegni di legge in esame per una riforma del sistema del servizio farmaceutico: analizziamo quali sono le linee guida di tali proposte di legge e in che modo le stesse si prefiggono di modernizzare il sistema delle farmacie italiane.

Le ipotesi di legge possono essere raggruppate in due grandi categorie: da una parte quelle che apportando modifiche riaffermano l'importanza e la centralità della farmacia e dell'utilizzo della pianta organica quale strumento di governo del sistema, e dall'altra parte le proposte di legge che in vario modo puntellano i principi dell'attuale sistema ponendo al centro della distribuzione finale del farmaco la figura del farmacista aprendo la strada alla piena liberalizzazione del mercato dei medicinali ad uso umano.

Nel proseguo non si farà una disamina minuziosa dei diversi disegni di legge proposti nelle due rami del Parlamento, ma si evidenzieranno le prospettive e le criticità che potrebbero emergere dalle varie proposte di legge. Non è superfluo ricordare ancora una volta che l'ottica con cui si analizzeranno le suddette proposte di legge è quella che pone al centro del dibattito il diritto alla salute così come sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Ogni riforma del riordino della distribuzione finale del farmaco, dovrebbe in linea di principio soddisfare una delle seguenti due condizioni:

1. in presenza di una riduzione della spesa (pubblica) da parte del SSN, garantire il medesimo livello quantitativo e soprattutto qualitativo dei servizi offerti da parte dei diversi attori coinvolti nella distribuzione finale del farmaco; o in alternativa ...
2. in presenza di una spesa (pubblica) del SSN invariata, garantire un miglioramento del livello quantitativo e soprattutto qualitativo dei servizi offerti da parte dei diversi attori coinvolti nella distribuzione finale del farmaco.

Entrando nel merito delle proposte di riordino presentate¹⁷, è bene ricordare come la legislazione attualmente vigente in materia di dispensazione dei medicinali abbia le proprie fondamenta nella già menzionata normativa giolittiana del 1913 (Legge 22 maggio 1913, n. 468) e nelle successive modifiche intervenute negli anni come la Legge 2 aprile 1968, n. 475, e più vicina ai nostri giorni, la Legge 8 novembre 1991, n. 362. Dopo venti anni, risulta quindi necessario e proficuo il dibattito attuale, che ha subito un'accelerazione dal cosiddetto decreto "Bersani" del 2006 (vedi capitolo 3), sul riordino del settore per adeguare lo stesso ai mutamenti economici e sociali intervenuti nella società italiana.

I numerosi disegni di legge allo studio, prevedono modifiche più o meno ampie al quadro legislativo attuale. Come già evidenziato, c'è una gamma ampiamente diversificata di modifiche alcune delle quali possono essere classificate come pro pianta organica, altre pro liberalizzazione mentre altre ancora si collocano in posizione intermedia tra i due schieramenti. A nostro avviso, le modifiche proposte pongono, con diverse modalità, l'attenzione sui seguenti cinque fondamentali aspetti del sistema.

3.1 Il rapporto abitanti/farmacia: la pianta organica

L'attuale pianta organica (art. 1 Legge n. 362/1991), stabilisce che ci sia una farmacia per ogni 4.000 abitanti nei comuni con più di 12.500 abitanti, ed una per

¹⁷ L'analisi prende in esame i seguenti disegni di legge della XVI legislatura: DdL n. 863 "Disposizioni normative in materia di medicinali ad uso umano e di riordino dell'esercizio farmaceutico" (Senato della Repubblica); DdL n. 1377 "Disposizioni in materia di disciplina della distribuzione delle specialità medicinali sul territorio" (Senato della Repubblica); DdL n. 1403 "Disposizioni in materia di dispensazione dei medicinali" (Camera dei Deputati); DdL n. 1417 "Interventi in materia di assistenza farmaceutica territoriale" (Senato della Repubblica); DdL n. 1465 "Liberalizzazione della vendita dei farmaci senza ricetta medica" (Senato della Repubblica); DdL n. 1627 "Disposizioni in materia di dispensazione dei medicinali" (Senato della Repubblica); DdL n. 1814 "Disposizioni in materia di dispensazione di farmaci" (Senato della Repubblica); DdL n. 2030 "Norme in materia di dispensazione dei medicinali esclusi dall'assistenza farmaceutica" (Senato della Repubblica); DdL n. 2042 "Norme in materia di riordino della professione di farmacista e del servizio farmaceutico" (Senato della Repubblica); DdL n. 2079 "Norme in materia di apertura di nuove parafarmacie" (Senato della Repubblica); DdL n. 2202 "Norme in materia di riordino della professione di farmacista e del servizio farmaceutico" (Senato della Repubblica); DdL n. 2959 "Disposizioni in materia di dispensazione dei medicinali esclusi dall'assistenza farmaceutica nonché di orari e turni delle farmacie" (Camera dei Deputati); DdL n. 3289 "Disposizioni per il riordino del servizio farmaceutico nazionale" (Camera dei Deputati); e DdL n. 3602 "Disposizioni in materia di dispensazione dei medicinali" (Camera dei Deputati). Per i testi e per informazioni circa lo stato attuale dell'iter legislativo dei disegni di legge si rimanda a <http://parlamento.openpolis.it/attiDisegni>.

ogni 5.000 abitanti nei restanti comuni (meno di 12.500 abitanti)^{18,19}. Ad Aprile 2010, il numero di abitanti servito da ciascuna farmacia in Italia era pari a 3.374 quindi ben al di sotto della soglia prevista ed in media con il dato medio europeo (vedi Capitolo 1). Nel testo di alcuni disegni di legge, si trovano proposte che riducono tale quorum al fine di rendere ancora più capillare e accessibile la presenza delle farmacie sul territorio. Si va da un quorum unico di 4.000 abitanti (DdL n. 863, DdL n. 2042 e DdL n. 2202) o di 3.500 abitanti (DdL n. 1627) od ancora ad una fascia compresa tra i 3.000 ed i 3.500 abitanti (DdL n. 1377)²⁰.

Innovativa per lo scenario italiano, è la possibilità concessa alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano di istituire una farmacia, in deroga al criterio della popolazione, in alcuni punti nodali del traffico nazionale quali sono gli aeroporti ad uso civile, le aree autostradali e le stazioni ferroviarie e le stazioni marittime (DdL n. 1627, DdL n. 2042, DdL n. 2202 e DdL n. 3289²¹) al fine di soddisfare bisogni elementari come ad esempio l'assunzione di un farmaco antinevralgico.

Infine, è da rilevare come lo strumento della pianta organica venga richiamato ed introdotto dall'articolo 1 del disegno di legge n. 2079 per le parafarmacie nate a seguito del decreto "Bersani" del 2006. È, infatti, sospesa "la possibilità di apertura di nuove parafarmacie" fino a che i comuni non abbiano censito le aree del territorio nelle quali le parafarmacie sono presenti al fine di autorizzare il trasferimento di quelle già esistenti o l'apertura di nuove rispettando il limite di "una (parafarmacia) ogni 20.000 abitanti ovvero in ogni frazione dei comuni medesimi con un numero di abitanti non inferiore a 10.000".

3.2 Il luogo della dispensazione del farmaco

Grande importanza nel riordino del sistema farmaceutico riveste il luogo in cui si effettua la dispensazione del farmaco. È opportuno sottolineare come il cittadino sia pienamente libero nell'effettuare la sua scelta così come esplicitamente ribadito dall'art. 6 comma 1 del DdL n. 863 "È riconosciuto ad ogni cittadino il diritto di li-

¹⁸ L'introduzione di restrizioni quantitative al numero di farmacie è ricollegata dalla giurisprudenza costituzionale alla necessità di "garantire la più ampia e razionale copertura di tutto il territorio nell'interesse della salute dei cittadini" (Corte Costituzionale, sentenza n. 76/2008).

¹⁹ Sono poi previste possibilità di deroga al principio generale, vedi ad esempio i dispensari farmaceutici.

²⁰ Differente è la distanza minima tra soglia e soglia per l'apertura di una nuova farmacia. Si rimanda al testo dei disegni di legge per approfondimenti sul tema.

²¹ Il disegno di legge all'articolo 10 comma 1, in realtà, prevede l'istituzione di presidi farmaceutici con la possibilità (al comma 7) di "sostituire, mediante l'istituzione di farmacie, i presidi farmaceutici viari di maggiore entità e di maggiore movimento".

bera scelta della farmacia." e dall'art. 1 comma 1 del DdL n. 1377 "*È riconosciuto ad ogni cittadino il diritto alla libera scelta della farmacia su tutto il territorio nazionale.*".

Il luogo acquista importanza a seconda dell'impostazione alla base del prospettato riordino del sistema seguito dai diversi disegni di legge: il punto da risolvere è se vale, ed in che misura, l'equazione che associa la farmacia alla figura del farmacista legando quest'ultima in maniera predominante alla prima come luogo di dispensazione privilegiata del farmaco²².

Il dilemma a cui si tenta di dare una risposta è se:

- è la farmacia, in congiunzione al farmacista, a garantire la qualità del servizio offerto e dei farmaci venduti; o ...
- è la figura del farmacista, anche al di fuori della farmacia, che assolve tale imprescindibile garanzia di tutela della qualità del servizio offerto e dei farmaci venduti.

Le proposte di riordino del sistema di distribuzione finale del farmaco sono differenti a seconda dell'impostazione generale seguita dai diversi proponenti i disegni di legge. La scelta duale appena menzionata, si presenta appieno nei testi delle proposte. Troviamo contrapposte, come le due facce di una moneta, chi, da una parte (DdL n. 863, DdL n. 1377, DdL n. 1417 e DdL n. 3289), individua esplicitamente nella farmacia (in congiunzione alla presenza del farmacista) il luogo **necessario** per garantire la qualità dei farmaci e la professionalità del servizio offerto e chi (DdL n. 1814, DdL n. 2030, DdL n. 1403, DdL n. 2959 e DdL n. 3602), al contrario, ritiene **sufficiente** la sola presenza del farmacista quale garante della qualità dei farmaci e del servizio di distribuzione degli stessi.

Differenze, di forma (insegne e colori della croce) ma non sul piano sostanziale, si rivelano in relazione alla stessa farmacia. Alcuni disegni di legge (DdL n. 1814, DdL n. 2030, DdL n. 1403, DdL n. 2959 e DdL n. 3602) istituiscono le cosiddette farmacie convenzionate con il SSN e le farmacie non convenzionate con il SSN; alle prime spetterebbe la dispensazione, in via esclusiva, dei medicinali prescritti dal medico sul ricettario del SSN non consentito alle seconde. Altre proposte mantengono la distinzione attuale tra farmacie e parafarmacie alle quali è consentita, rispettando alcuni requisiti minimi quali la presenza del farmacista e adeguate strutture e macchinari, la vendita dei farmaci da banco (OTC) e dei farmaci senza ob-

²² Il decreto "Bersani" costituisce un primo parziale passo verso il porre il farmacista, e non la farmacia, al centro del sistema di distribuzione finale. Tuttavia, è bene sottolineare come la farmacia sia il perno centrale della normativa attuale.

bligo di prescrizione (SOP).

È da sottolineare infine come sia rimarcata l'importanza della farmacia che viene elevata a presidio del Servizio Sanitario Nazionale e come essa concorra al raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica in stretta collaborazione con gli altri enti, soggetti e professionisti sanitari presenti sul territorio (art 2 del DdL n. 1417 ed art. 2 del DdL n. 3289).

3.3 Il sistema di assegnazione delle farmacie

Un altro importante aspetto, dell'attuale framework legislativo della distribuzione finale dei farmaci, oggetto delle diverse proposte di legge è il sistema con cui vengono assegnate le farmacie di nuova istituzione e quelle già istituite e che doversero restare vacanti del farmacista titolare. Prima di analizzare le varie proposte di legge, è bene soffermare l'attenzione su alcuni dati particolarmente interessanti. A fine 2008, le farmacie istituite ma non ancora assegnate, risultavano essere pari a 1.864²³. Il fenomeno è particolarmente rilevante per i comuni di più modeste dimensioni in termini di abitanti:

- 1.122 in altrettanti comuni con una popolazione residente inferiore o pari a 1.200 abitanti;
- 247 in altrettanti comuni con una popolazione residente tra 1.201 e 13.999 abitanti;
- 463 in 315 comuni con popolazione residente tra 14.000 e 99.999 abitanti;
- 32 in 9 comuni con popolazione residente superiore a 100.000 abitanti.

Come si evince il fenomeno delle farmacie istituite ma non ancora assegnate, è particolarmente presente nei piccoli comuni con una popolazione non superiore ai 1.200 abitanti: circa il 23% dei comuni italiani è sprovvisto di una farmacia. Le ragioni alla base di tale fenomeno sono diverse. Certamente l'aspetto economico (leggi redditività della farmacia) gioca un ruolo fondamentale nel determinare la non attrattività dei piccoli comuni da parte dei farmacisti. La lentezza e l'inefficienza delle attuali procedure concorsuali gioca anche un ruolo importante nello spiegare la situazione attuale, così come ribadito dal Presidente della FOFI, Andrea Mandelli: "*... le normative vanno applicate con coerenza e puntualità. I concorsi si devono tenere, le sedi vacanti vanno assegnate, perché il sistema si legittima non solo nell'enunciazione dei principi, ma soprattutto applicandoli con coerenza.*".

²³ Dati Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI, www.fofi.it).

Per ovviare a quest'ultimo problema, alcuni dei disegni di legge in esame²⁴, propongono due punti: da un lato, l'istituzione di concorsi straordinari, da tenersi in tempi brevi, per l'assegnazione delle farmacie istituite ma ancora vacanti; e dall'altro lato, l'istituzione di graduatorie uniche regionali, o delle province autonome, per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche e da aggiornare regolarmente. Le nuove farmacie, o quelle che per varie ragioni dovessero risultare vacanti, sono assegnate tramite il ricorso a tali graduatorie con sistema a scalare nel caso il candidato assegnatario non attivi, o rinunci, la sede farmaceutica assegnatagli.

3.4 Le situazioni di disagio: la farmacia rurale

Abbiamo già citato nel paragrafo precedente come circa il 23% del totale dei comuni italiani, in particolar modo quelli con una popolazione residente non superiore ai 1.200 abitanti, non abbia a disposizione una farmacia sul proprio territorio. Il fattore economico, esplicitato nella redditività della farmacia, gioca un ruolo importante nello spiegare l'attuale situazione.

Le farmacie ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 221/1968 sono classificate in due categorie:

1. le farmacie urbane, quelle situate in Comuni, o centri abitati, con una popolazione superiore ai 5.000 abitanti; e
2. le farmacie rurali, quelle ubicate in Comuni, frazioni o centri abitati, con una popolazione non superiore ai 5.000 abitanti.

È bene sottolineare come tra le farmacie rurali non rientrano quelle situate nei quartieri periferici delle città.

Per le farmacie rurali, in quanto ubicate in zone territorialmente ed economicamente disagiate, sono previsti dei sistemi di assistenza da parte dell'amministrazione pubblica. Per quelle situate in comuni con un numero di abitanti inferiore alle 3.000 unità, legge n. 221 del 1968 e di successive leggi regionali prevedono un'indennità di residenza (la cui entità varia da Regione a Regione) che vada a compensare parzialmente il disagio in cui tali unità sono costrette ad operare. Inoltre, per le farmacie rurali sussidiate sono previsti ulteriori benefici economici parametrizzati a seconda della fascia di fatturato di appartenenza. Quelle con un fatturato annuo SSN (al netto dell'IVA) inferiore a 387.342 euro e le piccole farmacie (anche urbane) con un fatturato annuo SSN (al netto dell'IVA) inferiore a 258.228 eu-

²⁴ Per maggiori dettagli si rimanda al testo dei seguenti disegni di legge: DdL n. 863, n. 1.417, n. 1.627, n. 2.042 e n. 2.202.

ro hanno diritto ad agevolazioni sullo sconto imposto alle farmacie a favore del SSN.

Per dare un'idea dell'importanza delle farmacie rurali in Italia, basta evidenziare come, si contano oltre 6.000 farmacie rurali che garantiscono il servizio farmaceutico nelle zone rurali e nelle isole minori che altrimenti ne sarebbero prive. Le farmacie rurali, quindi, per la loro particolare ubicazione nei piccoli comuni rivestono un'importante funzione sociale in quanto spesso rappresentano sul territorio l'unico presidio sanitario esistente in cui opera un professionista laureato a disposizione degli utenti 24 ore al giorno e 365 giorni l'anno. La presenza capillare su tutto il territorio nazionale, anche in zone prive di molti servizi pubblici, quali ad esempio l'ufficio postale, le scuole e i presidi delle forze di ordine pubblico, quali le caserme dei carabinieri, accentua ancor più l'utilità sociale delle farmacie rurali dove gli abitanti del comune possono rivolgersi per eventuali interventi di prima assistenza oltre che per l'acquisto dei medicinali di cui necessitano.

La presenza nelle aree disagiate delle farmacie rurali è garantita oltre che dai suddetti sussidi economici anche e dalla prospettiva di miglioramento della posizione professionale futura del titolare della farmacia che, grazie alla maggiorazione di punteggio (Legge 8 marzo 1968, n. 221²⁵) nei concorsi, dopo alcuni anni di attività prestata in una farmacia rurale di un piccolo centro può aspirare ad ottenere una sede migliore sotto il profilo economico quale una farmacia in un centro urbano di più grandi dimensioni e quindi con un bacino maggiore di potenziali utenti.

Le caratteristiche proprie dei comuni in cui sono ubicate le farmacie rurali e la necessità di assicurare la piena disponibilità (diurna, notturna e nelle festività), condiziona in maniera decisa ed in senso negativo la qualità della vita del farmacista (e di conseguenza della sua famiglia). Oltre a condizionare pesantemente la sfera privata, le farmacie rurali devono affrontare problemi di naturale gestionale differenti rispetto a quelli di una normale farmacia urbana: si pensi ad esempio alla gestione delle scorte dei medicinali. Esistono ovvie difficoltà di rifornimento, si pensi ad esempio alle farmacie ubicate sulle isole minori, quali le Isole Tremiti, che in periodi di avverse condizioni meteorologiche subiscono una forte discontinuità di approvvigionamento (anche nei beni alimentari). Il farmacista rurale per far fronte alle richieste dei propri clienti deve dotare la propria farmacia di scorte di medicinali superiori a quelle di una farmacia che non presenta problemi di rifornimento come la farmacia urbana. Un maggior quantitativo di scorte di medicinali si traduce in una situazione imprenditoriale caratterizzata da un maggior impegno finan-

²⁵ La Corte Costituzionale nella sentenza n. 448/2006 ha affermato che, sotto il profilo funzionale, i farmacisti sono concessionari di un pubblico servizio ed inoltre che si deve ritenere tuttora vigente l'art. 9 della legge 221/1968.

ziario da parte delle farmacie (farmacisti) rurali.

Alcune delle proposte di legge in esame per il riordino del sistema di dispensazione del farmaco, apportano modifiche alla legislazione vigente in materia di farmacie rurali. L'art. 3 comma 1 del DdL n. 863²⁶, prevede che *"Nei comuni, frazioni decentrate di comuni, quartieri decentrati privi di esercizio farmaceutico, con popolazione residente inferiore a 1.200 abitanti, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su richiesta del comune, effettuata con apposita delibera del consiglio comunale, possono istituire un presidio farmaceutico che viene affidato in gestione alla farmacia più vicina."* Per l'apertura del presidio farmaceutico sono poi previsti alcuni requisiti minimi come:

- un orario minimo di apertura di 30 ore settimanali;
- la dotazione di tutti i farmaci obbligatori e l'utilizzo di attrezzature idonee;
- inoltre, il farmacista che accetta di gestire il presidio farmaceutico, deve avere alle proprie dipendenze almeno un farmacista idoneo alla titolarità dello stesso.

È prevista, in parziale deroga al comma 1, anche l'istituzione di una farmacie nei comuni con non meno di 1.200 abitanti (ove non sia già presente una farmacia o presidio farmaceutico) e ove non ci siano farmacie o presidi farmaceutici situati ad una distanza inferiore ai 3.000 metri (o 1.500 metri in caso di ostacoli che rendano difficile la normale viabilità).

Per sopperire al disagio economico/finanziario che le farmacie in questione (e i farmacisti titolari di presidi farmaceutici) affrontano, si prevede un contributo per la gestione a carico del comune per un ammontare massimo di 6.000 euro all'anno²⁷ a meno che il fatturato da SSN superi i 250.000 euro all'anno.

Il DdL n. 3289 all'articolo 12 comma 5, in linea con i due disegni di legge, prevede l'istituzione di presidi farmaceutici *"... in località con popolazione non inferiore a 1.000 abitanti, di non più di un presidio farmaceutico sussidiario della farmacia esistente, entro il perimetro di ciascuna sede farmaceutica, situato ad almeno 2.000 metri di distanza dalle farmacie o dai presidi farmaceutici esistenti indipendentemente dal comune dove hanno sede."* L'orario di apertura è fissato in questo caso a 20 ore settimanali e la responsabilità è affidata al titolare della farmacia da

²⁶ In linea con le disposizioni contenute nell'articolo 3 del DdL n. 863 sono le disposizioni contenute nell'articolo 6 del DdL n. 1377.

²⁷ I fondi necessari al finanziamento del contributo sono resi disponibili dall'istituzione di un fondo di solidarietà al quale vengono versati annualmente contributi pari allo 0,2% del fatturato (da ricette del SSN) di tutte le farmacie.

cui dipende e deve essere condotto da un farmacista iscritto all'albo professionale.

L'articolo 23 dello stesso disegno di legge, classifica le farmacie in: rurali (comma 1 "*Le farmacie situate nei comuni o loro frazioni, centri abitati o località, risultanti dagli statuti comunali, con popolazione non superiore a 5.000 abitanti ...*") ed urbane (comma 2 "*Le farmacie situate nei luoghi di cui al comma 1 con popolazione superiore a 5.000 abitanti sono classificate urbane.*"). Alle farmacie rurali è data la possibilità di godere, come avviene tuttora, di sovvenzioni che leniscano la situazione di disagio economico in cui versano. È previsto che la sovvenzione sia "*in misura inversamente proporzionale al fatturato annuo della farmacia, al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA) e degli sconti previsti dalla normativa vigente, se non superiore a 300.000 euro ...*" e che sia "*... erogata in relazione a sei scaglioni di 50.000 euro di fatturato al netto dell'IVA e degli sconti previsti dalla normativa vigente tra un minimo di 5.000 euro per lo scaglione maggiore e un massimo di 30.000 euro per lo scaglione minore ...*"²⁸.

Infine, il DdL n. 1627 all'articolo 6 definisce le farmacie "disagiate" come quelle che hanno "*... un fatturato annuo complessivo non superiore a 500.000 euro.*" consentendo loro di richiedere al comune presso cui ha sede la farmacia un contributo di gestione tra i 4.000 ed gli 8.000 euro annui²⁹.

²⁸ Gli oneri derivanti dal pagamento della sovvenzione sono posti a carico delle regioni e delle provincie autonome nonché dei comuni e con la partecipazione delle farmacie urbane e delle farmacie rurali che non godono di sovvenzioni ubicate nella provincia dove hanno sede le farmacie sovvenzionate.

²⁹ Anche in questo caso è prevista l'istituzione di un fondo di solidarietà in linea con i disposti del DdL n. 863 e del DdL n. 1377.

4. Un case study: le farmacie della provincia di Chieti

Prima di entrare nell'analisi vera e propria del sistema delle farmacie (e parafarmacie) della provincia di Chieti, è utile fornire qualche dato sulla struttura demografica e sulla conformazione territoriale della stessa.

La provincia abruzzese di Chieti conta 396.852 abitanti³⁰ e si estende su di una superficie di circa 2.588 kmq. Fanno parte della provincia di Chieti 104 comuni. Se si escludono i maggiori dieci comuni (Chieti, Vasto, Lanciano, Francavilla al Mare, Ortona, San Salvo, San Giovanni Teatino, Atesa, Guardiagrele e Casalbordino) che con i loro 236.809 abitanti contano per circa il 60% della popolazione residente totale della provincia, i restanti 94 comuni hanno una popolazione media di circa 1.702 abitanti per un totale di 160.043 abitanti residenti.

Dal punto di vista della conformazione territoriale, la provincia di Chieti presenta un territorio prevalentemente collinare e montuoso³¹ caratterizzato dal susseguirsi di valli parallele (nella maggior parte delle quali scorrono corsi d'acqua di varie dimensioni). Il paesaggio nella parte più settentrionale della provincia si presenta più aspro e disabitato mentre nella parte meridionale è più dolce e ricco di piccoli comuni sparsi. Il territorio pianeggiante è presente solo in prossimità delle valli (le principali sono la Val Pescara e la Val di Sangro). Infine, in molte zone del territorio provinciale, si presentano aree boschive con una massiccia presenza di riserve naturali come ad esempio quelle istituite all'interno del Parco Nazionale della Majella.

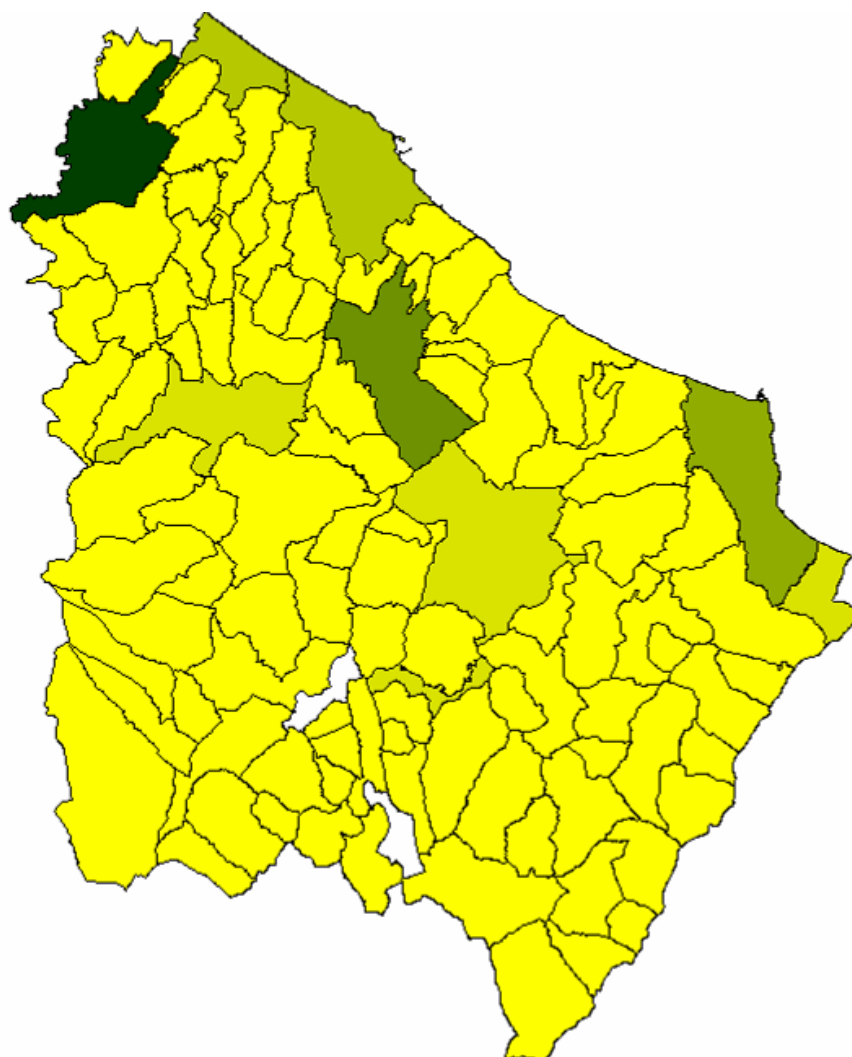
Dalla breve descrizione presentata e dai dati appena esposti, si comprende quindi come la provincia sia costituita in gran parte da comuni di piccole dimensioni in termini di abitanti ed il territorio, prevalentemente collinare e montano, possa costituire un, seppur limitato, limite agli spostamenti degli abitanti da comune a comune. La scelta della provincia di Chieti come case study risulta quindi appropriata per fare alcune considerazioni circa la struttura della dispensazione del farmaco effettuata dalle farmacie e dagli esercizi commerciali previsti dal decreto "Bersani" sulle liberalizzazioni del 2006. In altre parole, si vuole capire in primo luogo come, in un contesto come quello della provincia di Chieti, funzioni l'attuale sistema della

³⁰ Fonte Istat, Bilancio demografico mensile, 1° Gennaio 2010 (<http://demo.istat.it/index.html>).

³¹ Nella provincia si trova buona parte del massiccio della Majella, il secondo degli Appennini per altezza con i 2.793 metri della sua vetta più elevata, il monte Amaro. La sua orografia include 61 monti e 75 colline diversificate.

pianta organica, e dei sistemi di sovvenzione delle farmacie più disagiate (leggasi rurali), ed in secondo luogo in che modo l'innovazione delle parafarmacie e dei corner della salute nei punti vendita della GDO si sia diffusa nella provincia teatina.

Figura 2 – Farmacie (e dispensari farmaceutici) presenti nella Provincia di Chieti



Fonte: elaborazioni RESc su dati "Tracciabilità del farmaco", Ministero della Salute. Dati aggiornati al 1° Febbraio 2011.

Come mostrato nella Figura 2, l'utilizzo della pianta organica ha come principale risultato la diffusione delle farmacie³² su tutto il territorio della provincia di Chieti.

³² I dati comprendono anche i dispensari farmaceutici.

Pennadomo e Roio del Sangro risultano essere gli unici due comuni della provincia sprovvisti di farmacia o dispensario farmaceutico. Come indicato dalla gradazione dei colori (il numero di farmacie aumenta passando dal giallo al verde, le aree bianche ne risultano al contrario prive), i comuni situati sulla costa adriatica (o nelle sue prossimità) sono, in generale, i comuni con il maggior numero di farmacie anche in virtù della loro maggiore grandezza in termini di popolazione residente. Infatti, i comuni che presentano il maggior numero di farmacie sono Chieti (16), Lanciano (9), Vasto (8), Francavilla al Mare (6) ed Ortona (6).

In media nella provincia, una farmacia è al servizio di 2.512 abitanti un dato ben al di sotto della media nazionale di 3.374 abitanti per farmacia ed in linea con la media regionale di 2.664 abitanti per farmacia. Nei primi cinque maggiori comuni della provincia in termini di popolazione³³, il numero di abitanti servito in media da ciascuna farmacia è in linea con quanto previsto dall'articolo 1 della legge n. 362/1991, cioè una farmacia ogni 4.000 abitanti. Si discostano leggermente da tale dato il comune di Chieti con 3.394 abitanti per farmacia (più farmacie rispetto a quanto previsto dalla legge) ed il comune di Vasto con 4.976 abitanti per farmacia (meno farmacie).

Nonostante quindi la conformazione del territorio, prevalentemente collinare e montuoso, l'uso dello strumento della pianta organica ha reso accessibile (almeno una) farmacia alla totalità dei cittadini della provincia.

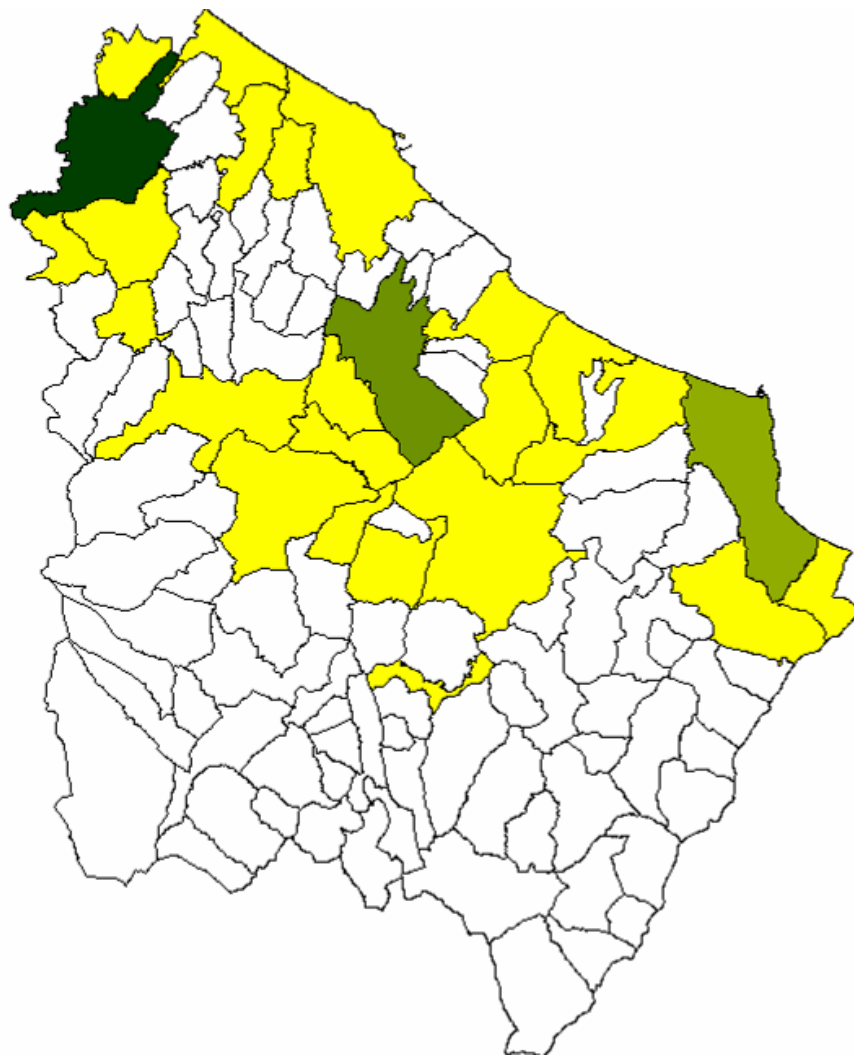
Completamente differente è, al contrario, la presenza degli esercizi di vicinato e dei corner della salute presenti nella Grande Distribuzione Organizzata (GDO) sorti negli anni a seguire del decreto "Bersani" sulla liberalizzazione della vendita dei farmaci di automedicazione.

Come mostrato in Figura 3, nella maggioranza dei 104 comuni della provincia di Chieti non è presente alcun tipo di esercizio commerciale autorizzato per la vendita di farmaci OTC e SOP. Gli esercizi di vicinato ed i corner, spinti dalla loro natura commerciale, si posizionano nei comuni più grandi in termini di popolazione quali sono Chieti, Vasto e Lanciano che contano rispettivamente 11, 4 e 5 tra esercizi di vicinato e corner della salute. Nella provincia, in media, una parafarmacia è a disposizione di 8.444 abitanti.

Emerge come, a quasi cinque anni dal decreto "Bersani", la presenza sul territorio (soprattutto per quanto riguarda i comuni di più modeste dimensioni) delle parafarmacie sia tutt'altro che capillare come nel caso delle farmacie.

³³ Chieti (54.305 abitanti), Vasto (39.811), Lanciano (36.442), Francavilla al Mare (24.514) ed Ortona (23.892).

Figura 3 – Esercizi di vicinato e corner della salute nella GDO presenti nella Provincia di Chieti



Fonte: elaborazioni RESc su dati "Tracciabilità del farmaco", Ministero della Salute. Dati aggiornati al 5 Aprile 2011.

Come abbiamo appena accennato, la componente economica gioca sicuramente un ruolo fondamentale nel posizionamento degli esercizi di vicinato introdotti con il decreto sulle liberalizzazioni del 2006. Alcuni dati di bilancio, delle farmacie della provincia³⁴, ci aiutano a comprendere meglio il perché di tale situazione.

Il campione delle farmacie private della provincia di Chieti, di cui sono a disposi-

³⁴ Si ringrazia il Centro Servizi Federfarma di Chieti ed Assofarm per la fornitura dei dati.

zione i dati di bilancio³⁵, è composto come segue:

- 10 farmacie urbane;
- 38 farmacie rurali, di cui 33 sussidiate (con 3 dispensari farmaceutici); e ...
- 9 farmacie comunali.

In media dal campione emerge come le farmacie urbane abbiano un bacino di utenza maggiore rispetto alle farmacie rurali e alle farmacie rurali sussidiate. Infatti, abbiamo che il numero di abitanti servito da ciascuna farmacie è pari 3.634 per le farmacie urbane, 2.625 per le farmacie rurali e 1.319 per le farmacie rurali sussidiate. Le farmacie comunali³⁶ in media servono 3.819 abitanti.

Degna di nota è poi la composizione della popolazione servita dalle diverse tipologie di farmacie soprattutto in termini di età dei pazienti. Le farmacie urbane del campione, servono in media 765 abitanti over 65 contro i 565 (338) delle farmacie rurali (rurali sussidiate) e i 775 delle farmacie comunali. Rapportando tali valori alla media degli abitanti, indipendentemente dall'età degli stessi, serviti da ciascuna tipologia di farmacia si hanno i seguenti risultati:

- il 21,1% degli abitanti serviti dalle farmacie urbane ha un'età superiore ai 65 anni;
- il 21,5% del bacino di utenza delle farmacie rurali è composto in media da abitanti over 65;
- per le farmacie rurali sussidiate il 25,6%, il valore massimo tra le quattro categorie di farmacie, della loro utenza è rappresentato da persone con 65 anni di età;
- il 20,3% degli abitanti serviti dalle farmacie comunali ha un'età superiore ai 65 anni. La percentuale più bassa tra le quattro tipologie di farmacie.

La differenza della quota della popolazione anziana (over 65) sulla popolazione in

³⁵ È opportuno sottolineare come i risultati di seguito presentati si riferiscano ad una parte delle farmacie della provincia e come questi, sebbene forniscano utili informazioni e possibili considerazioni, non possano in alcun caso essere estesi alla generalità delle farmacie italiane necessitando a tal fine di avere a disposizione una banca dati di maggiori dimensioni e territorialmente diversificata.

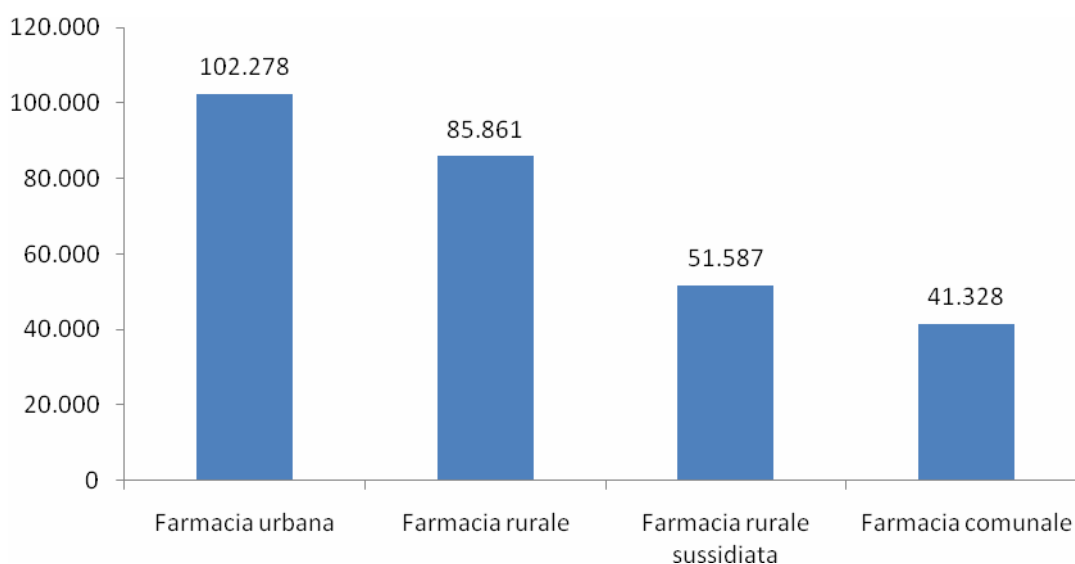
³⁶ Le farmacie comunali presenti nel campione, sono ubicate tutte in grandi comuni in termini di popolazione residente. Abbiamo, infatti, che delle nove farmacie comunali, tre si trovano sul territorio del comune di Chieti (54.305 abitanti), due sul territorio del comune di Lanciano (36.442 abitanti), una sul territorio del comune di Atesa (10.753 abitanti), una sul territorio del comune di Guardiagrele (9.537), una sul territorio del comune di San Giovanni Teatino (12.087 abitanti) ed una sul territorio del comune di Vasto (39.811 abitanti).

media servita da ciascuna farmacia non è irrilevante se si tiene a mente come gli anziani siano, per ovvie ragioni, i maggiori fruitori di prestazioni mediche e di farmaci in genere. Tale considerazione può in qualche modo influenzare i risultati di bilancio delle quattro categorie di farmacie che andiamo ad analizzare nella restante parte del rapporto .

L'analisi di bilancio mette subito in evidenza la differenza che esiste nel risultato di gestione³⁷ di ciascuna delle quattro categorie di farmacie considerate. L'utile di esercizio (ante imposte) delle farmacie urbane è, in media, pari a 102.278 euro per scendere a quota 85.861 euro per le farmacie rurali e a 51.587 euro per le farmacie rurali sussidiate. Si evince quindi il netto calo degli utili d'esercizio che sussiste passando dalle farmacie urbane alle farmacie rurali sussidiate il cui utile d'esercizio è all'incirca pari al 50% di quello delle farmacie urbane. Le farmacie comunali infine presentano un utile d'esercizio medio di 41.328 euro (Figura 4).

L'utile di esercizio (ante imposte) per le farmacie rurali sussidiate sale a 54.731 euro se si considera anche l'indennità aggiuntiva per alleviare la situazione di disagio in cui versano tale categoria di farmacie.

Figura 4 – Utile medio d'esercizio (ante imposte) per tipologia di farmacia



Fonte: elaborazioni RESc su dati Federfarma e Assofarm.

³⁷ I dati di bilancio si riferiscono all'esercizio 2009.

Analizzando adesso l'efficienza delle farmacie, misurata come rapporto tra ricavi e costi, emerge un risultato interessante e che merita di essere ulteriormente indagato. Le farmacie rurali, comprese quelle sussidiate, presentano un rapporto maggiore rispetto le farmacie urbane; in altre parole, le farmacie rurali sono più efficienti rispetto alle farmacie urbane. L'indice di efficienza calcolato come detto in precedenza, assume un valore di 1,08 per le farmacie urbane, 1,12 (1,13) per le rurali (rurali sussidiate) ed 1,03 per le farmacie comunali. Quindi per ogni euro speso, le farmacie urbane, riescono a produrre ricavi per un euro e otto centesimi contro un euro e dodici (tredici) centesimi per le farmacie rurali (rurali sussidiate). Le farmacie comunali, come atteso, sono le meno efficienti e per ogni euro speso riescono a produrre ricavi per un euro e tre centesimi.

Anche l'analisi di redditività, misurata come rapporto tra utili di esercizio e ricavi, mette in evidenza come le farmacie rurali siano in prima analisi ed in media più redditizie rispetto alle altre categorie di farmacie. Le farmacie urbane presentano una redditività del 7,1% contro il 10,9% (11,2%³⁸) per le farmacie rurali (rurali sussidiate) ed appena il 2,6% per le farmacie comunali³⁹.

Approfondendo l'analisi emerge come tali risultati sono dovuti ai maggiori costi che le farmacie urbane devono sostenere durante l'esercizio. Mediamente, il costo che maggiormente distingue le farmacie urbane da quelle rurali è rappresentato dai costi del personale⁴⁰. Infatti, le farmacie rurali sono nella maggior parte dei casi farmacie in cui il titolare è l'unico farmacista che presta la propria opera e sono in una percentuale minore le farmacie rurali si avvalgono di farmacisti collaboratori.

Se si escludono i costi del personale dai costi totali e si ricalcolano i due indici presi in considerazione, i valori delle diverse farmacie convergono ad uno stesso valore. L'indice di efficienza, infatti, si attesta a 1,16 per le farmacie urbane e a 1,18 (1,18) per le farmacie rurali (rurali sussidiate). Un balzo si registra invece per le farmacie comunali che registrano un valore di 1,44 evidenziando come le spese per il personale gravino in maniera considerevole per tale categoria di farmacie, anche in relazione all'ampia gamma di servizi offerti che si differenziano da quelli offerti in generale dalle altre categorie di farmacie. Una convergenza nei valori si registra anche per l'indice di redditività una volta che si estrapolano i costi del personale dai costi totali. Le farmacie urbane sono denotate da un valore 14,1% con-

³⁸ La redditività sale all'11,9% se si considera anche l'indennità aggiuntiva.

³⁹ È utile ricordare come le farmacie comunali spesso forniscano tutta una serie di servizi sociali che le altre farmacie non forniscono. Un esempio è costituito dall'assistenza specialistica scolastica.

⁴⁰ Un'altra categoria di costo che incide maggiormente sulle farmacie urbane rispetto alle farmacie rurali è rappresentato dai costi di locazione dei locali della farmacia stessa.

tro il 15,2% (15,3%⁴¹) delle farmacie rurali (rurali sussidiate). Anche in questo caso, per le farmacie comunali si registra un balzo notevole nel valore che si attesta al 30,3% evidenziando ancora una volta l'enorme impatto delle spese per il personale per tale categoria di farmacie.

È interessante analizzare i dati di bilancio anche in considerazione del numero di abitanti, cioè il bacino di utenza, in media servito da ciascuna delle diverse categorie delle farmacie e come questo influenzi la dinamica dei costi, dei ricavi e di conseguenza degli utili d'esercizio delle farmacie.

Dal lato dei costi emerge con chiarezza come le farmacie urbane della provincia di Chieti affrontino costi in media più elevati rispetto alle altre farmacie (ad esclusione delle farmacie comunali). Per ciascun abitante servito, le farmacie urbane registrano un costo annuo pari a 370,83 euro contro i 267,46 euro delle farmacie rurali ed i 310,30 euro delle farmacie rurali sussidiate. Le farmacie comunali mostrano un valore di 402,35 euro annui per ciascun abitante servito.

Discorso diverso vale per i ricavi delle farmacie per abitante. Infatti, le farmacie urbane registrano un ricavo per abitante pari a 398,97 euro annui contro i 300,18 (349,41) euro delle farmacie rurali (rurali sussidiate). Leggermente superiori alle farmacie urbane sono i ricavi per abitante delle farmacie comunali che si attestano sui 413,17 euro per abitante ed anche in questo caso il dato è da attribuire alla gamma maggiore di servizi offerti rispetto alle altre categorie di farmacie.

Dalla combinazione dei costi con i ricavi, si evince che gli utili d'esercizio (ante imposte) delle farmacie urbane del campione sono in media pari a 28,15 euro per abitante contro i 32,71 (39,11⁴²) euro per le farmacie rurali (rurali sussidiate) e 110,82 euro per le farmacie comunali.

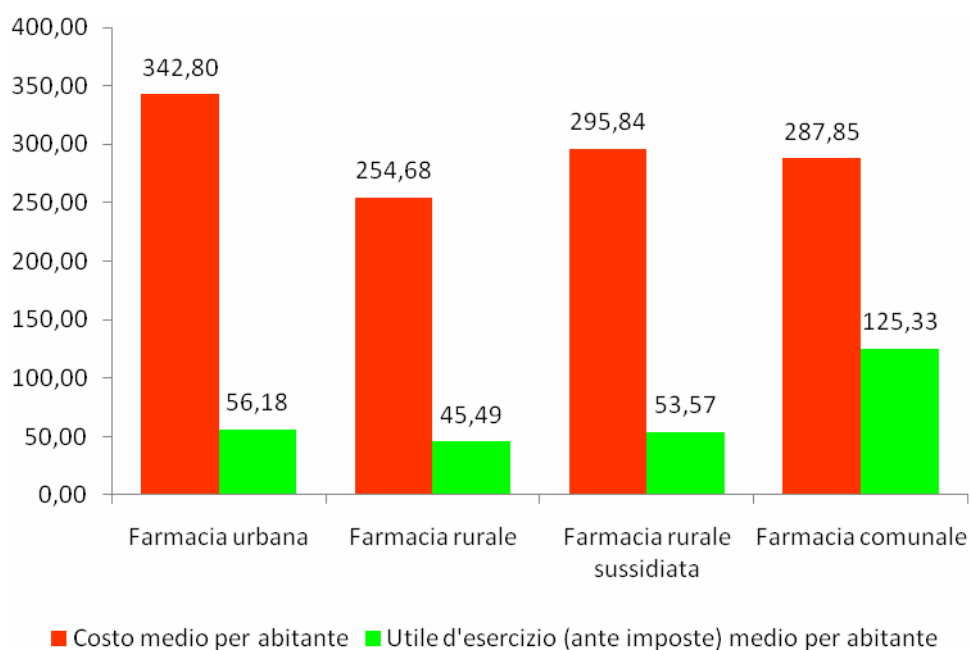
Ripetendo l'analisi escludendo i costi del personale (Figura 5), che come abbiamo visto in precedenza impattano maggiormente sulle farmacie urbane, abbiamo come le farmacie urbane siano ancora connotate da più elevati costi (pari a 342,8 euro annui) rispetto alle altre tipologie di farmacie. In particolare, le farmacie rurali sono quelle che con 254,68 euro annui, registrano in media il minor costo per abitante. Le farmacie urbane registrano un utile di esercizio (ante imposte) per abitante ed al netto dei costi del personale maggiore rispetto alle farmacie rurali e a quelle rurali sussidiate. Infatti, per la prima tipologia di farmacie si registra un utile per abitante servito pari a 56,18 euro annui contro i 45,49 euro delle farmacie rurali e i 53,57 euro per le farmacie rurali sussidiate. Le farmacie comunali infine mostrano un utile d'esercizio (ante imposte) per abitante pari a 125,33 euro evi-

⁴¹ Il valore sale al 16% se si considera l'indennità aggiuntiva.

⁴² Pari a 41,49 euro se si include l'indennità aggiuntiva.

denziando ancora una volta il peso rilevante dei costi del personale nella gestione di tali farmacie.

Figura 5 – Costo medio per abitante ed utile d'esercizio (ante imposte) medio per abitante escludendo i costi del personale e per tipologia di farmacia



Fonte: elaborazioni RESc su dati Federfarma e Assofarm.