Luca Ferrucci

Dalla farmacia "protetta" alla farmacia dei servizi: evoluzione regolatoria, assetti proprietari e nuove traiettorie economiche del settore

1. Alle origini della regolamentazione: il paradigma del protezionismo "assoluto"

Gli anni Trenta rappresentano, per l'Italia, una fase decisiva nella ridefinizione del rapporto tra Stato, mercato e attività economiche. La crisi mondiale avviatasi nel 1929 negli Stati Uniti e propagatasi rapidamente alle economie europee mise in discussione la fiducia nei meccanismi spontanei del mercato e favorì, in molti ordinamenti, un rafforzamento dell'intervento pubblico. Nel caso italiano, tale tendenza si innestò su una visione politico-istituzionale di tipo corporativo, che attribuiva allo Stato una funzione di direzione, controllo e, in alcuni casi, intervento diretto nei settori ritenuti strategici o socialmente sensibili.

È sufficiente ricordare, in questa prospettiva, l'istituzione dell'IRI nel 1933, destinato a divenire la principale holding pubblica di partecipazione azionaria nelle grandi imprese industriali e finanziarie del Paese, e la riforma bancaria del 1936, che superò il modello della banca mista e introdusse una netta separazione tra credito ordinario a breve termine e credito speciale a medio-lungo termine. Questi provvedimenti non riguardano direttamente il settore farmaceutico, ma contribuiscono a delineare il clima istituzionale ed economico entro il quale maturò anche la disciplina delle farmacie: un contesto nel quale lo Stato non si limita a correggere eventuali fallimenti del mercato, ma tende a sostituirsi al mercato nella definizione delle condizioni di accesso, localizzazione, esercizio e remunerazione di attività ritenute di interesse pubblico.

Luca Ferrucci, *Dalla farmacia "protetta"…*, Università degli Studi di Perugia, © 2026 Author(s), CC BY 4.0 Published by Morlacchi Editore U.P., in L. Ferrucci, A. Bartolini, G. Vinti (a cura di), *La farmacia dei servizi…*, 10.61014/ACI/vol5, ISBN 978-88-9392-731-4 | DOI 10.61014/ACI/vol5/Ferrucci/cap3

In questo quadro si colloca il Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, noto come Testo unico delle leggi sanitarie. Esso rappresenta il primo grande tentativo di sistematizzazione organica della disciplina sanitaria italiana e, al suo interno, definisce anche l'assetto regolatorio dell'attività farmaceutica. La farmacia viene configurata non come una normale impresa commerciale, ma come un presidio sanitario sottoposto a una penetrante regolazione pubblica. L'attività economica della farmacia è quindi ricondotta entro una logica di servizio pubblico, nella quale la libertà imprenditoriale è subordinata alla tutela dell'interesse generale.

Da un punto di vista economico, la disciplina del 1934 costruisce un paradigma che può essere definito di protezionismo "assoluto". Tale protezionismo opera su più livelli. Esso riguarda, anzitutto, il soggetto abilitato a esercitare l'attività; in secondo luogo, la localizzazione territoriale della farmacia; in terzo luogo, il numero di autorizzazioni disponibili; infine, i prezzi, gli orari e le modalità di svolgimento del servizio. A ciò si aggiunge il ruolo centrale del Prefetto, figura istituzionale che esprime una logica fortemente centralistica di governo e che diviene il principale garante amministrativo dell'equilibrio tra bisogni sanitari della popolazione e organizzazione territoriale dell'offerta farmaceutica.

Il primo elemento del modello protezionistico riguarda il requisito soggettivo. La vendita al dettaglio dei medicinali è riservata al farmacista, cioè a una persona fisica in possesso di specifici requisiti professionali. L'art. 122 del Testo unico stabilisce che la vendita al pubblico di medicinali non è permessa che ai farmacisti e deve essere effettuata nella farmacia sotto la responsabilità del titolare. Anche per le farmacie di proprietà pubblica, l'art. 121 prevede che la direzione debba essere affidata a un farmacista iscritto all'albo professionale.

La ratio di questa impostazione va ricercata nella natura della professione farmaceutica quale professione intellettuale protetta. Lo Stato ritiene che la tutela della salute pubblica richieda un presidio professionale qualificato e che, pertanto, l'accesso all'esercizio dell'attività debba essere riservato a soggetti dotati di preparazione scientifica, abilitazione professionale e responsabilità personale. In questa prospettiva, il farmacista non è considerato soltanto un operatore economico, ma un soggetto investito di una funzione pubblica o para-pubblica, chiamato a garantire la corretta dispensazione del farmaco e la qualità del servizio reso alla collettività.

Si determina così una sovrapposizione pressoché perfetta tra proprietà, titolarità professionale e responsabilità gestionale. La farmacia è pensata come impresa individuale, non come organizzazione societaria o come articolazione di un gruppo economico. Il capitale finanziario, le economie di scala, le strategie di aggregazione o la capacità manageriale non sono considerati fattori centrali per la qualità del servizio. Al contrario, l'elemento determinante è individuato nella figura personale del farmacista-titolare. Da ciò discende una visione soggettivistica dell'attività farmaceutica: è la qualità professionale ed etica del titolare, più che la struttura organizzativa dell'impresa, a costituire la garanzia essenziale per il cittadino.

Accanto al vincolo soggettivo si colloca il vincolo territoriale. L'art. 109 collega l'apertura della farmacia alle necessità dell'assistenza farmaceutica locale. L'autorizzazione è valida per una determinata sede e non consente al titolare di estendere liberamente la propria attività in altre località. L'ambito spaziale di operatività della farmacia è dunque rigidamente delimitato. Ne deriva, da un lato, l'impossibilità di costituire catene di farmacie appartenenti a un unico soggetto proprietario; dall'altro, l'impossibilità per il singolo farmacista di sviluppare forme di crescita esterna o di integrazione territoriale della propria attività.

L'art. 112 esprime con chiarezza questo principio, vietando il cumulo di due o più autorizzazioni in capo al medesimo soggetto. Chi sia già autorizzato all'esercizio di una farmacia può concorrere per un'altra sede, ma decade dalla prima autorizzazione qualora ottenga la seconda e non vi rinunci entro il termine previsto. Dal punto di vista economico, tale disposizione impedisce la formazione di reti proprietarie, limita le possibilità di conseguire economie di scala e riduce gli incentivi alla crescita dimensionale. La farmacia rimane così un'unità economica individuale, localizzata, non replicabile e non integrabile in strutture imprenditoriali più ampie.

Il protezionismo territoriale opera anche sul versante concorrenziale. In un determinato ambito spaziale, l'esistenza di una o più farmacie già autorizzate può precludere l'apertura di ulteriori esercizi, laddove l'autorità pubblica non ravvisi nuove esigenze di assistenza farmaceutica. La concorrenza non è quindi il risultato dell'incontro tra domanda e offerta, ma viene amministrativamente dosata. Il numero degli operatori è stabilito sulla base di una valutazione pubblica del fabbisogno

territoriale. In questo modo, la farmacia esistente può beneficiare di una posizione protetta, soprattutto nei contesti nei quali la domanda è sufficiente a garantirne la sostenibilità economica, ma non tale da giustificare l'autorizzazione di una nuova sede.

Questo vincolo concorrenziale è rafforzato dall'art. 110, che prevede, per il nuovo concessionario, l'obbligo di rilevare l'esercizio farmaceutico esistente dal precedente titolare o dai suoi eredi, corrispondendo anche una specifica indennità di avviamento. Tale previsione protegge il valore economico della farmacia esistente e riconosce implicitamente che l'autorizzazione amministrativa genera un valore patrimoniale. La farmacia, pur essendo formalmente un presidio sanitario regolato, assume anche la natura di bene economico trasferibile, il cui valore dipende in misura rilevante dalla scarsità amministrativamente prodotta delle autorizzazioni.

Nei Comuni con popolazione inferiore a cinquemila abitanti, nei quali non esista una farmacia o il concorso per assegnarla sia andato deserto, il Testo unico prevede specifici strumenti di sostegno pubblico. In particolare, viene introdotta un'indennità di residenza a favore del farmacista nominato a seguito di concorso. Una forma analoga di sostegno è prevista anche per le farmacie rurali non di nuova istituzione con reddito medio imponibile inferiore a determinate soglie. La logica economica è evidente: laddove il mercato non produce condizioni sufficienti per assicurare la presenza del servizio farmaceutico, lo Stato interviene attraverso un sussidio volto a rendere sostenibile l'attività.

Questa impostazione risponde a un'esigenza di equità territoriale. La farmacia, infatti, non è considerata soltanto un'attività economica, ma un presidio essenziale di accesso al farmaco. In assenza di un intervento pubblico, le aree meno popolate o meno redditizie rischierebbero di rimanere prive del servizio. Il sussidio pubblico consente quindi di correggere un potenziale fallimento del mercato, garantendo una distribuzione territoriale dell'offerta non necessariamente coerente con la sola logica della profittabilità.

Tuttavia, la teoria economica consente di evidenziare anche alcuni limiti di questa soluzione. Una farmacia sussidiata può avere minori incentivi a ricercare nuove strategie imprenditoriali, a migliorare l'efficienza gestionale o a sviluppare servizi aggiuntivi in grado di aumentarne la redditività. Inoltre, un sussidio definito in modo relativamente

standardizzato rischia di non cogliere le effettive differenze tra contesti territoriali. Due farmacie collocate in Comuni di dimensioni simili possono infatti presentare condizioni economiche molto diverse, a seconda della struttura demografica, della presenza turistica, della vicinanza ad assi viari, dell'accessibilità del territorio o della disponibilità di servizi sanitari complementari.

Si pone inoltre un problema di asimmetria informativa. Il farmacista conosce in modo molto più preciso dell'autorità pubblica la struttura dei propri costi e dei propri ricavi. La commissione incaricata di stabilire l'indennità può quindi trovarsi in difficoltà nel valutare il reale fabbisogno economico della farmacia. Da questo punto di vista, la teoria economica suggerirebbe possibili strumenti alternativi o complementari rispetto al sussidio amministrativamente determinato: dalla gestione pubblica diretta della farmacia nei contesti strutturalmente non remunerativi, fino a meccanismi competitivi di assegnazione nei quali il servizio venga affidato al soggetto che, a parità di requisiti qualitativi, richieda il minore contributo pubblico. In tale prospettiva, l'asta per il sussidio potrebbe risultare più efficiente del concorso tradizionale, perché permetterebbe di rivelare almeno in parte il costo effettivo necessario per garantire il servizio.

La natura pubblicistica del modello regolatorio emerge con particolare evidenza dal ruolo attribuito al Prefetto. Quest'ultimo è chiamato a concedere le autorizzazioni all'apertura delle farmacie, a disporne l'eventuale revoca, ad autorizzare i trasferimenti di sede, a valutare l'idoneità dei locali e a coordinare l'attività ispettiva relativa alla quantità e qualità dei medicinali disponibili. Il Prefetto stabilisce, in ultima istanza, se in un determinato territorio sussistano esigenze specifiche di assistenza farmaceutica tali da giustificare una nuova apertura.

In termini economici, il Prefetto assume il ruolo di regolatore sostitutivo del mercato. Egli è chiamato a svolgere una funzione di monitoraggio ex ante, in itinere ed ex post. Ex ante, valuta il fabbisogno territoriale e decide se autorizzare nuove sedi; in itinere, controlla le condizioni di esercizio; ex post, può intervenire con sanzioni, fino alla revoca dell'autorizzazione. La funzione informativa e selettiva che, in un mercato concorrenziale, sarebbe svolta dalla dinamica dei prezzi, dall'entrata di nuovi operatori e dalle scelte dei consumatori, viene qui affidata all'autorità amministrativa.

Questa impostazione è coerente con la cultura regolatoria del tempo, ma può essere letta criticamente attraverso alcune categorie della teoria economica. In particolare, nella prospettiva della Scuola austriaca e di Friedrich von Hayek, la sostituzione del mercato con una valutazione centralizzata pone un problema di conoscenza. Nessun decisore pubblico, per quanto competente, può disporre di tutte le informazioni disperse tra operatori, consumatori, territori e contesti locali. Attribuire al Prefetto la capacità di valutare in modo completo i bisogni di assistenza farmaceutica, la sostenibilità economica degli esercizi e l'opportunità di nuove aperture significa presupporre una capacità informativa molto ampia, difficilmente compatibile con la complessità reale dei mercati locali.

Una disciplina particolare riguarda le aree caratterizzate da forte variabilità demografica stagionale, come le località balneari, termali o turistiche. In tali contesti, il Prefetto può autorizzare l'apertura temporanea o stagionale di farmacie succursali. Anche questa previsione risponde a un'esigenza razionale: nei periodi di maggiore afflusso turistico, la popolazione effettivamente presente può risultare molto superiore a quella residente, generando una domanda farmaceutica aggiuntiva. Tuttavia, la gestione delle farmacie succursali è riservata ai farmacisti già presenti nel territorio comunale. La succursale diviene così non uno strumento di apertura concorrenziale, ma un'estensione temporanea della posizione degli operatori esistenti.

L'art. 116 rafforza ulteriormente questa logica, prevedendo che, a parità di condizioni, costituisca titolo di preferenza la maggiore vicinanza della farmacia esistente alla stazione o al luogo di cura. Dal punto di vista economico, ciò equivale a favorire l'estensione spaziale del monopolio o della posizione protetta del farmacista già insediato, anziché introdurre un nuovo operatore in grado di competere attraverso prezzi, servizi, assortimento o qualità dell'offerta. La farmacia succursale, pur nata per rispondere a una domanda temporanea, rimane quindi inserita nella medesima logica protezionistica del sistema ordinario.

Un ulteriore ambito di regolazione riguarda i prezzi. Le farmacie non dispongono di una reale autonomia nella politica di pricing dei medicinali. Già l'art. 125 del Testo unico stabilisce il divieto di vendere al pubblico medicinali a prezzo diverso da quello indicato nella tariffa. La tariffa stabilisce anche gli sconti che i farmacisti devono riconoscere

agli enti pubblici o privati aventi finalità di assistenza o beneficenza. Per alcune categorie di prodotti, come quelli opoterapici e biologici o i fermenti solubili, è vietata la vendita a un prezzo diverso da quello indicato sull'etichetta.

La disciplina successiva conferma questo impianto. La legge 9 ottobre 1964, n. 990, modificando alcune disposizioni in materia, prevede che almeno ogni due anni, in aderenza alle fluttuazioni dei costi di produzione, il Ministero della Sanità pubblichi la tariffa di vendita dei medicinali, sentito il parere della Federazione degli ordini dei farmacisti. È significativo che il parere della categoria professionale, pur non vincolante, sia inserito nel procedimento di determinazione dei prezzi. Ciò evidenzia una caratteristica tipica dei sistemi regolati: il regolatore pubblico è chiamato a tutelare l'interesse generale, ma interagisce strutturalmente con l'organizzazione rappresentativa degli operatori regolati, con il rischio che le preferenze della categoria incidano sulla formazione delle regole economiche del settore.

La fissazione amministrativa dei prezzi risponde all'esigenza di garantire uniformità, trasparenza e protezione del consumatore. Tuttavia, essa limita fortemente la concorrenza. Se gli operatori non possono differenziare i prezzi, la competizione si riduce ad altri elementi, come la prossimità territoriale, la cortesia del servizio, l'orario di apertura o l'assortimento dei prodotti non regolati. Nel caso dei medicinali sottoposti a tariffa, la farmacia non può competere attraverso sconti o strategie commerciali autonome. Ne consegue un'offerta tendenzialmente omogenea, nella quale la rendita derivante dalla localizzazione e dall'autorizzazione amministrativa assume un peso rilevante.

Accanto al Prefetto, anche i Sindaci e le commissioni provinciali esercitano alcune funzioni regolatorie, sebbene in posizione subordinata. I Sindaci intervengono sugli orari di apertura e chiusura e sull'organizzazione del servizio notturno. Questo potere produce una regolazione differenziata a livello comunale, con possibili variazioni anche tra territori contigui. Dal punto di vista del cittadino, ciò può tradursi in differenti livelli di accessibilità del servizio; dal punto di vista dell'operatore, può incidere sui costi organizzativi e sulla capacità di intercettare la domanda.

Le commissioni provinciali, composte dal medico provinciale, da un farmacologo e da un dottore in chimica o farmacia, sono invece incaricate

di svolgere ispezioni periodiche presso le farmacie. La normativa prevede almeno un'ispezione ogni biennio per ciascuna farmacia. Qualora siano rilevate irregolarità o condizioni non soddisfacenti, può essere attivato un procedimento sanzionatorio che, nei casi più gravi, conduce alla revoca dell'autorizzazione da parte del Prefetto. Anche sotto questo profilo, la farmacia si configura come un'attività economica sottoposta a un controllo pubblico continuo e non come una semplice impresa commerciale.

Il modello protezionistico delineato nel 1934 viene rafforzato e precisato dagli interventi legislativi del 1968. Con la legge 8 marzo 1968, n. 221, viene ridefinita la distinzione tra farmacie urbane e farmacie rurali. Le prime sono collocate in Comuni o centri abitati con popolazione superiore a cinquemila abitanti; le seconde operano in realtà con popolazione inferiore a tale soglia. Le farmacie rurali sono ulteriormente distinte in ordinarie e sussidiate. Le farmacie rurali sussidiate sono quelle collocate in centri con meno di tremila abitanti e beneficiano di specifiche condizioni di vantaggio economico, quali il sussidio pubblico, particolari agevolazioni nelle forniture al Servizio sanitario nazionale e, in alcuni casi, la possibilità di utilizzare locali messi gratuitamente a disposizione dall'amministrazione comunale. Le farmacie rurali ordinarie, collocate in centri tra tremila e cinquemila abitanti, possono beneficiare di condizioni favorevoli, in particolare sulle forniture al Servizio sanitario nazionale, se presentano un fatturato annuo inferiore a determinate soglie.

La logica economica sottostante è lineare. Si presume che una farmacia collocata in un centro con più di cinquemila abitanti possa operare in condizioni di sostenibilità economica. Al di sotto di tale soglia, invece, si ritiene necessario un intervento di sostegno pubblico, graduato in funzione della dimensione demografica del territorio. Il criterio demografico ha il vantaggio della semplicità amministrativa: è facilmente osservabile, consente una classificazione immediata e riduce i costi decisionali del regolatore. Tuttavia, proprio questa semplicità può generare inefficienze e distorsioni.

La domanda di prodotti farmaceutici, infatti, non dipende esclusivamente dalla popolazione residente. Essa può essere alimentata da pendolari, studenti, lavoratori temporanei, turisti, utenti di strutture sanitarie o assistenziali presenti nel territorio. Inoltre, a parità di popolazione residente, la domanda può variare sensibilmente in funzione

della composizione anagrafica: un Comune con un'elevata incidenza di popolazione anziana potrà generare una domanda farmaceutica maggiore rispetto a un Comune demograficamente più giovane. Anche le infrastrutture di collegamento incidono sul bacino effettivo di attrazione: una farmacia collocata lungo un asse viario importante o in prossimità di un nodo di transito può servire una popolazione effettiva ben più ampia di quella residente nel Comune.

Ne deriva che il criterio demografico può sovrastimare o sottostimare la reale sostenibilità economica delle farmacie. Alcune farmacie formalmente rurali possono beneficiare di una domanda aggiuntiva tale da generare extra-profitti; altre, pur collocate in Comuni di dimensioni superiori, possono trovarsi in condizioni di marginalità economica per ragioni legate alla dispersione territoriale, all'invecchiamento della popolazione, alla concorrenza di farmacie vicine o alla debolezza del tessuto socio-economico locale. La classificazione amministrativa, quindi, può produrre posizioni di rendita per alcuni operatori e insufficiente compensazione per altri.

Per attenuare alcune di queste rigidità, la legge del 1968 conferma la possibilità di istituire farmacie succursali nei territori caratterizzati da incrementi stagionali della popolazione. La valutazione della necessità di apertura è affidata all'autorità sanitaria locale, mentre la gestione viene attribuita tramite concorso a farmacisti già titolari di farmacie nel Comune o, in mancanza, nella Provincia. Anche in questo caso, tuttavia, la risposta regolatoria non introduce una piena apertura del mercato. Al contrario, conferma una logica localistica e protezionistica, limitando l'accesso a soggetti già inseriti nel sistema territoriale. Restano esclusi tanto i farmacisti titolari di altri territori quanto i farmacisti non titolari, pur eventualmente dotati di adeguata qualificazione professionale.

Sempre nel 1968, la legge 2 aprile 1968, n. 475, rafforza ulteriormente la visione soggettivistica della farmacia. Essa consolida l'idea secondo cui l'attività farmaceutica debba essere esercitata da un soggetto dotato di specifiche caratteristiche professionali e non da società di capitali o da organizzazioni imprenditoriali impersonali. La disciplina giunge ad abrogare le società sopravvissute sulla base della legislazione precedente, imponendone la cessione entro un anno a un farmacista iscritto all'albo. La farmacia viene così ricondotta in modo ancora più netto al modello dell'impresa professionale individuale.

Questa scelta normativa esprime un preciso giudizio di valore. Il legislatore considera il capitale finanziario un elemento non determinante, se non potenzialmente problematico, per la qualità del servizio farmaceutico. La qualità dell'attività viene fatta dipendere dalla preparazione scientifica, dalla responsabilità personale e dall'etica professionale del titolare. In questo modo, tuttavia, vengono sottovalutati i possibili vantaggi economici e organizzativi derivanti da forme societarie o aggregate: economie di scala negli acquisti, investimenti in tecnologie gestionali, maggiore capacità di allestire spazi di vendita moderni, ampliamento dei servizi offerti, migliore organizzazione del personale, maggiore capacità di negoziazione con i fornitori.

La conseguenza è una limitazione strutturale della crescita dimensionale del settore. La farmacia resta un'impresa di piccola scala, protetta sul piano territoriale, ma anche vincolata nella possibilità di innovare attraverso capitale, organizzazione e aggregazione. La regolazione protegge il farmacista-titolare dalla concorrenza esterna, ma al tempo stesso ne limita la libertà imprenditoriale. Si produce così un equilibrio peculiare: da un lato, l'operatore gode di una posizione amministrativamente tutelata; dall'altro, non può trasformare liberamente la farmacia in una piattaforma imprenditoriale più ampia.

Coerentemente con questa impostazione, anche il mercato dei diritti di proprietà delle farmacie è fortemente regolato. L'art. 12 della legge n. 475 del 1968 prevede che la titolarità di una farmacia privata possa essere trasferita solo a favore di un farmacista che abbia conseguito la titolarità o che sia risultato idoneo in un precedente concorso. Il potenziale mercato degli acquirenti è quindi limitato a una platea ristretta di soggetti professionalmente qualificati. Questa limitazione incide inevitabilmente sul valore economico della farmacia, poiché riduce la domanda potenziale per l'acquisto, ma al tempo stesso rafforza la scarsità del bene ceduto.

Il valore della farmacia dipende quindi da un intreccio complesso di fattori. Da un lato, la platea degli acquirenti è limitata e ciò potrebbe comprimere il prezzo di cessione. Dall'altro, la scarsità delle autorizzazioni, la protezione territoriale e la difficoltà di ottenere nuove sedi possono accrescere il valore patrimoniale dell'esercizio esistente. La farmacia non è soltanto un'impresa in funzionamento, ma anche un diritto amministrativo raro, collocato in uno spazio regolato e protetto.

È proprio questa combinazione tra limitazione dell'offerta e protezione della posizione acquisita a conferire alla titolarità farmaceutica una rilevanza patrimoniale significativa.

La disciplina incide anche sul comportamento del potenziale venditore. Il farmacista che cede la propria farmacia incontra forti limitazioni alla possibilità di rientrare nel settore. In particolare, non può concorrere all'assegnazione di un'altra farmacia se non dopo il decorso di un determinato periodo; può acquistare un'altra farmacia solo entro specifiche condizioni e, in alcuni casi, una sola volta nella vita; deve dimostrare requisiti professionali o idoneità concorsuali. In termini economici, la cessione non rappresenta una semplice riallocazione imprenditoriale, ma una scelta quasi definitiva di uscita dal mercato.

Questo aspetto è particolarmente rilevante. In molti settori economici, l'imprenditore può vendere un'attività e reinvestire in un'altra impresa dello stesso settore, magari in un diverso territorio o con un diverso modello organizzativo. Nel settore farmaceutico regolato, invece, la vendita della farmacia comporta una forte riduzione della libertà futura di rientro. Ciò può disincentivare la cessione e ridurre l'offerta di farmacie sul mercato. I venditori tenderanno a essere soprattutto coloro che intendono cessare stabilmente l'attività professionale. Anche questo contribuisce a rendere il mercato delle farmacie rigido, poco liquido e fortemente dipendente dalle regole amministrative.

Perfino in caso di morte del titolare, il legislatore conferma la centralità del binomio farmacista-proprietario. Gli eredi possono continuare l'attività solo in via provvisoria, sotto la responsabilità di un direttore farmacista, e per un periodo limitato. Successivamente, devono cedere la farmacia a un soggetto in possesso dei requisiti previsti. La proprietà ereditaria è quindi ammessa solo come situazione transitoria, non come forma stabile di dissociazione tra proprietà e gestione. Anche in questo caso emerge con chiarezza la logica del sistema: la farmacia può appartenere, in via ordinaria, solo a chi possiede la qualificazione professionale necessaria per esercitarla.

Nel complesso, la regolazione delle farmacie delineata tra il 1934 e il 1968 costruisce un modello chiuso, professionale, territoriale e amministrativamente protetto. La concorrenza è limitata nell'accesso, nella localizzazione, nei prezzi e nella possibilità di crescita dimensionale. Il

mercato non è assente, ma è fortemente incapsulato entro un sistema di autorizzazioni, vincoli soggettivi e controlli pubblici. La farmacia opera come impresa, ma non secondo le regole ordinarie dell'impresa commerciale; genera reddito e valore patrimoniale, ma in virtù di una posizione amministrativamente concessa; svolge una funzione economica, ma all'interno di una cornice sanitaria e pubblicistica.

Da un punto di vista economico, questo modello può essere interpretato come una risposta storica a due esigenze fondamentali: garantire la qualità professionale nella dispensazione del farmaco e assicurare la capillarità territoriale del servizio. Tuttavia, esso produce anche effetti collaterali rilevanti: riduzione della concorrenza, formazione di rendite di posizione, rigidità nell'allocazione territoriale dell'offerta, limitazione delle economie di scala, ostacoli all'innovazione organizzativa e difficoltà di adattamento a una domanda sanitaria sempre più differenziata. La successiva evoluzione normativa del settore farmaceutico italiano può essere letta, in larga misura, come il tentativo progressivo, e spesso contraddittorio, di correggere questi limiti senza rinunciare del tutto alla funzione pubblica e sanitaria della farmacia.

2. Gli anni Novanta: il paradigma della privatizzazione delle farmacie comunali e i primi segnali di cambiamento nella governance proprietaria delle farmacie private

Dopo un lungo periodo di sostanziale stabilità regolamentativa, nel quale il settore farmaceutico era rimasto saldamente ancorato al paradigma protezionistico delineato tra il 1934 e il 1968, gli anni Novanta introducono una prima fase di trasformazione profonda. Non si tratta ancora di una liberalizzazione compiuta del settore, né di una piena apertura alla concorrenza secondo i modelli propri di altri comparti dell'economia. Tuttavia, in questa fase iniziano a manifestarsi alcuni elementi di discontinuità destinati, nel tempo, a incidere in modo rilevante sulla configurazione proprietaria, organizzativa e concorrenziale delle farmacie italiane.

Il fattore iniziale di cambiamento può essere ricondotto, in larga misura, alla volontà di numerose amministrazioni comunali di ridefinire

il proprio ruolo proprietario nella gestione delle farmacie comunali. La privatizzazione, o comunque la trasformazione delle forme di gestione delle farmacie municipali, costituisce infatti il primo terreno sul quale si incrina il modello tradizionale fondato sulla coincidenza tra proprietà, titolarità professionale e gestione diretta. Tale trasformazione non nasce primariamente da una riflessione teorica sulla concorrenza nel settore farmaceutico, ma da un insieme di pressioni istituzionali, finanziarie e culturali che attraversano l'intero sistema pubblico italiano nel corso degli anni Novanta.

Le farmacie comunali entrano nell'ordinamento italiano con il Regio Decreto 15 ottobre 1925, n. 2578, che autorizza i Comuni a gestire direttamente farmacie. La loro presenza si rafforza poi nel corso del Novecento, soprattutto grazie alla legge 2 aprile 1968, n. 475, la quale attribuisce ai Comuni un diritto di prelazione sulla metà delle farmacie che si rendono vacanti e su quelle di nuova istituzione a seguito della revisione della pianta organica. La medesima disciplina prevede, inoltre, l'istituzione di nuove farmacie sulla base di un criterio demografico: una farmacia ogni cinquemila abitanti nei Comuni fino a 12.500 residenti e una ogni quattromila abitanti nei Comuni con popolazione superiore. Attraverso questo meccanismo, il legislatore manifesta una chiara volontà di rafforzare la presenza delle farmacie comunali accanto a quelle private, configurando un sistema misto nel quale la proprietà pubblica è considerata non solo legittima, ma anche funzionale alla tutela dell'interesse collettivo.

Le farmacie comunali rappresentano, dunque, assetti proprietari peculiari, le cui ragioni istituzionali ed economiche affondano nella storia amministrativa di molte municipalità italiane. La loro giustificazione può essere rintracciata contestualmente in ragioni di equità e di efficienza. Dal lato dell'equità, la farmacia comunale nasce come presidio pubblico in grado di assicurare l'accesso al farmaco anche a categorie sociali meno abbienti o residenti in territori nei quali l'offerta privata risultava insufficiente. Prima della costruzione di un sistema sanitario nazionale pienamente universalistico, e in un contesto nel quale l'accesso alle cure poteva essere economicamente proibitivo, la farmacia di proprietà comunale poteva svolgere una funzione calmieratrice: produzione interna di preparati, vendita a prezzi contenuti, attenzione alle fasce sociali vul-

nerabili, disponibilità di medicinali essenziali anche quando la domanda locale non era particolarmente redditizia.

Dal lato dell'efficienza, la presenza di una farmacia comunale poteva essere interpretata come uno strumento di correzione di particolari fallimenti del mercato. In molte realtà territoriali, soprattutto in passato, i vincoli alla mobilità spaziale dei cittadini erano assai significativi. L'assenza di mezzi di trasporto privati, la debolezza del trasporto pubblico, i tempi elevati di percorrenza e la distanza dai centri urbani maggiori facevano sì che la farmacia presente in un determinato Comune o in una determinata frazione potesse operare di fatto in condizioni di monopolio spaziale. In tali circostanze, la farmacia comunale poteva rappresentare un fattore di riequilibrio, limitando il potere di mercato dell'operatore privato o garantendo l'esistenza stessa del servizio in contesti nei quali la redditività attesa non avrebbe attratto un farmacista privato.

In alcuni centri urbani, inoltre, la farmacia comunale poteva svolgere una funzione di destabilizzazione di possibili equilibri collusivi tra farmacie private. In un mercato territorialmente protetto, nel quale il numero degli operatori è amministrativamente limitato e la concorrenza di prezzo sui medicinali è ridotta o assente, la presenza di un soggetto pubblico può avere un effetto disciplinante. Essa può indurre gli operatori privati a migliorare la qualità del servizio, ampliare gli orari, investire nella relazione con l'utenza o praticare politiche più favorevoli sui prodotti non rigidamente regolati. Per queste ragioni, storicamente, la farmacia comunale è stata considerata non come una deviazione dal modello ordinario, ma come una componente integrata dell'assetto complessivo del settore.

Vi è però un elemento strutturale che rende la farmacia comunale particolarmente interessante dal punto di vista economico-istituzionale. Essa determina, per definizione, una separazione tra proprietà e gestione. La proprietà appartiene al Comune, cioè a un ente pubblico territoriale; la gestione tecnico-professionale deve invece essere affidata a un direttore farmacista in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa. In altri termini, la farmacia comunale rompe già in origine il binomio stretto tra farmacista-proprietario e farmacia, che costituiva invece il principio ordinatore della farmacia privata. La proprietà pubblica può non essere farmacista; ciò che rileva è che la direzione dell'esercizio sia affidata a un soggetto professionalmente qualificato.

Questa dissociazione tra proprietà e gestione rende progressivamente più difficile sostenere, sul piano logico e regolatorio, l'assolutezza del modello soggettivistico applicato alle farmacie private. Se il Comune può essere titolare di una farmacia pur non essendo un farmacista, allora il requisito professionale non coincide necessariamente con la proprietà, ma può essere garantito attraverso la direzione tecnica. La farmacia comunale diventa così una sorta di Giano bifronte: da un lato conferma la funzione pubblica e sanitaria della farmacia; dall'altro mostra che la proprietà può essere separata dall'esercizio professionale, purché vi sia una direzione tecnica qualificata. Questa contraddizione latente diviene sempre più evidente proprio nel momento in cui gli enti locali iniziano a valutare forme di trasformazione o privatizzazione delle loro farmacie.

In questo contesto interviene la legge 8 giugno 1990, n. 142, che riforma l'ordinamento delle autonomie locali e introduce nuove possibilità organizzative per la gestione dei servizi pubblici locali. Per le farmacie comunali si apre la possibilità di utilizzare diverse forme gestionali: gestione in economia, azienda speciale, consorzi tra Comuni e società di capitali costituite tra il Comune e i farmacisti che, al momento della costituzione della società, prestino servizio presso farmacie comunali. In quest'ultimo caso, la legge prevede che, al momento della costituzione della società, cessi di diritto il rapporto di lavoro dipendente tra il Comune e i farmacisti interessati.

La pluralità delle forme gestionali ammesse rappresenta un passaggio di notevole importanza. La gestione in economia mantiene la farmacia all'interno della struttura amministrativa comunale, con il rischio però di una commistione tra funzioni pubbliche generali, vincoli burocratici e attività economica. L'azienda speciale, invece, consente di dotare la farmacia comunale di una propria personalità giuridica, di un proprio bilancio e di una maggiore autonomia gestionale. Questa soluzione attenua il rischio che i costi, le rigidità e le logiche organizzative dell'ente pubblico si riflettano direttamente sulla farmacia, compromettendone l'efficienza. In termini economici, l'azienda speciale costituisce un tentativo di separare il conto economico della farmacia da quello dell'amministrazione comunale, rendendo più trasparenti costi, ricavi, investimenti e risultati di gestione.

La possibilità di costituire consorzi tra Comuni proprietari di farmacie introduce un'ulteriore innovazione. Attraverso il consorzio, più

amministrazioni possono aggregare le rispettive farmacie e conseguire economie di scala o di scopo. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di accentrare alcune funzioni amministrative, contabili, logistiche o finanziarie; di negoziare migliori condizioni di acquisto con i fornitori; di uniformare i sistemi informativi; di condividere competenze manageriali; di coordinare politiche di investimento e strategie di servizio. Anche se questa forma non equivale a una piena privatizzazione, essa introduce una logica organizzativa più vicina a quella dell'impresa multi-unità rispetto alla farmacia isolata e individuale del modello tradizionale.

Ancora più rilevante è la possibilità di costituire società di capitali tra il Comune e i farmacisti dipendenti. In questo caso, la trasformazione assume una natura ibrida. Da un lato, permane la presenza del socio pubblico; dall'altro, i farmacisti cessano di essere dipendenti e diventano soci. Si realizza così una forma particolare di partecipazione dei lavoratori al capitale, assimilabile, almeno in parte, a un workers buyout. I dipendenti acquisiscono una partecipazione proprietaria nell'impresa in cui lavorano, mentre il Comune conserva una quota del capitale sociale. Questo modello appare coerente con l'idea di rafforzare la responsabilizzazione professionale dei farmacisti e di introdurre incentivi economici più diretti rispetto al tradizionale rapporto di lavoro subordinato.

Tuttavia, tale soluzione presenta anche limiti significativi. Se l'unico ingresso privato nella compagine proprietaria è rappresentato dai farmacisti dipendenti, la valorizzazione economica della farmacia può risultare compressa. I dipendenti, infatti, pur essendo interessati a diventare soci, dispongono normalmente di risorse finanziarie personali limitate rispetto al valore patrimoniale dell'esercizio. Ne consegue che la quota di capitale da essi sottoscrivibile può essere modesta oppure acquisita a condizioni economiche non pienamente comparabili a quelle che si sarebbero determinate in un mercato concorrenziale aperto a una pluralità di investitori. Il Comune, pertanto, rischia di alienare quote proprietarie senza ottenere un introito finanziario proporzionato al valore economico della farmacia.

Le fragilità di questo modello possono essere esaminate lungo tre direttrici. In primo luogo, l'idea che la partecipazione al capitale aumenti automaticamente la motivazione dei farmacisti-dipendenti può risultare eccessivamente ottimistica. Se la partecipazione azionaria è minoritaria e

se il dividendo atteso è limitato rispetto alla remunerazione del lavoro, l'incentivo proprietario può essere debole. Il farmacista continuerà a percepire il proprio reddito soprattutto come reddito da lavoro e non come remunerazione del capitale investito. In secondo luogo, l'apporto finanziario dei nuovi soci può essere insufficiente per rafforzare realmente la capitalizzazione della farmacia e finanziare investimenti significativi. In terzo luogo, la cessione di quote a favore dei dipendenti può generare entrate modeste per il Comune, riducendo l'utilità fiscale o finanziaria dell'operazione.

In altri termini, la società mista tra Comune e farmacisti dipendenti può migliorare alcuni profili organizzativi e introdurre una maggiore responsabilizzazione dei lavoratori, ma difficilmente può essere considerata una privatizzazione piena. Essa non consente necessariamente di massimizzare il valore di alienazione dell'asset pubblico, non garantisce un significativo afflusso di capitale esterno e non introduce automaticamente competenze manageriali nuove. Il rischio è che si determini una trasformazione giuridica più che una trasformazione economica sostanziale, nella quale la governance formale cambia, ma la struttura degli incentivi resta solo parzialmente modificata.

A partire dagli anni Novanta, tuttavia, lo "spirito del tempo" muta in modo più ampio. L'Italia, come molti altri Paesi occidentali, attraversa una stagione di liberalizzazioni, privatizzazioni e riforme pro-concorrenziali. Settori tradizionalmente caratterizzati da forte presenza pubblica o da barriere amministrative all'entrata vengono progressivamente aperti al mercato: trasporti, telecomunicazioni, sistema bancario, industria a partecipazione statale, servizi pubblici locali. La fiducia nel mercato concorrenziale si rafforza, non più come semplice ideologia di deregolazione, ma come strumento regolato per accrescere efficienza, innovazione e benessere dei consumatori.

Nel caso italiano, questo processo è ulteriormente alimentato dai vincoli di finanza pubblica connessi all'integrazione europea e, in particolare, al Trattato sull'Unione europea firmato a Maastricht il 7 febbraio 1992. Il contenimento del debito, il controllo dei disavanzi pubblici e la necessità di migliorare gli equilibri finanziari degli enti pubblici incidono anche sui Comuni. Le farmacie comunali, in questo quadro, assumono una duplice valenza: da un lato sono imprese potenzialmente redditizie, capaci di generare utili; dall'altro sono asset patrimoniali

alienabili, attraverso i quali l'ente locale può reperire risorse finanziarie immediate da destinare ad altri impieghi.

La legge 23 dicembre 1992, n. 498, all'art. 12, si inserisce in questa prospettiva, prevedendo, ai fini della privatizzazione dei servizi pubblici, la possibilità di costituire società per azioni senza il vincolo della proprietà maggioritaria del Comune. Per il settore farmaceutico, questa disposizione rappresenta una deroga di particolare rilievo rispetto all'impostazione ordinaria. Se la disciplina generale delle farmacie private era ancora fondata sull'idea che la titolarità dovesse appartenere a farmacisti o a società composte da farmacisti, nel caso delle farmacie comunali privatizzate si apriva la possibilità di coinvolgere soggetti investitori di capitale non necessariamente coincidenti con farmacisti professionisti. In tal modo, la privatizzazione delle farmacie comunali poteva avvenire con maggiore valorizzazione finanziaria e con più ampie possibilità di attrarre capitali privati.

Questa apertura, tuttavia, non era priva di limiti. La legge 8 novembre 1991, n. 362, aveva infatti introdotto una rilevante incompatibilità, escludendo la possibilità di diventare soci di una farmacia per i soggetti operanti nella produzione, distribuzione, intermediazione e informazione scientifica del farmaco. La ratio di tale disposizione era quella di impedire forme di integrazione verticale potenzialmente idonee a distorcere il mercato. Molti Comuni interessati alla privatizzazione delle proprie farmacie interpretarono inizialmente questa incompatibilità come riferita alle sole farmacie private, ritenendo che essa non si applicasse alle farmacie comunali inserite in una disciplina di natura pubblicistica. La questione diede origine a un rilevante contenzioso amministrativo.

Dopo un articolato percorso giurisprudenziale, la Corte costituzionale, con sentenza 11 febbraio 2003, n. 275, stabilì che anche le farmacie comunali erano assoggettate a tale vincolo normativo. Il Consiglio di Stato, con successiva pronuncia depositata l'8 agosto 2005, confermò questa impostazione. Tali decisioni ebbero effetti importanti, anche se intervennero quando molti processi di privatizzazione erano già stati avviati o conclusi. Esse chiarirono che la natura comunale originaria della farmacia non poteva giustificare l'elusione delle incompatibilità previste a tutela della concorrenza e della neutralità del canale distributivo del farmaco.

Sul piano economico, la ratio del divieto di partecipazione per produttori, distributori, intermediari e soggetti dell'informazione scientifi-

ca va ricondotta al timore di effetti distorsivi derivanti dall'integrazione verticale. Se un'impresa farmaceutica produttrice potesse controllare direttamente una rete di farmacie, potrebbe favorire i propri prodotti, ostacolare l'accesso al canale distributivo da parte di concorrenti, limitare la visibilità di farmaci alternativi e rafforzare barriere all'entrata. In un settore come quello farmaceutico, già caratterizzato da elevate economie di scala nella ricerca e sviluppo, forti barriere regolatorie, brevetti e rilevante concentrazione internazionale, il controllo del canale retail potrebbe produrre effetti anticoncorrenziali significativi.

Il ragionamento appare particolarmente convincente con riferimento all'industria farmaceutica produttrice. Meno immediata è, invece, la giustificazione economica del divieto nei confronti della distribuzione all'ingrosso. Il grossista non produce direttamente il farmaco e svolge una funzione logistica e distributiva intermedia. L'integrazione tra distribuzione all'ingrosso e farmacia potrebbe, in alcuni casi, generare efficienze: riduzione dei costi di approvvigionamento, razionalizzazione delle scorte, maggiore rapidità delle consegne, integrazione dei sistemi informativi, contenimento dei costi amministrativi. Il rischio anticoncorrenziale non è assente, ma appare diverso rispetto a quello derivante dall'integrazione con l'industria produttrice. Anche per questa ragione, oltre che per sanare situazioni di incertezza e favorire la valorizzazione delle farmacie comunali, il decreto legislativo n. 219 del 2006 ha previsto che le società che svolgono attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali possano svolgere attività di vendita al pubblico attraverso l'acquisizione o la gestione di farmacie comunali.

Il dibattito politico sulle privatizzazioni delle farmacie comunali è stato, sin dall'inizio, particolarmente intenso. Le argomentazioni contrarie si sono spesso fondate sull'idea che tali farmacie producessero utili destinabili al finanziamento di beni e servizi pubblici locali. In questa prospettiva, la farmacia comunale non sarebbe solo un presidio sanitario, ma anche una fonte di entrate per il bilancio municipale. Gli utili distribuiti potrebbero finanziare servizi sociali, interventi assistenziali, politiche culturali, manutenzioni urbane o altre prestazioni collettive, riducendo il ricorso alla fiscalità locale.

Questa argomentazione ha una sua forza, ma richiede un'analisi più articolata. La prima questione riguarda il ruolo del soggetto pubblico.

Un Comune deve essere proprietario di un'impresa operante in un settore regolato solo perché tale impresa genera utili? Oppure la proprietà pubblica deve essere giustificata da specifiche ragioni di fallimento del mercato, equità territoriale, tutela di fasce deboli o garanzia di accesso? Se una farmacia comunale opera in un contesto urbano remunerativo, in concorrenza con farmacie private, e genera profitti comparabili a quelli di un'impresa privata, occorre chiedersi se la proprietà pubblica sia ancora giustificata da una funzione sociale specifica o se essa rappresenti semplicemente una forma di investimento patrimoniale dell'ente locale.

La seconda questione riguarda l'uso alternativo delle risorse. La privatizzazione produce entrate finanziarie immediate, che possono essere destinate al finanziamento di investimenti pubblici o alla riduzione dell'indebitamento. Gli utili annuali, invece, rappresentano un flusso ricorrente ma incerto, dipendente dall'andamento della gestione, dalla concorrenza, dai margini regolati, dalla spesa farmaceutica e dalle scelte organizzative. La scelta tra mantenere la proprietà e privatizzare dovrebbe quindi essere valutata non in termini ideologici, ma attraverso un confronto tra valore attuale dei flussi futuri, prezzo di cessione, rischio gestionale, costi opportunità e capacità del Comune di utilizzare produttivamente le risorse ottenute.

La terza questione riguarda l'efficienza gestionale. Se si ritiene che un soggetto privato possa gestire la farmacia con maggiore efficienza, migliori competenze manageriali, maggiore capacità di investimento e minori rigidità organizzative, allora il mantenimento della proprietà pubblica può generare un costo indiretto per la collettività. Tale costo non si manifesta necessariamente come perdita contabile, ma come minore qualità del servizio, minore innovazione, minore valorizzazione dell'asset, minore capacità di adattamento alla domanda. In questa prospettiva, la privatizzazione può essere giustificata non solo come scelta finanziaria, ma anche come strumento di efficientamento organizzativo.

Naturalmente, tale conclusione non è automatica. Esistono farmacie comunali efficienti, innovative e capaci di svolgere funzioni sociali importanti; così come possono esistere farmacie privatizzate orientate prevalentemente alla massimizzazione del profitto, con minore attenzione agli obiettivi di equità. La questione, quindi, non è semplicemente proprietà pubblica contro proprietà privata, ma qualità della governance, struttura degli incentivi, definizione degli obblighi di servizio, capacità

di regolazione dell'ente pubblico e disegno contrattuale dell'eventuale privatizzazione. L'economista non dovrebbe limitarsi a chiedere chi possiede la farmacia, ma quali obiettivi essa deve perseguire, con quali vincoli, con quali incentivi e con quali meccanismi di controllo.

Nonostante tali complessità, è plausibile sostenere che la privatizzazione delle farmacie comunali abbia contribuito, a livello settoriale, a introdurre elementi di concorrenza dinamica. In primo luogo, essa ha favorito l'ingresso di nuovi soggetti e nuove competenze, stimolando innovazioni organizzative, gestionali e tecnologiche. In secondo luogo, ha migliorato, almeno in molti casi, la capitalizzazione delle farmacie, consentendo investimenti in localizzazioni più efficienti, ristrutturazioni, arredi, sistemi informatici, magazzini automatizzati e ampliamento dell'offerta di servizi. In terzo luogo, ha introdotto sensibilità manageriali nuove nel campo amministrativo, contabile, finanziario e di marketing, comprese le prime forme di comunicazione digitale e di gestione più strutturata della relazione con il cliente-paziente.

In conclusione, contrariamente a quanto avvenuto in altri settori, nel comparto farmaceutico il primo impulso al cambiamento non deriva tanto da una liberalizzazione generale dell'offerta privata, quanto dalla trasformazione della proprietà pubblica municipale. La privatizzazione delle farmacie comunali agisce come fattore di rottura del modello tradizionale, perché dimostra che la farmacia può essere organizzata secondo forme societarie, può attrarre capitale, può separare proprietà e direzione tecnica e può essere gestita con logiche manageriali più complesse rispetto alla farmacia individuale.

Tuttavia, non sarebbe stato sostenibile ammettere nuove forme societarie per le farmacie comunali privatizzate senza intervenire anche sulle farmacie private. Si sarebbe infatti determinata una disparità competitiva difficilmente giustificabile. Da un lato, farmacie comunali trasformate in società, potenzialmente dotate di maggiore capitale, più soci, migliori strutture organizzative e più ampia capacità di investimento; dall'altro, farmacie private ancora vincolate al modello individuale, con capitalizzazione dipendente esclusivamente dalle risorse personali del farmacista titolare. Una tale asimmetria avrebbe potuto generare uno svantaggio competitivo a carico delle farmacie private tradizionali, proprio nel momento in cui il settore iniziava a confrontarsi con logiche più dinamiche.

È in questo quadro che si colloca la legge 8 novembre 1991, n. 362, la quale introduce la possibilità di forme societarie anche nel settore delle farmacie private. Ai sensi dell'art. 7, la titolarità dell'esercizio di una farmacia privata è riservata a persone fisiche, società di persone e società cooperative a responsabilità limitata. Si tratta di un passaggio significativo, perché per la prima volta viene riconosciuta la possibilità che la farmacia privata non sia intestata esclusivamente a un singolo farmacista, ma a un ente collettivo. Tuttavia, l'apertura rimane circoscritta. Restano escluse le società di capitali, come le società per azioni e le società a responsabilità limitata, che avrebbero consentito una separazione più netta tra conferimento di capitale e partecipazione professionale.

Questa limitazione riflette ancora una precisa visione culturale e regolatoria. La farmacia continua a essere concepita prevalentemente come esercizio di una professione protetta e non come impresa aperta al capitale anonimo. Il socio deve essere farmacista; la società deve essere uno strumento collettivo tra professionisti, non un veicolo di investimento finanziario. La normativa ammette quindi una forma di aggregazione, ma non una piena imprenditorializzazione del settore. Il capitale può organizzarsi solo entro il perimetro della professione. In altri termini, il legislatore consente alla farmacia di superare l'individualismo proprietario, ma non di trasformarsi in impresa di capitali indipendente dal requisito professionale.

La singola sede farmaceutica può così essere di proprietà di una persona fisica, di una società di persone, come una società in nome collettivo o una società in accomandita semplice, oppure di una società cooperativa a responsabilità limitata. La disciplina, pur ampliando il novero dei soggetti titolari, impone una serie di vincoli stringenti. La società deve avere per oggetto esclusivo la gestione di farmacie, escludendo quindi la possibilità che la titolarità sia inserita in gruppi economici con interessi diversificati. Il capitale deve essere posseduto da soci farmacisti iscritti all'albo della provincia in cui ha sede la società. La direzione della farmacia deve essere affidata a un socio, che ne assume la responsabilità; il direttore può essere sostituito solo da un altro socio. La farmacia deve essere ubicata nella provincia in cui ha sede legale la società. Ciascun farmacista può essere socio di una sola società avente tale oggetto.

Questi vincoli mostrano chiaramente la logica della riforma. L'apertura societaria è ammessa solo nella misura in cui non recida il legame tra proprietà, professione e responsabilità. Il legislatore teme che l'apporto di capitale finanziario possa prevalere sulla dimensione professionale, alterando la funzione sanitaria della farmacia. La società è quindi consentita come forma di collaborazione tra farmacisti, non come strumento per l'ingresso di investitori esterni. In questo senso, la legge n. 362 del 1991 costituisce una riforma di compromesso: supera l'assolutezza del modello individuale, ma conserva il primato della professione sul capitale.

Particolarmente rilevante è anche il vincolo quantitativo relativo al numero di farmacie possedibili. Si prevede che ciascuna società possa essere titolare dell'esercizio di non più di quattro farmacie ubicate nella provincia in cui ha sede legale. La finalità è evidente: evitare un'eccessiva concentrazione proprietaria in ambito territoriale provinciale e preservare una pluralità di operatori. Il legislatore distingue implicitamente tra numerosità delle sedi e concentrazione degli assetti proprietari. Non basta che in un territorio vi siano molte farmacie; occorre anche che esse appartengano a soggetti diversi, perché solo la pluralità proprietaria può generare effettive dinamiche competitive.

Da un punto di vista economico, questa impostazione coglie un punto importante. La concorrenza non dipende soltanto dal numero degli esercizi presenti, ma anche dall'indipendenza decisionale degli operatori. Se molte farmacie appartengono al medesimo soggetto, la concorrenza effettiva può essere ridotta, anche in presenza di una pluralità di punti vendita. Al contrario, una pluralità di titolari indipendenti può favorire differenziazione nei servizi, negli orari, nell'organizzazione, nel rapporto con l'utenza e nelle strategie commerciali sui prodotti liberalizzati. La regolazione degli anni Novanta cerca quindi di aprire il settore all'aggregazione, ma senza consentire la formazione di catene proprietarie estese.

Tale equilibrio, tuttavia, presenta anche limiti evidenti. Il tetto di quattro farmacie nella stessa provincia consente alcune economie di scala, ma le mantiene entro dimensioni ridotte. Le società di soli farmacisti possono migliorare la capitalizzazione rispetto alla farmacia individuale, ma restano vincolate alle risorse personali dei soci. L'esclusione delle società di capitali impedisce l'ingresso di investitori più strutturati, potenzialmente capaci di finanziare innovazione tecnologica, nuovi servizi,

sistemi logistici integrati e modelli organizzativi più avanzati. Il settore si apre, ma lo fa con cautela; si modernizza, ma senza abbandonare la matrice professionale e localistica del modello precedente.

In definitiva, gli anni Novanta segnano l'avvio di una transizione regolatoria. Il paradigma protezionistico non viene demolito, ma viene progressivamente incrinato. La privatizzazione delle farmacie comunali introduce la separazione tra proprietà, capitale e direzione tecnica; la legge n. 362 del 1991 ammette le società tra farmacisti nel settore privato; la disciplina dei servizi pubblici locali consente forme societarie più flessibili; il dibattito sulle incompatibilità evidenzia il problema dell'integrazione verticale e della neutralità del canale distributivo. Tutti questi elementi contribuiscono a spostare l'attenzione dei policy-makers dal solo tema della tutela professionale al tema, più ampio, della concorrenza, della governance proprietaria e dell'efficienza organizzativa.

Il processo resta però incompiuto. La farmacia continua a essere un'attività regolata, protetta territorialmente, sottoposta a vincoli soggettivi e quantitativi. La concorrenza rimane prevalentemente dinamica e organizzativa, più che pienamente concorrenza di prezzo o di accesso. Tuttavia, rispetto al modello originario, si introduce una novità fondamentale: la farmacia non è più pensata esclusivamente come proiezione individuale del farmacista titolare, ma inizia a essere considerata anche come organizzazione economica, come impresa dotata di capitale, come struttura capace di innovare e come soggetto inserito in un sistema competitivo più complesso. Da questo punto di vista, gli anni Novanta rappresentano il primo vero momento di transizione dalla farmacia professionale protetta alla farmacia regolata ma progressivamente imprenditorializzata.

3. Il primo decennio degli anni Duemila: il paradigma della riduzione della spesa pubblica farmaceutica e l'avvento delle parafarmacie come forma di concorrenza regolata

3.1. La "nascita" delle parafarmacie

Il primo decennio degli anni Duemila segna una nuova fase nell'evoluzione della regolamentazione del settore farmaceutico italiano. Dopo

la stagione degli anni Novanta, caratterizzata soprattutto dalla trasformazione delle forme proprietarie e gestionali delle farmacie comunali e dalla prima apertura societaria delle farmacie private, il legislatore inizia a intervenire in modo più diretto sui meccanismi concorrenziali del mercato. Il tema non è più soltanto chi possa essere proprietario di una farmacia o quali forme giuridiche possano essere ammesse, ma anche quali prodotti possano essere venduti al di fuori del canale tradizionale della farmacia.

Questa fase si colloca all'interno di un contesto più ampio, segnato da due esigenze di politica economica e sanitaria. Da un lato, vi è la necessità di contenere la spesa pubblica farmaceutica, divenuta una componente rilevante della spesa sanitaria complessiva. Dall'altro, cresce l'attenzione verso il tema della concorrenza nei servizi professionali e nei mercati regolati, nella convinzione che una maggiore apertura possa generare benefici per i consumatori in termini di prezzi, accessibilità e varietà dell'offerta. La nascita delle parafarmacie deve essere interpretata entro questa duplice cornice: essa non costituisce una liberalizzazione piena del settore, ma una liberalizzazione selettiva, limitata ad alcune categorie di prodotti e accompagnata da vincoli professionali specifici.

L'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, noto anche come decreto Bersani, introduce la possibilità per gli esercizi commerciali di vendere al pubblico farmaci da banco, farmaci di automedicazione e, più in generale, farmaci non soggetti a prescrizione medica. Si tratta di medicinali interamente pagati dal cittadino e non rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. La norma consente tale attività sia agli esercizi commerciali di vicinato sia alle medie e grandi strutture di vendita, purché siano rispettate alcune condizioni organizzative e professionali.

I requisiti principali sono due. In primo luogo, la vendita deve avvenire all'interno di un apposito reparto, strutturalmente separato o comunque riconoscibile rispetto al resto del punto vendita. Ciò significa che il farmaco non viene assimilato a un normale bene di consumo collocabile liberamente sugli scaffali, ma resta inserito in uno spazio dedicato, dotato di una propria configurazione fisica e funzionale. In secondo luogo, la vendita deve essere assistita da uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione e iscritti al relativo ordine. Anche al di fuori della farmacia tradizionale, dunque, il legislatore mantiene il presidio professionale del farmacista come garanzia minima di tutela del consumatore-paziente.

Questo aspetto è particolarmente rilevante. La parafarmacia non nasce come semplice punto vendita commerciale di prodotti sanitari, ma come esercizio nel quale l'attività distributiva è comunque mediata dalla competenza professionale del farmacista. Si introduce quindi una distinzione nuova: la vendita di alcuni farmaci può avvenire fuori dalla farmacia, ma non fuori dalla presenza professionale del farmacista. In altri termini, il legislatore separa parzialmente il luogo giuridico della farmacia dal requisito professionale, consentendo che il farmacista operi anche in un contesto commerciale diverso da quello tradizionalmente autorizzato.

La norma consente inoltre agli operatori commerciali autorizzati di praticare liberamente sconti sul prezzo indicato dal produttore sulla confezione del farmaco. Questa possibilità rappresenta uno degli elementi economicamente più significativi della riforma. Mentre il modello tradizionale della farmacia era storicamente caratterizzato da una forte regolazione dei prezzi, l'ingresso delle parafarmacie apre uno spazio di concorrenza di prezzo sui farmaci non soggetti a prescrizione. Il cittadino-consumatore può così beneficiare, almeno potenzialmente, di riduzioni di prezzo derivanti dalla competizione tra farmacie, parafarmacie e corner farmaceutici della grande distribuzione.

La previsione normativa produce due effetti organizzativi distinti. Da un lato, consente l'apertura di reparti dedicati alla vendita di farmaci all'interno di esercizi commerciali preesistenti, in particolare supermercati, ipermercati e altre strutture della distribuzione moderna. Dall'altro, favorisce la nascita di esercizi specializzati autonomi, comunemente definiti parafarmacie, dedicati prevalentemente o esclusivamente alla vendita di farmaci senza obbligo di prescrizione, dispositivi medici, integratori, prodotti per l'igiene, cosmetici e altri beni connessi alla salute e al benessere.

Dal punto di vista economico, la parafarmacia rappresenta una forma intermedia tra il negozio specializzato e la farmacia tradizionale. Essa condivide con la farmacia la presenza del farmacista e la vendita di alcuni prodotti farmaceutici; ma non può dispensare farmaci con obbligo di prescrizione, né svolgere tutte le funzioni proprie della farmacia autorizzata. Proprio questa natura ibrida ne costituisce al tempo stesso il punto di forza e il limite strutturale. La parafarmacia aumenta

la concorrenza in una porzione del mercato, ma resta esclusa dalla componente più rilevante e regolata della domanda farmaceutica.

La crescita numerica delle parafarmacie è stata inizialmente significativa. Nel marzo 2022 risultavano censiti presso il Ministero della Salute circa 5.700 esercizi commerciali diversi dalle farmacie autorizzati alla vendita al pubblico di farmaci, a fronte di circa 2.500 attività nate alla fine del 2006, pochi mesi dopo l'introduzione della nuova regolamentazione, e di circa 5.300 esercizi censiti alla fine del 2014. Questi dati segnalano una prima fase di rapida espansione, seguita da una fase di progressiva maturità. Dopo circa un decennio di crescita, il numero delle parafarmacie sembra essersi stabilizzato, suggerendo una possibile saturazione degli spazi di mercato disponibili entro i limiti merceologici fissati dalla normativa.

Questa dinamica è coerente con la struttura economica del modello. Le parafarmacie possono competere sui farmaci da banco e sui prodotti di automedicazione, ma non possono intercettare la domanda relativa ai farmaci prescritti dal medico. Tale esclusione riduce la frequenza di visita, il valore medio dello scontrino e la capacità di fidelizzazione della clientela. La farmacia tradizionale, invece, resta il punto di riferimento obbligato per l'acquisto di medicinali soggetti a prescrizione, siano essi a carico del Servizio sanitario nazionale o interamente pagati dal cittadino. Ne deriva una differenza strutturale nella profondità dell'assortimento e nella funzione sanitaria svolta dai due canali.

Un tentativo di ampliare il perimetro operativo delle parafarmacie si ebbe con il decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, che ipotizzava la possibilità di consentire a tali esercizi la vendita di farmaci soggetti a ricetta bianca. Tale ipotesi fu però bloccata durante l'iter parlamentare. La distinzione tra ricetta rossa e ricetta bianca è decisiva per comprendere il problema. La ricetta rossa, compilata sul ricettario del Servizio sanitario regionale, riguarda farmaci generalmente appartenenti alla classe A o H e posti, in tutto o in parte, a carico del Servizio sanitario nazionale. La ricetta bianca, invece, è compilata sul ricettario personale del medico e riguarda medicinali interamente a carico del cittadino, riconducibili in larga misura alla classe C.

L'apertura alle parafarmacie dei farmaci con ricetta bianca avrebbe rappresentato una trasformazione assai più incisiva. In quel caso, infatti,

la concorrenza non avrebbe riguardato soltanto i prodotti di automedicazione, ma una parte rilevante dei farmaci prescritti, pur non rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Si sarebbe così introdotta una forma di concorrenza diretta con le farmacie su una componente importante del mercato. Proprio per questa ragione, tale ipotesi incontrò forti resistenze. Consentire alle parafarmacie la vendita dei farmaci di classe C con ricetta avrebbe significato avvicinarle molto alla farmacia tradizionale, fino a rendere più difficile giustificare la permanenza di una distinzione regolatoria così netta tra i due canali.

Il legislatore tentò di intervenire indirettamente attraverso il cosiddetto delisting. Fu infatti attribuito all'AIFA il compito di analizzare i medicinali di fascia C, con esclusione preventiva di alcune categorie considerate più sensibili, come ansiolitici, sonniferi, contraccettivi orali e ormoni, al fine di valutare quali potessero essere riclassificati tra i farmaci senza obbligo di prescrizione, cioè OTC o SOP. In teoria, questo processo avrebbe potuto ampliare progressivamente l'assortimento delle parafarmacie senza autorizzarle direttamente alla vendita dei farmaci con ricetta bianca. In pratica, tuttavia, la lista pubblicata nell'aprile 2012 in Gazzetta Ufficiale riguardò una porzione limitata dell'intera fascia C, comprendendo in molti casi medicinali basati su principi attivi ormai marginali o poco utilizzati nella pratica terapeutica. Inoltre, la revisione periodica della lista, che avrebbe dovuto mantenere dinamico il processo, è gradualmente caduta in disuso.

Questa vicenda mostra bene la tensione interna al modello regolatorio. Da un lato, il legislatore riconosce l'opportunità di ampliare la concorrenza e ridurre alcune rendite del canale farmaceutico tradizionale. Dall'altro, evita di incidere sul nucleo più protetto della farmacia, cioè la dispensazione dei farmaci prescritti. Il delisting diventa così una soluzione di compromesso: formalmente apre uno spazio di ampliamento dell'offerta, ma sostanzialmente non altera in modo significativo gli equilibri competitivi tra farmacie e parafarmacie.

A parziale compensazione dei limiti merceologici rimasti in vigore, due decreti ministeriali emanati nel 2012 hanno consentito alle parafarmacie di vendere e dispensare farmaci veterinari, con esclusione di quelli contenenti sostanze stupefacenti, e preparati officinali che non richiedono la presentazione di ricetta medica. Anche questa apertura ha

ampliato il campo operativo delle parafarmacie, ma senza modificarne la posizione strutturalmente subordinata rispetto alle farmacie tradizionali. Si tratta di un'estensione dell'assortimento utile sul piano commerciale, ma non sufficiente a trasformare la parafarmacia in un pieno concorrente della farmacia.

Da questa evoluzione si possono trarre alcuni insegnamenti di carattere economico-regolatorio.

Il primo insegnamento è che le parafarmacie hanno effettivamente aumentato la concorrenza, ma solo in un segmento circoscritto del mercato farmaceutico: quello dei farmaci da banco, dei farmaci di automedicazione e, più in generale, dei farmaci senza obbligo di prescrizione. In questo segmento, la possibilità di praticare sconti, la presenza della grande distribuzione e la nascita di negozi specializzati hanno esercitato una pressione competitiva sulle farmacie tradizionali. Tale pressione ha potuto tradursi in riduzioni di prezzo, ampliamento degli assortimenti, miglioramento dell'esposizione dei prodotti e maggiore attenzione commerciale verso il cliente.

Il secondo insegnamento è che il mancato ingresso delle parafarmacie nel mercato dei farmaci con ricetta bianca ne ha limitato fortemente le potenzialità di crescita. Una volta saturato il mercato dei prodotti senza obbligo di prescrizione, la possibilità di espansione numerica e di crescita del fatturato si è ridotta. Ciò spiega perché, dopo la fase iniziale di forte crescita, il numero delle parafarmacie abbia conosciuto una progressiva stabilizzazione. L'assenza dei farmaci prescritti priva questi esercizi di una componente fondamentale della domanda, soprattutto perché la prescrizione medica genera un flusso di clientela meno discrezionale e più ricorrente rispetto all'acquisto occasionale di prodotti da banco.

Il terzo insegnamento riguarda la possibile contraddizione regolamentativa del modello. La parafarmacia deve avvalersi di un farmacista abilitato e iscritto all'ordine, ma tale farmacista non può vendere farmaci soggetti a prescrizione. Si crea così una situazione peculiare: la competenza professionale è richiesta come garanzia di qualità e sicurezza, ma non è considerata sufficiente per consentire la dispensazione dei farmaci prescritti. La ragione di questa limitazione non è professionale, ma istituzionale e regolatoria. Se il farmacista presente in parafarmacia potesse dispensare anche i farmaci con ricetta, la distinzione tra para-

farmacia e farmacia verrebbe sostanzialmente meno, dando luogo a una liberalizzazione indiretta, o "occulta", del settore.

Il quarto insegnamento riguarda la natura della farmacia tradizionale. Se tanto nella farmacia quanto nella parafarmacia opera un farmacista qualificato, occorre domandarsi che cosa offra la farmacia in più rispetto alla parafarmacia. La risposta non può essere cercata soltanto nella figura professionale, che in entrambi i casi è presente, ma nella posizione istituzionale della farmacia all'interno del sistema sanitario. La farmacia è parte della rete territoriale autorizzata, è inserita nella pianta organica, partecipa alla dispensazione dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, gestisce farmaci con obbligo di prescrizione, è soggetta a specifici obblighi di servizio, turni, orari e continuità assistenziale. La parafarmacia, invece, resta un esercizio commerciale professionalmente assistito, ma non pienamente integrato nella rete pubblica della dispensazione farmaceutica.

Il quinto insegnamento è che la nascita delle parafarmacie rappresenta un compromesso regolatorio. Il legislatore voleva aumentare la concorrenza e ridurre alcune rendite del settore, ma senza liberalizzare l'accesso alla titolarità delle farmacie. Ne è derivata la creazione di un canale parallelo, autorizzato a vendere solo una parte dell'assortimento farmaceutico. In questo modo si è introdotta concorrenza senza aumentare direttamente il numero delle farmacie. Tuttavia, proprio la limitazione dell'assortimento ha impedito alle parafarmacie di svilupparsi come concorrenti pienamente simmetrici. La riforma ha quindi aumentato la concorrenza ai margini del sistema, ma non ha modificato il cuore del modello regolatorio.

Parallelamente alla nascita delle parafarmacie, la stessa stagione normativa interviene anche sulle forme societarie delle farmacie private, proseguendo il percorso già avviato negli anni Novanta. In particolare, vengono abrogati alcuni vincoli regolamentari preesistenti relativi alle società tra farmacisti. Viene meno la limitazione territoriale connessa all'iscrizione dei soci all'albo della medesima provincia in cui ha sede la società; vengono superate alcune limitazioni quantitative relative al numero di farmacie delle quali una società può essere titolare e che può gestire; viene eliminato il vincolo che impediva al farmacista di partecipare a più di una società.

Queste modifiche, pur meno visibili per il cittadino rispetto alla nascita delle parafarmacie, hanno un significato economico rilevante. Esse attenuano la rigidità del modello societario introdotto dalla legge n. 362 del 1991 e rendono più agevole la formazione di strutture proprietarie più articolate. La società tra farmacisti non è più necessariamente confinata entro una dimensione provinciale ristretta, né rigidamente limitata nel numero di sedi gestibili. Il farmacista può partecipare a più società, anche localizzate in province diverse, mentre resta fermo il principio secondo cui la direzione professionale della singola farmacia deve essere affidata a un farmacista responsabile.

In definitiva, la società può essere composta da un numero limitato di soci, tutti dotati dei requisiti necessari per l'acquisto o la titolarità di una farmacia. Tali requisiti comprendono l'iscrizione all'albo, l'idoneità conseguita attraverso concorso per l'assegnazione di una farmacia oppure un'esperienza professionale minima come collaboratore o direttore. Uno dei soci deve assumere la direzione della farmacia, poiché la responsabilità tecnica e professionale resta un elemento imprescindibile. La società può però essere proprietaria di un numero non più rigidamente limitato di farmacie, mentre in precedenza vigeva il tetto massimo di quattro nella stessa provincia. Il farmacista, a sua volta, può essere socio di più società, anche se può dirigere direttamente una sola farmacia.

La logica di queste modifiche è duplice. Da un lato, si vuole favorire una maggiore efficienza organizzativa, consentendo aggregazioni più ampie tra farmacisti e superando vincoli territoriali che apparivano ormai difficilmente giustificabili. Dall'altro, si mantiene la distinzione tra proprietà professionale e capitale esterno: le società restano comunque espressione di farmacisti, non di investitori puramente finanziari. Il legislatore amplia quindi la dimensione economica dell'attività, ma continua a preservare il primato del requisito professionale.

Dal punto di vista concorrenziale, questi interventi aprono spazi interessanti. Una società titolare di più farmacie può conseguire economie di scala negli acquisti, nella gestione amministrativa, nella logistica, nella formazione del personale, nell'adozione di sistemi informatici e nella comunicazione commerciale. Può inoltre elaborare strategie coordinate di assortimento, servizio e posizionamento territoriale. Tutto ciò può aumentare l'efficienza e rafforzare la capacità competitiva degli operato-

ri esistenti, soprattutto rispetto alle nuove parafarmacie e ai corner della grande distribuzione.

Tuttavia, l'aggregazione societaria presenta anche possibili rischi. Se la concentrazione proprietaria cresce eccessivamente, la pluralità formale dei punti vendita può non corrispondere a una reale pluralità decisionale. Molte farmacie appartenenti a una medesima società potrebbero coordinare prezzi, servizi e strategie commerciali, riducendo la concorrenza effettiva in un determinato territorio. Il legislatore si trova quindi di fronte a un trade-off tipico della regolazione economica: consentire aggregazioni sufficienti a generare efficienza, ma non tali da produrre nuove posizioni dominanti o ridurre la pressione competitiva.

La combinazione tra nascita delle parafarmacie e allentamento dei vincoli societari per le farmacie private mostra che il primo decennio degli anni Duemila non è caratterizzato da una liberalizzazione lineare, ma da una trasformazione selettiva e prudente. Da un lato, si apre un nuovo canale distributivo per i farmaci senza obbligo di prescrizione; dall'altro, si consente alle farmacie di rafforzarsi organizzativamente attraverso forme societarie più flessibili. Il sistema, pertanto, introduce concorrenza ma offre anche agli operatori tradizionali strumenti per reagire alla concorrenza stessa.

In questa prospettiva, le parafarmacie non rappresentano soltanto un nuovo attore commerciale. Esse costituiscono un esperimento regolatorio. Il legislatore mette alla prova la possibilità di separare una parte della vendita del farmaco dal monopolio della farmacia, senza però rinunciare alla presenza professionale del farmacista e senza incidere sui farmaci prescritti. L'esito è ambivalente: da un lato, si produce un beneficio concorrenziale sui prodotti liberalizzati; dall'altro, si conferma la centralità della farmacia come presidio autorizzato e insostituibile per la dispensazione dei farmaci soggetti a prescrizione.

In conclusione, il primo decennio degli anni Duemila può essere interpretato come la fase della concorrenza regolata e incompleta. La nascita delle parafarmacie introduce una pressione competitiva nuova, ma circoscritta; l'allentamento dei vincoli societari consente alle farmacie private di organizzarsi in modo più efficiente, ma senza aprire ancora pienamente il settore al capitale non professionale; il tema del contenimento della spesa pubblica farmaceutica spinge verso una maggiore

attenzione ai prezzi e ai margini, ma non conduce a una deregolazione complessiva. Il paradigma protezionistico originario viene ulteriormente indebolito, ma non superato. Il mercato farmaceutico italiano resta un mercato ibrido: più aperto rispetto al passato, ma ancora fondato su una distinzione netta tra farmacia, parafarmacia e normale esercizio commerciale; più sensibile alla concorrenza, ma ancora fortemente condizionato dalla funzione pubblica e sanitaria attribuita alla farmacia.

3.2. I farmaci equivalenti: un intervento volto al contenimento strategico della spesa pubblica

La spesa pubblica per i farmaci costituisce una componente rilevante della spesa sanitaria complessiva e, proprio per questa ragione, rappresenta da molti anni uno degli ambiti privilegiati dell'intervento regolatorio. Il farmaco, infatti, presenta una duplice natura economica. Da un lato, è un bene sanitario essenziale, spesso indispensabile per la tutela della salute individuale e collettiva; dall'altro, è un prodotto industriale, sviluppato, commercializzato e distribuito all'interno di una filiera articolata, nella quale operano imprese farmaceutiche, grossisti, farmacie, parafarmacie e soggetti pubblici regolatori. La regolamentazione del prezzo, della rimborsabilità e della distribuzione del farmaco si colloca dunque in un punto di equilibrio particolarmente delicato tra sostenibilità della finanza pubblica, garanzia dell'accesso alle cure, remunerazione degli operatori economici e tutela della qualità terapeutica.

A titolo esemplificativo, nel 2019 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 30,8 miliardi di euro, di cui il 76,4 per cento a carico del Servizio sanitario nazionale. Anche senza attribuire a questo dato una funzione esaustiva rispetto all'intero andamento storico della spesa farmaceutica, esso consente di cogliere la dimensione economica del fenomeno. Ogni intervento regolatorio sui prezzi, sui criteri di rimborso o sulla sostituibilità dei medicinali può produrre effetti finanziari significativi per il bilancio pubblico, ma anche effetti redistributivi lungo l'intera filiera del farmaco.

In questo contesto, i farmaci equivalenti assumono una funzione strategica. Essi rappresentano uno degli strumenti attraverso i quali il regolatore pubblico tenta di contenere la spesa farmaceutica senza comprimere l'accesso dei cittadini alle terapie. L'obiettivo non è ridurre la

quantità di farmaci dispensati, né limitare il diritto alla cura, ma abbassare il costo unitario sostenuto dal Servizio sanitario nazionale a parità di principio attivo, forma farmaceutica, dosaggio e valore terapeutico. Da un punto di vista economico, il farmaco equivalente consente di introdurre concorrenza in un mercato che, nella fase di copertura brevettuale, è caratterizzato da una posizione monopolistica temporanea del produttore originator.

L'art. 10 del decreto legislativo n. 219 del 2006 introduce nell'ordinamento italiano la nozione di medicinale generico, oggi più correttamente definito medicinale equivalente. Esso è individuato come un medicinale avente la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive, la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento e una bioequivalenza dimostrata attraverso studi appropriati di biodisponibilità. La definizione è rilevante perché separa il piano commerciale del marchio dal piano terapeutico del principio attivo. Il farmaco equivalente non è una copia indifferenziata o qualitativamente inferiore, ma un prodotto che, sulla base di criteri regolatori e scientifici, deve garantire la stessa efficacia terapeutica del medicinale di riferimento.

La diffusione dei farmaci equivalenti deve essere letta anche alla luce del regime brevettuale. Durante il periodo di protezione brevettuale, l'impresa che ha sviluppato il farmaco gode di una forma di esclusiva volta a remunerare gli investimenti sostenuti in ricerca, sviluppo, sperimentazione, autorizzazione e commercializzazione. Alla scadenza del brevetto, tuttavia, la concorrenza di altri produttori diventa possibile. L'ingresso degli equivalenti consente quindi di ridurre il prezzo del farmaco, trasferendo almeno una parte del beneficio della concorrenza al sistema pubblico e ai cittadini. In questo senso, il farmaco equivalente non elimina il principio della remunerazione dell'innovazione, ma interviene nella fase successiva, quando l'esclusiva brevettuale è venuta meno.

Un primo riferimento importante nella disciplina economica della filiera è rappresentato dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549, che ridefinisce le quote di spettanza delle specialità medicinali collocate nelle classi A e B tra i diversi operatori. A decorrere dal 1996, le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico sono fissate al 7 per cento per i grossisti e al 26 per cento per i farmacisti, calcolate sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA. Il Servizio sanitario nazionale, nel corrispondere alle

farmacie quanto dovuto, trattiene a titolo di sconto una quota pari al 3 per cento dell'importo al lordo dei ticket, con una riduzione all'1,5 per cento per le farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza.

Questa disciplina mostra come la regolazione della spesa farmaceutica non riguardi soltanto il prezzo finale del farmaco, ma anche la ripartizione del valore lungo la filiera. Il prezzo al pubblico incorpora quote destinate all'industria, alla distribuzione intermedia e alla farmacia. Di conseguenza, se all'interno delle classi rimborsate sono disponibili farmaci equivalenti a prezzo inferiore rispetto ai medicinali originator o brandizzati, il Servizio sanitario nazionale sostiene una spesa minore non solo perché paga meno il prodotto, ma anche perché l'intera remunerazione della filiera viene calcolata su una base economica inferiore. Il risparmio pubblico deriva quindi dall'interazione tra prezzo di riferimento, quote di spettanza e meccanismi di rimborso.

È opportuno ricordare, a questo proposito, la distinzione tra le principali classi di farmaci. I farmaci di classe A sono medicinali essenziali o destinati al trattamento di malattie croniche e sono posti a carico del Servizio sanitario nazionale, salvo eventuali ticket regionali di compartecipazione alla spesa. I farmaci di classe B, poi aboliti nel 2000, prevedevano una contribuzione parziale da parte dello Stato pari al 50 per cento. I farmaci di classe C sono invece a totale carico del cittadino. I farmaci di classe H comprendono medicinali dispensati in ambito ospedaliero o, in alcuni casi, distribuiti per conto delle strutture ospedaliere attraverso le farmacie o somministrati in ambulatori specialistici. La distinzione tra le classi è fondamentale, perché solo per i farmaci rimborsati si pone direttamente il problema del contenimento della spesa pubblica; per i farmaci a carico del cittadino, invece, la questione riguarda soprattutto il prezzo privato e la concorrenza al consumo.

È soprattutto a partire dai primi anni Duemila che i farmaci equivalenti diventano uno strumento centrale di politica pubblica. La legge n. 405 del 2001 e il decreto-legge n. 138 dell'8 luglio 2002 introducono un principio di particolare rilievo: il farmacista ha il dovere di sostituire il medicinale prescritto, sia esso una specialità medicinale o un generico, con il prodotto a prezzo più basso rimborsato dal Servizio sanitario nazionale, previa informazione del paziente. I medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, uguale forma farmaceutica, via di som-

ministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e altre caratteristiche equivalenti sono rimborsati dal SSN fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale.

Questa previsione introduce un meccanismo economico molto incisivo. Il rimborso pubblico non segue più necessariamente il prezzo del farmaco prescritto, ma si ancora al prezzo del prodotto equivalente meno costoso. Il Servizio sanitario nazionale definisce così una soglia massima di rimborso. Se il cittadino sceglie, o se il medico impone, un medicinale con prezzo superiore, la differenza resta a carico dell'assistito. Il regolatore non vieta l'acquisto del farmaco più costoso, ma trasferisce sul cittadino la componente di costo eccedente il prezzo di riferimento. In questo modo si cerca di orientare il comportamento di medici, farmacisti e pazienti verso i prodotti equivalenti senza introdurre un divieto assoluto di scelta.

Il ruolo del medico resta comunque rilevante. Qualora il medico apponga sulla prescrizione l'indicazione "non sostituibile", il farmacista non può procedere alla sostituzione. Analogamente, se l'assistito non accetta la sostituzione proposta dal farmacista, egli può ottenere il farmaco prescritto, ma deve pagare la differenza tra il prezzo più basso rimborsabile e il prezzo del medicinale scelto. Da un punto di vista economico, questo sistema mantiene una libertà formale di scelta, ma modifica gli incentivi. Il medico è indotto a motivare la non sostituibilità; il farmacista è chiamato a proporre l'alternativa più economica; il cittadino è posto davanti a una scelta tra equivalenza terapeutica e maggiore esborso privato.

Tale modello genera una forma di concorrenza peculiare. Non si tratta di concorrenza pienamente libera sul prezzo finale, perché il mercato dei farmaci di classe A resta fortemente regolato. Si tratta piuttosto di concorrenza per l'accesso alla rimborsabilità pubblica. I produttori di farmaci equivalenti hanno interesse a collocarsi al livello di prezzo che consente la piena rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale. Se il prezzo è superiore al riferimento, il prodotto rischia di essere penalizzato dalla necessità di compartecipazione del cittadino; se è inferiore, l'impresa può conquistare quote di mercato, ma riducendo i margini unitari. La concorrenza si concentra dunque attorno al prezzo di riferi-

mento e alla capacità di offrire un prodotto terapeuticamente equivalente a condizioni economiche più favorevoli per il sistema pubblico.

Nel 2009, il legislatore interviene ulteriormente per contenere la spesa pubblica farmaceutica, stabilendo, per l'anno in corso, una riduzione del 12 per cento del prezzo dei medicinali equivalenti erogati a carico del Servizio sanitario nazionale. Sono esclusi i medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto, nonché i medicinali il cui prezzo sia stato negoziato successivamente al 30 settembre 2008. Per gli stessi medicinali vengono rideterminate le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA: 58,65 per cento per le aziende farmaceutiche, 6,65 per cento per i grossisti e 26,7 per cento per i farmacisti. La quota residua dell'8 per cento è redistribuita tra farmacisti e grossisti secondo le regole di mercato, ferma restando la quota minima per la farmacia.

L'intervento del 2009 è importante perché mostra una strategia regolatoria più aggressiva. Non ci si limita più a incentivare la sostituzione con il prodotto meno costoso, ma si interviene direttamente sul prezzo degli equivalenti rimborsati. La riduzione amministrativa del prezzo consente un risparmio immediato per il Servizio sanitario nazionale, ma incide sui margini dell'industria e della distribuzione. In questo caso, il regolatore pubblico utilizza il proprio potere di acquirente e finanziatore per comprimere il valore riconosciuto al prodotto, assumendo che, dopo la scadenza del brevetto, il prezzo possa essere ridotto senza compromettere la disponibilità del farmaco.

La legge 30 luglio 2010, n. 122, rafforza ulteriormente questa impostazione. Per i farmaci di classe A, ai fini della rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale, l'AIFA è chiamata a fissare un prezzo massimo di rimborso per confezione, a parità di principio attivo, dosaggio, forma farmaceutica, modalità di rilascio e altre caratteristiche rilevanti. Tale prezzo viene determinato anche sulla base di una ricognizione dei prezzi vigenti nei Paesi dell'Unione europea. Il principio resta quello già affermato: la dispensazione di farmaci aventi un prezzo di vendita al pubblico superiore al prezzo massimo di rimborso è possibile, ma la differenza resta a carico dell'assistito.

Il riferimento ai prezzi europei introduce un elemento di benchmarking internazionale. L'AIFA non determina il prezzo di rimborso in

modo isolato, ma tiene conto dei valori osservati in altri mercati comparabili. Questa scelta mira a evitare che il Servizio sanitario nazionale italiano rimborsi prezzi significativamente superiori a quelli praticati in altri Paesi europei per prodotti equivalenti. Dal punto di vista economico, il benchmarking riduce il rischio di rendite informative a favore dei produttori e rafforza la capacità negoziale del regolatore. Tuttavia, tale meccanismo richiede aggiornamenti tempestivi e accurati: se la ricognizione dei prezzi non è sufficientemente frequente, il prezzo massimo di rimborso può restare superiore al prezzo effettivamente praticabile sul mercato, generando margini aggiuntivi per alcuni operatori.

Un ulteriore passaggio è rappresentato dal decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, che prevede la possibilità per le farmacie di praticare sconti sui prezzi di tutti i tipi di farmaci. Tale previsione amplia formalmente gli spazi di concorrenza di prezzo. Tuttavia, nel caso dei farmaci di classe A rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, l'incentivo a praticare sconti è limitato. Se il prezzo di rimborso è definito dall'AIFA e il cittadino non sostiene direttamente il costo del farmaco entro quella soglia, la farmacia non ha un forte incentivo economico a ridurre ulteriormente il prezzo. Diverso è il caso dei farmaci il cui prezzo supera quello di rimborso: in tali circostanze, lo sconto può ridurre o azzerare la differenza a carico dell'assistito, diventando uno strumento commerciale per attrarre clientela.

Sul piano economico, le regolamentazioni sui farmaci equivalenti producono una serie di conseguenze rilevanti.

La prima conseguenza è la riduzione della spesa farmaceutica pubblica. Il sistema del prezzo di riferimento, la sostituibilità da parte del farmacista, la compartecipazione del cittadino per i farmaci più costosi e la riduzione amministrativa dei prezzi degli equivalenti consentono al Servizio sanitario nazionale di contenere l'esborso a parità di bisogno terapeutico. L'effetto è tanto più rilevante quanto maggiore è la quota di farmaci off-patent all'interno della spesa complessiva. Il risparmio generato dagli equivalenti può inoltre liberare risorse pubbliche per altri impieghi sanitari, come farmaci innovativi ad alto costo, prestazioni ospedaliere, prevenzione o servizi territoriali.

La seconda conseguenza riguarda lo spiazzamento competitivo dei farmaci brandizzati. Quando il cittadino è chiamato a pagare la differenza tra

il prezzo del medicinale prescritto e il prezzo del corrispondente equivalente rimborsato, il farmaco a marchio perde parte del proprio vantaggio competitivo. Il marchio, la reputazione del produttore e l'abitudine del paziente possono continuare ad avere un ruolo, ma devono confrontarsi con un differenziale di prezzo direttamente percepito dal consumatore. Questo modifica gli incentivi delle imprese farmaceutiche, che possono essere spinte a ridurre i prezzi dei prodotti off-patent, sviluppare proprie linee di equivalenti o concentrare gli investimenti su farmaci ancora coperti da brevetto e quindi meno esposti alla concorrenza di prezzo.

La terza conseguenza riguarda il comportamento del farmacista. La normativa attribuisce al farmacista un ruolo attivo nel proporre il medicinale equivalente a prezzo più basso. La farmacia non è più soltanto il luogo di esecuzione della prescrizione medica, ma diviene un punto di mediazione tra prescrizione, prezzo di rimborso, informazione al paziente e scelta finale del prodotto. Tuttavia, il farmacista opera entro vincoli stringenti. Non decide liberamente cosa vendere e a quale prezzo, come avverrebbe in molti altri settori commerciali. Nei farmaci di classe A, la sua autonomia è fortemente condizionata dalle liste di rimborsabilità, dal prezzo di riferimento e dalle indicazioni del medico.

La quarta conseguenza riguarda la concorrenza tra produttori di equivalenti. Tali produttori competono principalmente sul prezzo, sulla capacità distributiva e sulla presenza nel canale farmaceutico. Poiché i prodotti sono terapeuticamente equivalenti e riconducibili allo stesso principio attivo, la differenziazione di prodotto è più limitata rispetto ai farmaci innovativi. La competizione tende quindi a concentrarsi sulla capacità di offrire il prezzo più favorevole, garantire continuità di fornitura, ottenere visibilità presso farmacie e grossisti e mantenere margini sufficienti nonostante la pressione al ribasso. In questo contesto, il prezzo massimo di rimborso fissato dall'AIFA diviene un punto di riferimento attorno al quale si organizzano le strategie degli operatori.

La quinta conseguenza riguarda la formazione di possibili rendite regolatorie. In un mercato pienamente concorrenziale, il prezzo tenderebbe a ridursi fino al livello compatibile con i costi di produzione, distribuzione e remunerazione normale del capitale. Nel mercato dei farmaci rimborsati, invece, il prezzo di riferimento fissato dal regolatore può diventare una soglia attorno alla quale gli operatori si coordina-

no implicitamente. Se AIFA stabilisce un prezzo massimo di rimborso superiore al prezzo che emergerebbe da una concorrenza effettiva, oppure se il prezzo non viene aggiornato tempestivamente quando i prezzi europei o i costi industriali diminuiscono, i produttori possono beneficiare di extra-profitti. In tale caso, il prezzo amministrato, nato per contenere la spesa pubblica, può paradossalmente trasformarsi in un punto di ancoraggio favorevole agli operatori.

La sesta conseguenza riguarda i limiti della concorrenza di prezzo a livello di farmacia. È difficile immaginare una farmacia che pratichi stabilmente un prezzo inferiore al livello di rimborsabilità per i farmaci di classe A, perché il cittadino non percepisce un beneficio diretto se il farmaco è già integralmente rimborsato. La concorrenza sotto la soglia di rimborso avrebbe senso solo se generasse un vantaggio reputazionale o commerciale indiretto, oppure se fosse legata a strategie di fidelizzazione più ampie. In condizioni ordinarie, tuttavia, il prezzo di rimborso rappresenta una sorta di pavimento economico: non è un prezzo minimo formalmente imposto, ma una soglia sotto la quale gli incentivi alla riduzione sono deboli.

La settima conseguenza riguarda la diversa natura della concorrenza nei farmaci rimborsati rispetto ai farmaci pagati direttamente dal cittadino. Nei farmaci di classe C, dove il costo è a carico dell'acquirente, lo sconto praticato dalla farmacia o dalla parafarmacia può incidere direttamente sulla scelta del consumatore. Nei farmaci di classe A, invece, il principale acquirente economico è il Servizio sanitario nazionale, mentre il cittadino è l'utilizzatore finale. Questa separazione tra chi consuma e chi paga altera profondamente gli incentivi. Il paziente può non essere sensibile al prezzo se non sostiene direttamente la spesa; il medico può non avere un incentivo economico diretto a prescrivere il farmaco meno costoso; il farmacista è vincolato dalla normativa; il produttore cerca di posizionarsi entro la cornice di rimborso. Proprio per questo, l'intervento regolatorio diventa necessario per orientare le scelte verso soluzioni sostenibili per la finanza pubblica.

Nel complesso, la disciplina dei farmaci equivalenti rappresenta uno degli esempi più chiari di regolazione economica finalizzata al contenimento della spesa pubblica senza riduzione formale dei diritti sanitari. Il legislatore non taglia direttamente le prestazioni, ma modifica il prez-

zo riconosciuto per prestazioni terapeuticamente equivalenti. La sostenibilità del sistema viene perseguita attraverso la sostituzione, il prezzo di riferimento, la compartecipazione selettiva del cittadino e il controllo amministrativo dei prezzi.

Questa strategia, tuttavia, non è priva di ambivalenze. Essa riduce la spesa pubblica, ma può comprimere i margini degli operatori; stimola la concorrenza tra produttori di equivalenti, ma può creare prezzi di riferimento che diventano punti focali di mercato; rafforza il ruolo informativo del farmacista, ma ne limita la libertà imprenditoriale; amplia la scelta potenziale del cittadino, ma può generare confusione o resistenze culturali rispetto all'equivalenza terapeutica. In definitiva, i farmaci equivalenti mostrano come, nel settore farmaceutico, la concorrenza non possa essere semplicemente lasciata al mercato, ma debba essere costruita e governata dal regolatore pubblico. Il risultato è una concorrenza amministrata: utile per contenere la spesa, ma dipendente dalla qualità delle decisioni regolatorie, dalla tempestività degli aggiornamenti di prezzo e dalla capacità di tutti gli attori della filiera di riconoscere l'equivalenza terapeutica come presupposto economico e sanitario della sostenibilità del sistema.

3.3. La revisione delle remunerazioni per la farmacia

Come si è osservato nei paragrafi precedenti, il prezzo dei farmaci rimborsabili a carico del Servizio sanitario nazionale non è liberamente determinato dagli operatori della filiera, ma viene definito nell'ambito di un sistema di regolazione pubblica. Tale sistema non riguarda soltanto il prezzo finale riconosciuto al medicinale, ma anche la ripartizione del valore tra i diversi soggetti coinvolti: industria farmaceutica, distribuzione intermedia e farmacia. In altri termini, il prezzo del farmaco rimborsato non è soltanto un prezzo di vendita, ma anche una grandezza regolatoria attraverso la quale si stabilisce la remunerazione relativa degli attori della filiera.

La disciplina delle quote di spettanza è stata fissata, in termini generali, dall'art. 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Tale disposizione stabiliva, per le specialità medicinali collocate nelle classi rimborsabili, le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico

al netto dell'IVA nella misura del 66,65 per cento per le aziende farmaceutiche, del 6,65 per cento per i grossisti e del 26,7 per cento per i farmacisti. Questa ripartizione confermava una struttura della filiera nella quale la quota principale del valore restava attribuita all'industria produttrice, mentre la farmacia riceveva una quota significativa in ragione della funzione distributiva, professionale e amministrativa svolta nei confronti dell'utente finale e del Servizio sanitario nazionale.

Successivamente, la legge 30 luglio 2010, n. 122, ha modificato tale riparto, mantenendo invariata la quota dell'industria farmaceutica al 66,65 per cento, ma riducendo quella della distribuzione intermedia dal 6,65 al 3 per cento e aumentando quella riconosciuta alla farmacia dal 26,7 al 30,35 per cento. La tabella seguente sintetizza la trasformazione:

Operatore della filiera	Legge n. 662/1996	Legge n. 122/2010
Industria	66,65%	66,65%
Distribuzione intermedia	6,65%	3,00%
Farmacia	26,70%	30,35%

La modifica è economicamente rilevante perché non altera il prezzo complessivo del farmaco rimborsato, ma redistribuisce una parte del margine interno alla filiera. La farmacia vede aumentare la propria quota teorica, mentre il grossista vede ridursi sensibilmente la propria. La scelta del legislatore può essere interpretata come il risultato di più fattori convergenti. In primo luogo, le farmacie hanno storicamente goduto di un peso politico e negoziale superiore rispetto alla distribuzione intermedia, anche perché rappresentano il punto di contatto diretto con il cittadino e con il paziente. In secondo luogo, una parte della distribuzione intermedia è riconducibile a strutture consortili o societarie partecipate dalle stesse farmacie, con la conseguenza che il confine economico tra farmacia e distribuzione, in alcuni casi, risulta meno netto di quanto appaia sul piano formale. In terzo luogo, l'aumento della quota riconosciuta alla farmacia può essere letto come una risposta alla progressiva erosione delle condizioni economiche del settore. La diffusione dei farmaci equivalenti, la riduzione dei prezzi di riferimento, l'aumento della numerosità delle sedi, la concorrenza delle parafarmacie sui prodotti da banco e l'ampliamento degli adempimenti amministra-

tivi hanno modificato la struttura dei ricavi e dei costi della farmacia. La farmacia tradizionale, pur continuando a godere di una posizione regolata e protetta su alcune categorie di medicinali, ha visto ridursi alcune rendite storiche e aumentare il carico organizzativo. La gestione delle ricette dematerializzate, i controlli informatici, i flussi verso il sistema pubblico, le verifiche legate alla tracciabilità e gli adempimenti connessi ai sistemi regionali e nazionali hanno trasformato la farmacia in un presidio non solo commerciale e professionale, ma anche amministrativo-informativo.

Da questo punto di vista, il maggiore margine riconosciuto alla farmacia può essere interpretato come una forma di compensazione regolatoria. Il legislatore riconosce implicitamente che la farmacia non svolge soltanto una funzione di vendita, ma anche una funzione di servizio per conto del sistema pubblico: verifica della prescrizione, dispensazione appropriata, gestione dei flussi informativi, applicazione dei meccanismi di compartecipazione, interfaccia con il cittadino, adempimenti documentali e amministrativi. Tuttavia, tale compensazione non elimina il carattere fortemente regolato della remunerazione. La farmacia non determina liberamente il proprio margine sui farmaci rimborsati: lo riceve secondo percentuali stabilite dalla legge e lo subisce, al tempo stesso, nella misura in cui tale margine viene ridotto da sconti obbligatori a favore del Servizio sanitario nazionale.

È infatti necessario precisare che la quota del 30,35 per cento rappresenta una quota teorica o lorda. La remunerazione effettiva della farmacia sui farmaci rimborsati è ridotta dagli sconti obbligatori che le farmacie devono riconoscere al Servizio sanitario nazionale. Tali sconti sono articolati per fasce di prezzo del farmaco e differenziati in base alla tipologia e al fatturato della farmacia. Il sistema tiene conto, in particolare, della distinzione tra farmacie urbane, farmacie rurali non sussidiate e farmacie rurali sussidiate, nonché del fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale.

In termini generali, all'aumentare del prezzo unitario del farmaco aumenta anche lo sconto dovuto al SSN. Allo stesso modo, all'aumentare del fatturato SSN della farmacia, si riduce il grado di agevolazione riconosciuto. La logica economica è quella di graduare il prelievo regolatorio in funzione della presunta capacità economica della farmacia: le farmacie

più grandi o collocate in mercati più remunerativi contribuiscono in misura maggiore al contenimento della spesa pubblica, mentre le farmacie più piccole o localizzate in aree deboli vengono maggiormente tutelate.

Questa impostazione risponde a un principio di equità regolatoria. Non tutte le farmacie si trovano nelle medesime condizioni economiche. Una farmacia urbana collocata in un'area ad alta densità, con elevato flusso di clientela, può presentare condizioni di sostenibilità molto diverse da una farmacia rurale sussidiata che opera in un piccolo centro, con popolazione anziana, domanda limitata e minori economie di scala. Applicare a entrambe lo stesso livello di sconto avrebbe potuto produrre effetti regressivi, penalizzando le farmacie economicamente più fragili e mettendo a rischio la capillarità territoriale del servizio.

Al tempo stesso, il sistema degli scaglioni può produrre alcune distorsioni. Quando il passaggio da una soglia di fatturato all'altra comporta una variazione significativa dello sconto applicabile, si possono generare effetti di discontinuità. Due farmacie con fatturati molto simili, ma collocate appena al di sotto o appena al di sopra di una determinata soglia, possono essere assoggettate a regimi economici differenti. Questo crea un problema tipico dei sistemi regolatori a scaglioni: la semplicità amministrativa viene ottenuta al prezzo di possibili salti marginali e di una non perfetta proporzionalità tra capacità economica e onere imposto.

Da un punto di vista teorico, sarebbe stato possibile immaginare un meccanismo continuo, ad esempio una funzione progressiva e graduale dello sconto in rapporto al fatturato SSN, alla localizzazione e al prezzo dei farmaci dispensati. Una funzione continua avrebbe ridotto gli effetti soglia e consentito un adattamento più fine alle diverse condizioni economiche delle farmacie. Tuttavia, un sistema di questo tipo avrebbe probabilmente aumentato la complessità amministrativa, rendendo più difficile il calcolo, il controllo e la gestione operativa delle trattenute. Ancora una volta, la regolazione si muove entro un trade-off tra semplicità applicativa e precisione economica.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda il calcolo del fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale ai fini dell'applicazione degli sconti agevolati o dell'esenzione. Su questo punto è intervenuto l'art. 1, comma 551, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. Dal 1° gennaio 2019, al calcolo del fatturato annuo delle farmacie in regime di SSN

concorrono il fatturato per i farmaci ceduti in regime di Servizio sanitario nazionale, la remunerazione del servizio di distribuzione reso in nome e per conto, il fatturato delle prestazioni di assistenza integrativa e protesica erogate in regime di SSN e regionale, nonché le quote di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito. Sono invece escluse l'IVA, le trattenute convenzionali e di legge, gli importi trattenuti a titolo di sconto sul prezzo del farmaco, la quota differenziale a carico dei cittadini per i farmaci con prezzo superiore a quello di rimborso e la remunerazione delle ulteriori prestazioni erogate nell'ambito della farmacia dei servizi.

Questa precisazione non è meramente tecnica. La definizione del fatturato rilevante incide direttamente sulla classificazione economica della farmacia e, quindi, sul regime di scontistica applicabile. Includere o escludere determinate voci può far superare o meno una soglia, con effetti concreti sulla remunerazione netta. Per questa ragione, la nozione di fatturato SSN è divenuta oggetto di attenzione interpretativa e di contenzioso. Il tema mostra come, nei mercati regolati, anche definizioni apparentemente contabili possano avere rilevanti conseguenze allocative e distributive.

Sul piano economico, il sistema degli sconti obbligatori può essere interpretato come una forma di prelievo regolatorio sui margini della farmacia. Il Servizio sanitario nazionale, in quanto principale finanziatore della domanda di farmaci rimborsati, utilizza il proprio potere di acquirente pubblico per recuperare una parte della remunerazione riconosciuta agli operatori della filiera. Tale meccanismo contribuisce al contenimento della spesa pubblica, ma incide sulla redditività delle farmacie. La sua sostenibilità dipende quindi dalla capacità di bilanciare due obiettivi: da un lato, ridurre l'onere per il bilancio sanitario; dall'altro, non compromettere l'equilibrio economico degli esercizi farmaceutici, soprattutto nelle aree meno redditizie.

Un regime specifico riguarda i farmaci equivalenti. Per questi medicinali, la disciplina ha previsto una particolare articolazione delle quote di spettanza. In particolare, per la fornitura dei medicinali equivalenti richiamati dalla normativa, le quote sono state rideterminate nella misura del 58,65 per cento per le aziende farmaceutiche, del 6,65 per cento per i grossisti e del 26,7 per cento per i farmacisti; la quota residua dell'8 per cento viene ridistribuita tra farmacisti e grossisti secondo le regole di mercato, ferma restando la quota minima riconosciuta alla farmacia.

Questo meccanismo è economicamente significativo perché introduce uno spazio di negoziazione all'interno di un mercato altrimenti fortemente amministrato. Mentre le quote ordinarie sono fissate rigidamente dalla legge, la quota dell'8 per cento relativa agli equivalenti può essere oggetto di ripartizione tra farmacia e distribuzione secondo le condizioni effettive del mercato. La farmacia ha quindi un incentivo a negoziare con il grossista una quota maggiore di tale margine, soprattutto se dispone di maggiore potere contrattuale, appartiene a gruppi d'acquisto, opera in forma aggregata o può contare su volumi rilevanti di acquisto.

Ne deriva una distinzione importante. Nei farmaci rimborsati ordinari, la farmacia è remunerata prevalentemente secondo un margine amministrato e subisce successivamente gli sconti obbligatori. Nei farmaci equivalenti, invece, pur restando all'interno di una cornice regolata, emerge un margine negoziale più ampio. Questa differenza può incidere sugli incentivi della farmacia a promuovere o dispensare farmaci equivalenti, naturalmente nei limiti della prescrizione medica, della normativa sulla sostituibilità e dell'informazione al paziente. Il vantaggio economico non deriva soltanto dal margine percentuale, ma anche dalla possibilità di ottenere condizioni migliori nella relazione con la distribuzione intermedia o con i fornitori.

La revisione delle remunerazioni deve essere letta anche alla luce del più generale mutamento del modello economico della farmacia. Storicamente, la farmacia traeva una parte significativa della propria redditività dai margini sui farmaci rimborsati. Con la diffusione degli equivalenti, il contenimento dei prezzi, gli sconti obbligatori e le politiche di controllo della spesa, tale componente è divenuta meno espansiva. Le farmacie sono state quindi spinte a diversificare le fonti di ricavo: prodotti da banco, parafarmaco, cosmetica, integratori, dispositivi medici, servizi diagnostici di primo livello, prestazioni di telemedicina e attività riconducibili alla farmacia dei servizi. La remunerazione regolata dei farmaci SSN diventa così solo una parte di un modello economico più ampio e articolato.

Questa evoluzione produce effetti differenziati. Le farmacie collocate in aree urbane, con maggiore flusso di clientela e più ampio potenziale commerciale, possono compensare la compressione dei margini sui farmaci rimborsati attraverso la vendita di prodotti non SSN e l'offerta di servizi aggiuntivi. Le farmacie rurali o marginali, invece, possono avere minori opportunità di diversificazione e restare più dipendenti dalla

dispensazione dei farmaci rimborsati. Ciò rafforza la necessità di una regolazione differenziata, capace di evitare che politiche uniformi di contenimento della spesa producano effetti territorialmente regressivi.

Dal punto di vista della teoria economica, la revisione delle remunerazioni mostra chiaramente la natura ibrida della farmacia. Essa è al tempo stesso impresa privata, presidio sanitario territoriale, soggetto convenzionato con il Servizio sanitario nazionale e nodo amministrativo della filiera pubblica del farmaco. La sua remunerazione non può essere interpretata esclusivamente come margine commerciale, perché incorpora anche funzioni di servizio pubblico. Tuttavia, non può neppure essere considerata una semplice compensazione amministrativa, perché la farmacia resta un soggetto economico che sostiene costi, investe, assume personale, negozia con fornitori e compete su alcune categorie di prodotti e servizi.

In conclusione, la revisione delle remunerazioni delle farmacie nel primo decennio degli anni Duemila e negli interventi successivi risponde a una logica di riequilibrio complessivo. Da un lato, il legislatore cerca di contenere la spesa pubblica farmaceutica attraverso prezzi di riferimento, farmaci equivalenti, sconti obbligatori e trattenute a favore del SSN. Dall'altro, riconosce alla farmacia una quota di spettanza più elevata, prendendo atto dell'aumento degli adempimenti, della trasformazione del ruolo professionale e delle pressioni competitive subite dal settore. Il risultato è un sistema complesso, nel quale la remunerazione della farmacia è il prodotto di percentuali legali, sconti obbligatori, soglie di fatturato, localizzazione territoriale, negoziazione con la distribuzione e capacità di diversificazione commerciale.

Questa complessità è il riflesso della difficoltà di regolare un settore nel quale il prezzo non può essere lasciato interamente al mercato, ma nel quale una regolazione troppo rigida può produrre inefficienze, distorsioni e disallineamenti degli incentivi. La farmacia viene remunerata per vendere, ma anche per garantire accesso; per distribuire un bene, ma anche per svolgere una funzione sanitaria; per operare come impresa, ma entro limiti e obblighi propri di un servizio di interesse pubblico. La revisione delle remunerazioni costituisce pertanto non un semplice intervento tecnico sui margini, ma uno dei punti centrali attraverso cui si ridefinisce l'equilibrio economico tra sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e sostenibilità della rete farmaceutica territoriale.

3.4. Le possibili strategie di integrazione verticale a valle

Con la legge 4 agosto 2006, n. 248, si creano le condizioni per una parziale ridefinizione dei rapporti tra distribuzione intermedia e vendita al dettaglio nel settore farmaceutico. Il tema non riguarda soltanto un profilo giuridico-formale, ma investe direttamente l'organizzazione economica della filiera del farmaco. Per la prima volta, infatti, viene attenuata la tradizionale separazione tra il soggetto che distribuisce all'ingrosso e il soggetto che vende al pubblico, aprendo spazi a strategie di integrazione verticale, sia pure entro confini regolatori ancora stringenti.

La distribuzione all'ingrosso dei medicinali è definita dal decreto legislativo n. 219 del 2006 come l'attività consistente nel procurarsi, detenere, fornire o esportare medicinali, con esclusione della fornitura diretta al pubblico. Essa opera quindi in una fase intermedia della filiera, collocandosi tra produzione industriale e vendita finale al cittadino-paziente. La distribuzione all'ingrosso è inoltre subordinata al possesso di una specifica autorizzazione rilasciata dalla Regione, dalla Provincia autonoma o dall'autorità competente individuata dalla legislazione territoriale. Tale autorizzazione riguarda specifici locali e richiede il rispetto di requisiti organizzativi, logistici e professionali propri dell'attività distributiva.

In origine, il medesimo art. 100 del decreto legislativo n. 219 del 2006 prevedeva una incompatibilità tra l'attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali e quella di fornitura al pubblico di medicinali in farmacia. Questa previsione era coerente con l'impostazione tradizionale del settore, fondata sulla separazione funzionale tra i diversi stadi della filiera. La farmacia acquistava dal grossista e vendeva al pubblico; il grossista acquistava dai produttori o da altri distributori e riforniva farmacie e altri soggetti autorizzati; l'industria produceva e immetteva il farmaco sul mercato. La separazione tra queste funzioni era ritenuta funzionale a prevenire conflitti di interesse, concentrazioni eccessive e forme di controllo verticale potenzialmente distorsive.

Tale impostazione viene modificata dal decreto Bersani del 2006. La legge n. 248 del 2006 ha infatti eliminato l'incompatibilità tra distribuzione all'ingrosso e fornitura al pubblico, abrogando il comma 2 dell'art. 100 e introducendo la possibilità per i farmacisti, le società di farmacisti

titolari di farmacia e le società che gestiscono farmacie comunali di svolgere anche attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali, nel rispetto delle disposizioni del Codice del farmaco. La formulazione oggi rilevante dell'art. 100, comma 1-bis, chiarisce proprio questa compatibilità.

Il significato economico di questa apertura è rilevante. In molti settori distributivi, la riorganizzazione della supply chain ha mostrato l'importanza di una più stretta cooperazione tra grossisti e dettaglianti. L'integrazione verticale, o comunque il coordinamento stabile tra fasi diverse della filiera, può ridurre i costi di transazione, migliorare la gestione delle scorte, aumentare il potere negoziale verso i produttori, razionalizzare la logistica e consentire una più efficiente circolazione delle informazioni sulla domanda finale. Ciò è avvenuto, ad esempio, nella distribuzione alimentare, nella cosmetica, nell'elettronica di consumo e in numerosi altri mercati nei quali il controllo della filiera è divenuto una leva competitiva fondamentale.

Anche nel settore farmaceutico, sebbene con un ritardo dovuto alla forte regolazione pubblica e alla natura sanitaria del bene trattato, emergono esigenze analoghe. La farmacia tradizionale, soprattutto se isolata, dispone di un potere negoziale limitato nei confronti dei fornitori e dei grossisti. Essa acquista volumi relativamente contenuti, sostiene costi amministrativi e logistici propri e dipende dal servizio di approvvigionamento della distribuzione intermedia. Al contrario, una farmacia o una società di farmacie che riesca a organizzare direttamente una funzione distributiva può ridurre parte della dipendenza dal grossista, ottenere condizioni di acquisto più favorevoli, migliorare il controllo sulle scorte e partecipare a una quota maggiore del valore generato lungo la filiera.

L'integrazione verticale può assumere forme diverse. Una prima forma è l'integrazione a monte da parte delle farmacie: farmacisti, società di farmacisti o società che gestiscono farmacie comunali possono ottenere l'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso e svolgere attività distributiva, nel rispetto dei requisiti previsti. In questo caso, il dettagliante farmaceutico risale la filiera, acquisendo una funzione tipica del grossista. Ciò può consentire una migliore capacità negoziale con l'industria, la possibilità di servire altre farmacie o soggetti autorizzati e una più efficiente gestione degli approvvigionamenti.

Una seconda forma è l'integrazione a valle da parte dei grossisti. Le società che svolgono attività di distribuzione all'ingrosso possono svolgere attività di vendita al pubblico di medicinali attraverso la gestione di farmacie comunali. La norma consente l'ingresso nella vendita al pubblico attraverso la gestione di farmacie comunali, cioè all'interno di un perimetro specifico e storicamente legato ai processi di privatizzazione o esternalizzazione della gestione delle farmacie municipali.

Questa seconda direttrice presenta un'evidente valenza strategica. Per un grossista, gestire farmacie comunali significa controllare anche la fase finale della filiera, cioè il punto di contatto con il cittadino. Ciò consente di internalizzare parte del margine retail, acquisire informazioni dirette sulla domanda, orientare meglio gli assortimenti, programmare le scorte e coordinare logistica e vendita finale. In termini economici, il grossista non si limita più a fornire un servizio intermedio, ma diventa anche operatore del mercato finale, sia pure attraverso un canale giuridicamente circoscritto.

Tuttavia, l'integrazione verticale nel settore farmaceutico presenta rischi specifici. Il primo rischio riguarda il possibile rafforzamento del potere di mercato. Un operatore che controlla simultaneamente la distribuzione all'ingrosso e una rete di farmacie può beneficiare di vantaggi competitivi rilevanti rispetto alle farmacie indipendenti. Può ottenere migliori condizioni di acquisto, programmare in modo integrato le forniture, ridurre i costi logistici e sostenere politiche commerciali più aggressive sui prodotti liberalizzati o non rimborsati. Se tali vantaggi derivano da efficienze reali, essi possono produrre benefici per il consumatore. Se invece derivano da posizioni di controllo della filiera, possono ridurre la concorrenza effettiva.

Il secondo rischio riguarda la discriminazione nell'accesso alla fornitura. Un grossista verticalmente integrato con punti vendita al dettaglio potrebbe, almeno in teoria, avere incentivi a favorire le farmacie appartenenti al proprio gruppo o gestite direttamente, penalizzando le farmacie concorrenti in termini di tempi di consegna, condizioni economiche, disponibilità di prodotti o qualità del servizio. La disciplina della distribuzione all'ingrosso cerca di limitare questo rischio attraverso obblighi di approvvigionamento, fornitura, tracciabilità, dotazioni minime e rispetto delle buone pratiche di distribuzione. L'art. 105 del

decreto legislativo n. 219 del 2006 prevede, tra l'altro, obblighi di disponibilità e fornitura volti ad assicurare continuità nell'approvvigionamento delle farmacie e, in ultima istanza, dei pazienti.

Il terzo rischio riguarda la neutralità del canale distributivo. La farmacia, per la sua funzione sanitaria, dovrebbe garantire al cittadino l'accesso al medicinale più appropriato, non necessariamente a quello più conveniente per il gruppo industriale o distributivo di riferimento. Questo problema è particolarmente evidente nei rapporti tra industria produttrice e vendita al dettaglio, ma può presentarsi anche nei rapporti tra distribuzione intermedia e farmacia. La regolazione deve quindi evitare che il controllo proprietario o organizzativo della filiera alteri la disponibilità dei prodotti, la libertà di scelta del paziente o la corretta esecuzione della prescrizione medica.

Al tempo stesso, l'integrazione verticale non deve essere letta esclusivamente in chiave negativa. Essa può generare efficienze significative. In primo luogo, può ridurre i costi di transazione tra farmacia e grossista, sostituendo negoziazioni ripetute con rapporti organizzativi interni o contrattuali più stabili. In secondo luogo, può migliorare la gestione delle scorte, riducendo rotture di stock, duplicazioni, inefficienze logistiche e costi di magazzino. In terzo luogo, può accrescere la capacità di investimento in sistemi informativi, automazione, tracciabilità e controllo della catena del freddo. In quarto luogo, può favorire una maggiore professionalizzazione manageriale della filiera, soprattutto in un settore nel quale molte farmacie sono storicamente rimaste imprese di piccola dimensione.

Vi è poi un effetto competitivo indiretto. La possibilità per farmacie o società di farmacisti di svolgere attività di distribuzione all'ingrosso può rafforzare il loro potere negoziale nei confronti dei grossisti tradizionali. Anche quando una farmacia non internalizza completamente la funzione distributiva, la sola possibilità di farlo può modificare l'equilibrio contrattuale. Il grossista, sapendo che alcune farmacie o aggregazioni di farmacie possono organizzarsi autonomamente, può essere indotto a migliorare condizioni economiche, tempi di consegna, servizi accessori e supporto logistico. In questo senso, la riforma può produrre effetti pro-concorrenziali anche senza che tutte le farmacie diventino effettivamente distributori.

Un ulteriore aspetto riguarda le centrali di acquisto e le forme di aggregazione tra farmacie. In molti settori del commercio al dettaglio, i dettaglianti indipendenti hanno reagito al potere dei fornitori e alla crescita delle catene creando gruppi d'acquisto, consorzi, cooperative o centrali logistiche. Anche nel settore farmaceutico, forme simili possono consentire alle farmacie indipendenti di conservare autonomia proprietaria e professionale, ma al tempo stesso di conseguire vantaggi economici derivanti dall'aggregazione. La possibilità di operare nella distribuzione all'ingrosso si inserisce quindi in un processo più ampio di riorganizzazione della filiera, nel quale il confine tra grossista, centrale d'acquisto, gruppo di farmacie e rete commerciale diventa progressivamente meno rigido.

Naturalmente, l'esercizio dell'attività di distribuzione all'ingrosso da parte di farmacisti o società di farmacisti non può essere considerato una semplice estensione della farmacia. Occorre una specifica autorizzazione, distinta da quella relativa alla vendita al pubblico, e occorre il rispetto dei requisiti previsti dal titolo VII del decreto legislativo n. 219 del 2006. Secondo il documento condiviso sulla distribuzione dei medicinali, anche il distributore che sia farmacista o società titolare di farmacia deve possedere tutti i requisiti richiesti per la distribuzione all'ingrosso; tali requisiti sono diversi da quelli richiesti per la vendita al dettaglio e non possono essere considerati automaticamente assorbiti dalla titolarità della farmacia.

Questa precisazione è importante perché impedisce una lettura eccessivamente semplificata della riforma. La farmacia non diventa grossista per il solo fatto di essere farmacia. Deve dotarsi di locali, installazioni, attrezzature, personale e persona responsabile adeguati all'attività distributiva. Deve inoltre rispettare obblighi di documentazione, tracciabilità, conservazione, ispezionabilità e buona pratica di distribuzione. Dal punto di vista economico, ciò significa che l'integrazione verticale comporta costi fissi e investimenti organizzativi non trascurabili. Non tutte le farmacie hanno quindi convenienza o capacità di intraprendere tale percorso. La possibilità normativa si traduce in opportunità concreta soprattutto per operatori aggregati, società di farmacie, consorzi o soggetti dotati di una scala sufficiente.

In questa prospettiva, la riforma può essere letta come un ulteriore passaggio dal modello della farmacia individuale protetta al modello della farmacia inserita in reti organizzative più complesse. Il farmacista

non è più soltanto il professionista che dispensa il medicinale al banco, ma può diventare parte di una struttura imprenditoriale capace di intervenire anche sulla logistica, sugli acquisti e sulla gestione della supply chain. Il grossista, a sua volta, non è più necessariamente confinato alla fase intermedia, ma può avvicinarsi al consumatore finale attraverso la gestione di farmacie comunali. Il sistema resta regolato, ma le sue frontiere interne diventano meno rigide.

Da un punto di vista di politica economica, l'apertura all'integrazione verticale rappresenta quindi una scelta ambivalente. Essa può aumentare l'efficienza e ridurre i costi della filiera, ma può anche generare nuove forme di concentrazione e nuovi rischi di dipendenza per le farmacie indipendenti. Può rafforzare la capacità competitiva degli operatori italiani, ma può anche favorire soggetti dotati di maggiore capitale e organizzazione. Può migliorare l'approvvigionamento, ma richiede controlli rigorosi affinché la ricerca di efficienza non comprometta la disponibilità dei medicinali e la neutralità della dispensazione.

In conclusione, le modifiche introdotte nel 2006 aprono un varco importante nella tradizionale separazione tra distribuzione all'ingrosso e vendita al pubblico. Tale varco non produce ancora una piena liberalizzazione della filiera, né consente indistintamente a tutti gli operatori di entrare in ogni segmento del mercato. Tuttavia, permette nuove strategie di integrazione verticale e di coordinamento tra grossisti e farmacie. Le farmacie e le società di farmacisti possono risalire la filiera verso la distribuzione all'ingrosso; i grossisti possono scendere verso la vendita al pubblico attraverso la gestione di farmacie comunali. Si tratta di una trasformazione coerente con la più ampia evoluzione del settore: meno centrato sulla farmacia individuale isolata, più orientato a reti, aggregazioni, economie di scala e capacità manageriali.

4. Il secondo decennio degli anni Duemila: il paradigma della duplice liberalizzazione negli accessi e nella gestione

4.1 Verso una maggiore numerosità delle farmacie nei territori

Nel secondo decennio degli anni Duemila il processo di trasformazione della regolamentazione farmaceutica italiana compie un ulteriore

salto di qualità. Dopo le prime aperture degli anni Novanta, relative soprattutto alla governance proprietaria delle farmacie comunali e alle società tra farmacisti, e dopo gli interventi del primo decennio degli anni Duemila, legati alla nascita delle parafarmacie, alla diffusione dei farmaci equivalenti, alla revisione della remunerazione e alla possibilità di integrazione verticale tra distribuzione e vendita, il legislatore interviene in modo più diretto su uno dei pilastri storici del modello protezionistico: il numero delle farmacie presenti sul territorio.

Il tema della numerosità delle farmacie è centrale perché incide simultaneamente su tre dimensioni economiche e sociali. La prima è l'accessibilità del servizio: un maggior numero di farmacie può ridurre le distanze, migliorare la prossimità territoriale e rendere più agevole l'approvvigionamento dei farmaci da parte dei cittadini. La seconda è la concorrenza tra operatori: più sedi farmaceutiche possono aumentare la pressione competitiva, soprattutto sui servizi, sugli orari, sull'assortimento dei prodotti non rimborsati e sulla qualità della relazione con l'utenza. La terza è la sostenibilità economica delle singole farmacie: un aumento eccessivo delle sedi può ridurre il bacino di domanda di ciascun esercizio, comprimere i margini e rendere più fragili soprattutto le farmacie collocate in aree a bassa densità o con domanda stagnante.

Già la legge 8 novembre 1991, n. 362, aveva modificato i parametri relativi al rapporto tra numero di farmacie e popolazione. Essa stabiliva che il numero delle autorizzazioni dovesse essere determinato in modo da assicurare una farmacia ogni 5.000 abitanti nei Comuni con popolazione fino a 12.500 abitanti e una farmacia ogni 4.000 abitanti negli altri Comuni. Tale previsione aveva sostituito la disciplina precedente e aveva rappresentato un primo tentativo di rendere più ampia la presenza delle farmacie sul territorio, pur conservando una logica di contingentamento amministrativo dell'offerta. In altri termini, l'accesso al mercato continuava a non essere libero: non era il farmacista-imprenditore a decidere autonomamente se aprire una farmacia, ma l'autorità pubblica a stabilire, sulla base del rapporto farmacie-abitanti, se vi fosse spazio per una nuova sede.

È però soprattutto con il decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, che si realizza una vera discontinuità. L'art. 11 del decreto modifica il quorum

demografico, stabilendo che vi sia una farmacia ogni 3.300 abitanti. La popolazione eccedente rispetto a tale parametro consente l'apertura di un'ulteriore farmacia quando sia superiore al 50 per cento del parametro stesso, cioè quando superi 1.650 abitanti. Questa è la correzione giuridica più rilevante rispetto alla formulazione iniziale del paragrafo: il parametro di una farmacia ogni 5.000 o 4.000 abitanti appartiene alla legge n. 362 del 1991; il parametro di una farmacia ogni 3.300 abitanti è invece introdotto dalla riforma del 2012.

La riforma del 2012 deve essere letta all'interno di una più ampia stagione di interventi volti alla crescita, alla concorrenza e alla rimozione di vincoli regolatori considerati eccessivamente restrittivi. Non si tratta di una liberalizzazione piena, perché la farmacia resta ancora un'attività contingentata, autorizzata e territorialmente programmata. Tuttavia, si tratta di una liberalizzazione relativa dell'accesso, perché la riduzione del quorum demografico determina l'istituzione di nuove sedi e, quindi, amplia il numero potenziale degli operatori presenti nel mercato. Il legislatore non elimina la pianta organica, ma la rende più espansiva; non consente aperture libere, ma aumenta il numero delle aperture possibili.

Da un punto di vista economico, questa scelta può essere interpretata come un tentativo di ridurre le rendite localizzative accumulate dalle farmacie esistenti. Nel modello tradizionale, il numero limitato di sedi autorizzate produceva un valore economico significativo della titolarità farmaceutica. La scarsità amministrativa delle autorizzazioni contribuiva a generare posizioni protette, soprattutto nei territori nei quali la domanda era stabile o crescente. L'aumento del numero delle sedi riduce, almeno in parte, questa scarsità e può attenuare il valore monopolistico o quasi-monopolistico della localizzazione. L'effetto atteso è una maggiore contendibilità del mercato, non nel senso di libero ingresso, ma nel senso di una minore protezione degli operatori già insediati.

La maggiore numerosità delle farmacie può produrre effetti positivi sul servizio di prossimità. In aree urbane densamente popolate, nuove sedi possono ridurre i tempi di accesso, distribuire meglio la domanda, migliorare la copertura di quartieri periferici o di nuove zone residenziali e rendere più capillare la rete di dispensazione. In territori caratterizzati da invecchiamento demografico, aumento delle cronicità e crescente domanda di servizi sanitari territoriali, la prossimità della farmacia as-

sume un valore non solo commerciale, ma anche sanitario. La farmacia è infatti sempre più spesso il primo punto di contatto del cittadino con il sistema della salute, soprattutto per bisogni ordinari, informazioni sui farmaci, monitoraggio di terapie e servizi di primo livello.

Al tempo stesso, l'aumento delle sedi può generare effetti concorrenziali. Una farmacia che opera in un contesto meno protetto può essere indotta a migliorare la qualità del servizio, ampliare gli orari, investire in tecnologie, offrire nuovi servizi, curare maggiormente l'assortimento dei prodotti da banco, sviluppare attività di consulenza e differenziarsi rispetto agli altri operatori. La concorrenza tra farmacie, tuttavia, non si manifesta prevalentemente sul prezzo dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, perché questi restano sottoposti a regole di rimborso e remunerazione amministrata. Essa si manifesta piuttosto sui prodotti non rimborsati, sui servizi, sulla rapidità, sulla disponibilità dei farmaci, sulla relazione fiduciaria con il paziente e sulla capacità di integrare attività sanitarie e commerciali.

La riforma presenta però anche possibili criticità. Se il numero delle farmacie cresce in territori nei quali la domanda complessiva non aumenta in misura proporzionale, il fatturato medio per farmacia può ridursi. Tale riduzione può incidere diversamente a seconda della struttura economica degli esercizi. Le farmacie più grandi, meglio localizzate o più organizzate possono assorbire la pressione competitiva attraverso economie di scala, ampliamento dei servizi e diversificazione commerciale. Le farmacie più piccole, invece, possono subire una compressione dei margini senza disporre degli strumenti organizzativi necessari per reagire. Da questo punto di vista, l'aumento della concorrenza non produce effetti uniformi: può generare maggiore efficienza per il sistema, ma anche maggiore fragilità per alcuni operatori.

La questione è particolarmente rilevante nelle aree interne, nei piccoli Comuni e nelle zone rurali. Qui la farmacia svolge una funzione di presidio territoriale che può andare oltre la sua mera sostenibilità commerciale. Se l'aumento delle sedi in aree più remunerative riduce le rendite urbane, l'effetto può essere positivo. Se però la pressione competitiva o la riduzione dei margini complessivi si riflette anche sulle farmacie marginali, il rischio è quello di indebolire proprio i presidi più importanti dal punto di vista dell'equità territoriale. Per questa ragione, la liberalizza-

zione degli accessi deve essere accompagnata da strumenti capaci di distinguere tra rendite da comprimere e funzioni territoriali da preservare.

Un altro profilo centrale riguarda il meccanismo di assegnazione delle nuove sedi. L'aumento del numero delle farmacie non avrebbe prodotto un vero ricambio generazionale o imprenditoriale se l'accesso alle nuove autorizzazioni fosse rimasto fortemente condizionato da criteri capaci di premiare quasi esclusivamente la seniority professionale. Il D.P.C.M. 30 marzo 1994, n. 298, disciplina le modalità di espletamento del concorso per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche e prevede specifici punteggi per la valutazione dei titoli. In particolare, l'art. 5 attribuisce rilievo ai titoli relativi all'esercizio professionale: per l'attività di titolare e direttore di farmacia aperta al pubblico sono assegnati 0,5 punti per anno per i primi dieci anni e 0,2 punti per anno per i secondi dieci anni; per l'attività di collaboratore di farmacia aperta al pubblico, 0,45 punti per anno per i primi dieci anni e 0,18 per i secondi dieci anni; per professori ordinari della facoltà di farmacia, farmacisti dirigenti delle unità sanitarie locali, direttori di farmacia ospedaliera o militare e direttori tecnici di stabilimento farmaceutico, 0,40 punti per anno per i primi dieci anni e 0,15 per i secondi dieci anni; per altre attività professionali connesse alla filiera farmaceutica, punteggi inferiori.

Questa impostazione rivela una precisa scelta regolatoria. L'assegnazione delle sedi tende a valorizzare l'esperienza professionale maturata nel tempo, soprattutto quella più direttamente connessa alla gestione della farmacia aperta al pubblico. Dal punto di vista della tutela sanitaria, tale criterio è comprensibile: l'apertura e la gestione di una farmacia richiedono competenze professionali, conoscenza della dispensazione, capacità organizzativa, relazione con il pubblico, gestione del magazzino, responsabilità nei confronti del Servizio sanitario nazionale e rispetto di obblighi amministrativi. Premiare chi ha maturato una lunga esperienza può ridurre il rischio che nuove sedi siano affidate a soggetti privi di adeguata preparazione pratica.

Tuttavia, dal punto di vista economico, il forte peso attribuito alla seniority può produrre effetti restrittivi. I giovani farmacisti, pur dotati di titoli di studio, abilitazione professionale e capacità imprenditoriali, possono trovarsi in svantaggio rispetto a candidati con percorsi lavorativi più lunghi. Il concorso, quindi, pur formalmente aperto, può favorire

soggetti già inseriti nel settore o comunque dotati di una lunga esperienza professionale. Questo può ridurre il potenziale innovativo delle nuove aperture, perché limita l'ingresso di operatori più giovani, forse maggiormente inclini a sperimentare nuovi modelli di servizio, tecnologie digitali, orari più estesi, marketing sanitario, servizi di telemedicina o formule organizzative più dinamiche.

Il problema non è la valorizzazione dell'esperienza in sé, ma il possibile squilibrio tra esperienza e capacità innovativa. Un sistema concorsuale che premi quasi esclusivamente la durata dell'attività professionale rischia di confondere la competenza con l'anzianità. L'esperienza è certamente un indicatore rilevante, ma non sempre coincide con la propensione all'investimento, all'innovazione o al miglioramento del servizio. In un settore sottoposto a profonde trasformazioni, nel quale la farmacia è chiamata a diventare sempre più presidio sanitario territoriale, piattaforma di servizi, punto di accesso digitale al sistema sanitario e soggetto imprenditoriale più complesso, la capacità di innovare può essere importante quanto la seniority.

Da questa prospettiva, il meccanismo concorsuale tradizionale può rappresentare una barriera regolamentativa all'ingresso dei giovani farmacisti. La barriera non è assoluta, perché i giovani farmacisti possono comunque partecipare ai concorsi; tuttavia, è una barriera relativa, perché la struttura dei punteggi rende più difficile competere con candidati più anziani o con esperienze professionali più estese. In termini economici, si tratta di una barriera all'entrata fondata non sul capitale finanziario, né sulla disponibilità di una localizzazione, ma sulla costruzione amministrativa del merito professionale. Essa può proteggere la qualità, ma può anche ridurre la contendibilità del mercato.

È significativo che la riforma del 2012 abbia previsto anche il concorso straordinario per l'assegnazione delle nuove sedi farmaceutiche e la possibilità di partecipazione in forma associata. Ai concorsi per il conferimento delle sedi farmaceutiche, gli interessati in possesso dei requisiti di legge possono concorrere per la gestione associata, sommando i titoli dei partecipanti. Questa previsione ha una notevole rilevanza economica e generazionale. Da un lato, consente a più farmacisti di unire i propri punteggi, aumentando la probabilità di ottenere una sede. Dall'altro, favorisce l'ingresso di compagini professionali più ar-

ticolate, nelle quali competenze, risorse finanziarie e capacità gestionali possono essere condivise.

La gestione associata rappresenta quindi una risposta parziale al problema delle barriere all'ingresso. Essa permette a giovani farmacisti o a farmacisti con percorsi professionali differenti di aggregarsi e competere più efficacemente. Tuttavia, può produrre anche nuove complessità. La sommatoria dei titoli può favorire gruppi numerosi o compagini costruite strategicamente per massimizzare il punteggio, non necessariamente per garantire una migliore gestione imprenditoriale della farmacia. Inoltre, la gestione associata richiede accordi interni stabili, capacità di governance, ripartizione degli investimenti, definizione delle responsabilità e gestione dei conflitti tra soci. L'apertura concorsuale, quindi, non elimina la necessità di una solida architettura proprietaria e organizzativa.

In questo quadro, la maggiore numerosità delle farmacie nei territori assume un significato ambivalente. Da un lato, essa costituisce un passo verso la liberalizzazione degli accessi, perché aumenta le sedi disponibili e riduce la protezione degli operatori esistenti. Dall'altro, resta inserita in un sistema autorizzatorio e concorsuale che conserva molte caratteristiche del modello precedente. La farmacia non diventa un esercizio liberamente apribile da qualunque farmacista in qualunque luogo; continua a dipendere da una programmazione territoriale, da un parametro demografico, da una revisione periodica e da una procedura selettiva pubblica.

Sul piano economico, la riforma può essere letta come una liberalizzazione amministrata. Il legislatore introduce più concorrenza, ma non abbandona la pianificazione. Aumenta il numero delle farmacie, ma non elimina il contingentamento. Riduce le rendite localizzative, ma preserva il principio della distribuzione programmata. Tale equilibrio riflette la natura peculiare della farmacia: un'impresa privata che opera in un mercato regolato, ma anche un presidio sanitario che deve garantire continuità, prossimità e sicurezza nella dispensazione del farmaco.

La sfida della regolazione consiste, quindi, nel distinguere tra due obiettivi non sempre coincidenti. Il primo è aumentare la concorrenza per migliorare efficienza, qualità e accessibilità. Il secondo è mantenere una rete sostenibile di presidi farmaceutici, evitando che l'eccesso di concorrenza comprometta la capillarità del servizio. In un normale mercato commerciale, l'uscita dal mercato degli operatori meno effi-

cienti può essere considerata una fisiologica conseguenza della concorrenza. Nel settore farmaceutico, invece, la chiusura di una farmacia può produrre un costo sociale, soprattutto se avviene in territori periferici o fragili. Per questo motivo, la concorrenza farmaceutica non può essere interpretata con gli stessi criteri di un mercato ordinario.

In conclusione, il secondo decennio degli anni Duemila inaugura una fase nella quale il legislatore prova a incidere contemporaneamente sull'accesso al mercato e sulle modalità di gestione della farmacia. La riduzione del quorum demografico a una farmacia ogni 3.300 abitanti rappresenta uno strumento di ampliamento dell'offerta e di attenuazione delle rendite territoriali. Il sistema concorsuale, tuttavia, continua a selezionare i nuovi titolari sulla base di criteri nei quali la seniority professionale assume un peso rilevante. Ne deriva una tensione interna: da un lato, si vuole aumentare il numero degli operatori; dall'altro, si mantiene un meccanismo di accesso che può favorire soggetti già professionalmente consolidati. La riforma accresce dunque la concorrenza, ma lo fa entro un quadro ancora fortemente regolato, nel quale la tutela della qualità professionale e della distribuzione territoriale continua a prevalere su una piena libertà di ingresso.

La riforma incide anche sul diritto di prelazione dei Comuni. In deroga all'art. 9 della legge n. 475 del 1968, sulle sedi farmaceutiche vacanti o di nuova istituzione individuate con la procedura del concorso straordinario non può essere esercitato il diritto di prelazione da parte dei Comuni. Questa scelta è coerente con l'obiettivo di favorire l'accesso di nuovi farmacisti alla titolarità. Se le nuove sedi fossero state in parte assorbite dai Comuni attraverso la prelazione, l'effetto espansivo della riforma sull'imprenditorialità privata sarebbe stato ridotto.

Diverso è il regime delle farmacie aggiuntive istituite in luoghi ad alta frequentazione, come stazioni, aeroporti, aree di servizio autostradali e centri commerciali. Per tali sedi, fino all'anno 2022, la normativa prevedeva che esse fossero offerte in prelazione ai Comuni in cui avevano sede. Le farmacie così istituite sono considerate sedi urbane, indipendentemente dalla popolazione residente nel Comune. I Comuni che esercitano tale diritto non possono cedere la titolarità o la gestione delle farmacie acquisite in prelazione; in caso di rinuncia, la sede viene dichiarata vacante.

Questa disciplina particolare riflette una logica diversa rispetto alle sedi ordinarie. Le farmacie aggiuntive in luoghi ad alta frequentazione possono avere un'elevata redditività potenziale, proprio perché intercettano flussi di domanda non legati alla sola residenza. Offrirle in prelazione ai Comuni può essere interpretato come un modo per attribuire al soggetto pubblico locale una parte del valore economico generato da sedi particolarmente appetibili. Tuttavia, il divieto di cessione della titolarità o della gestione mira a evitare che il Comune utilizzi la prelazione come strumento meramente finanziario, acquisendo la sede per poi trasferirla a un soggetto privato. La ratio è quindi quella di collegare la prelazione comunale a un'effettiva gestione pubblica del servizio, non a un'operazione patrimoniale.

In questo quadro si inserisce anche la giurisprudenza amministrativa relativa all'acquisto di farmacie private da parte dei Comuni. La sentenza n. 633/2018 del TAR Veneto ha dichiarato illegittimo l'acquisto di una farmacia privata da parte di un soggetto pubblico nel caso esaminato, relativo al Comune di Verona e alla sua azienda speciale. Successivamente, il Consiglio di Stato, con sentenza n. 2367/2019, ha confermato l'impostazione secondo cui gli enti pubblici non possono acquisire liberamente farmacie private al di fuori dei casi e delle modalità previste dalla disciplina speciale del settore.

La portata economica di questa giurisprudenza è significativa. Essa impedisce che il Comune possa espandere la propria presenza nel mercato farmaceutico attraverso l'acquisto di farmacie private, aggirando la disciplina pubblicistica di programmazione delle sedi e di assegnazione tramite concorso o prelazione nei casi previsti. In altri termini, la proprietà pubblica della farmacia non è una libera opzione imprenditoriale dell'ente locale, ma una possibilità tipica e regolata.

In conclusione, l'art. 11 del decreto-legge n. 1 del 2012 costituisce una delle più rilevanti "iniezioni" di liberalizzazione nel settore farmaceutico italiano. Esso non apre il mercato in senso pieno, ma amplia l'accesso; non elimina la programmazione pubblica, ma la utilizza per aumentare il numero delle sedi; non riduce il ruolo professionale del farmacista, ma cerca di allargare la platea dei farmacisti che possono diventare titolari. La riforma si muove quindi all'interno di un equilibrio complesso: più concorrenza, ma non deregolazione; più accessibilità, ma

ancora programmazione; più opportunità per nuovi soggetti, ma sempre entro una cornice di autorizzazione pubblica. In termini economici, essa segna il passaggio da una protezione fondata sulla scarsità amministrativa a una regolazione che cerca di combinare capillarità territoriale, sostenibilità economica e maggiore contendibilità delle posizioni acquisite.

4.2 "Iniezioni" di liberalizzazione nella gestione della farmacia: sconti ai cittadini e orari di apertura

Con il decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni nella legge 24 marzo 2012, n. 27, il legislatore introduce un'ulteriore "iniezione" di liberalizzazione nella gestione della farmacia. Dopo essere intervenuto sulla numerosità delle sedi e sulle modalità di accesso alla titolarità, il legislatore agisce anche su due profili gestionali particolarmente rilevanti: la possibilità di praticare sconti a favore dei cittadini e la possibilità di ampliare gli orari di apertura oltre quelli obbligatori.

È opportuno precisare, sul piano giuridico, che il riferimento corretto non è alla "legge n. 1 del 24 gennaio 2012", ma al decreto-legge n. 1 del 24 gennaio 2012, poi convertito nella legge n. 27 del 2012. L'art. 11, comma 8, dispone che "i turni e gli orari di farmacia stabiliti dalle autorità competenti in base alla vigente normativa non impediscono l'apertura della farmacia in orari diversi da quelli obbligatori" e che "le farmacie possono praticare sconti sui prezzi di tutti i tipi di farmaci e prodotti venduti pagati direttamente dai clienti, dandone adeguata informazione alla clientela". La norma interviene dunque su due leve competitive: il prezzo, limitatamente ai beni pagati direttamente dal cliente, e il tempo di apertura, quale elemento di accessibilità e differenziazione del servizio.

La previsione relativa agli sconti deve essere interpretata con attenzione. La norma non consente alle farmacie di incidere liberamente sui farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale quando essi sono dispensati in regime SSN. In quel caso, infatti, il prezzo e la remunerazione sono inseriti in un sistema pubblico di rimborso, sconti obbligatori e quote di spettanza. La possibilità di sconto riguarda invece i farmaci e i prodotti pagati direttamente dal cliente. Pertanto, vi rientrano certamente i farmaci di fascia C, i farmaci SOP e OTC, nonché i prodotti non farmaceutici venduti in farmacia. Vi possono rientrare anche farmaci di fascia A quando siano acquistati in regime privato, cioè non

a carico del Servizio sanitario nazionale. Questa è una correzione importante rispetto a una formulazione troppo ampia: non è la classe del farmaco, di per sé, a determinare la possibilità dello sconto, ma il fatto che il prezzo sia sostenuto direttamente dal cliente.

Prima della riforma del 2012, spazi di sconto erano già stati aperti su alcune categorie di medicinali, in particolare sui medicinali non rimborsabili e sui prodotti venduti dalle parafarmacie, secondo la disciplina introdotta dal decreto Bersani del 2006. L'intervento del 2012 amplia e chiarisce il principio, estendendo la possibilità di sconto a tutti i medicinali e prodotti venduti in farmacia purché pagati direttamente dal cittadino. In questo modo si supera una parte della rigidità storica del sistema, nel quale la farmacia era stata a lungo caratterizzata da prezzi regolati, margini amministrati e scarsa autonomia commerciale.

Dal punto di vista economico, la possibilità di praticare sconti modifica la natura della concorrenza tra farmacie. Nel modello tradizionale, la competizione era prevalentemente localizzativa e relazionale: il cittadino sceglieva la farmacia più vicina, quella con cui aveva un rapporto fiduciario o quella inserita nel turno di servizio. Con la liberalizzazione degli sconti sui prodotti pagati direttamente, invece, la farmacia può utilizzare anche il prezzo come leva competitiva. Questo è particolarmente rilevante per i farmaci di fascia C, per i farmaci da banco, per i prodotti di automedicazione e per tutti i beni parafarmaceutici che non rientrano nel circuito del rimborso pubblico.

La concorrenza di prezzo assume però caratteristiche diverse a seconda della categoria merceologica. Nei farmaci pagati direttamente dal cittadino, lo sconto deve essere comunicato adeguatamente alla clientela e, secondo la disciplina derivante dal decreto Bersani del 2006, deve essere esposto in modo chiaro e praticato a tutti gli acquirenti, senza discriminazioni. L'art. 5, comma 2, del decreto-legge n. 223 del 2006 prevede infatti che lo sconto sia esposto in modo leggibile e chiaro al consumatore e sia praticato a tutti gli acquirenti. Questo vincolo limita le strategie di discriminazione di prezzo tra clienti diversi e impedisce che la farmacia possa applicare sconti selettivi, riservati solo ad alcune persone, almeno per quanto riguarda i farmaci.

Diverso è il discorso per i prodotti non farmaceutici, quali dispositivi medici, prodotti per l'igiene personale, cosmetici, integratori, presidi

medico-chirurgici e altri beni venduti nella farmacia. Per tali prodotti, la farmacia opera in un contesto più vicino a quello del normale commercio al dettaglio, con maggiore libertà di definizione dei prezzi, promozioni, campagne commerciali e politiche di fidelizzazione. Ciò consente al farmacista-imprenditore di differenziare l'offerta, costruire strategie di marketing, valorizzare alcune categorie di prodotto e competere più direttamente con parafarmacie, grande distribuzione specializzata, e-commerce e altri canali commerciali.

La norma del 2012, quindi, non produce una liberalizzazione uniforme su tutto l'assortimento della farmacia. Essa crea piuttosto una distinzione tra tre aree. La prima è quella dei farmaci rimborsati dal SSN, nella quale la concorrenza di prezzo resta sostanzialmente assente o comunque fortemente condizionata dal sistema pubblico. La seconda è quella dei farmaci pagati direttamente dal cittadino, nella quale lo sconto è ammesso, ma sottoposto a obblighi di trasparenza e non discriminazione. La terza è quella dei prodotti non farmaceutici, nella quale la farmacia dispone di maggiore autonomia commerciale. Questa tripartizione è essenziale per comprendere il nuovo modello economico della farmacia: non più un esercizio con un'unica logica di prezzo, ma un'impresa regolata che opera contemporaneamente in mercati con gradi diversi di libertà commerciale.

È opportuno, inoltre, precisare il tema della vendita sottocosto. Per i medicinali, la disciplina introdotta nel 2006 vieta pratiche che possano alterare la correttezza della vendita e richiede che lo sconto sia chiaro e generalizzato. In termini economici, il divieto o comunque la forte limitazione della vendita sottocosto risponde all'esigenza di evitare forme di concorrenza predatoria, nelle quali operatori più grandi o più capitalizzati potrebbero praticare prezzi insostenibili nel breve periodo per espellere dal mercato i concorrenti più piccoli. Questa preoccupazione è particolarmente rilevante in un settore nel quale la farmacia svolge una funzione sanitaria territoriale e nel quale la scomparsa di operatori locali può produrre effetti negativi sull'accessibilità del servizio.

L'altra leva liberalizzata riguarda gli orari di apertura. L'art. 11, comma 8, stabilisce che i turni e gli orari fissati dalle autorità competenti non impediscono l'apertura della farmacia in orari diversi da quelli obbligatori. Ciò significa che la programmazione pubblica continua a defini-

re un livello minimo di servizio, attraverso turni, aperture obbligatorie, servizio festivo e notturno, ma non può impedire alla farmacia di restare aperta più a lungo. Il legislatore distingue quindi tra obbligo minimo e libertà aggiuntiva: la farmacia deve garantire quanto previsto dalla regolazione pubblica, ma può scegliere di offrire un servizio ulteriore.

Questa previsione ha conseguenze economiche molto rilevanti. Gli orari diventano una leva competitiva. Una farmacia può differenziarsi non solo per localizzazione, assortimento o relazione fiduciaria, ma anche per disponibilità temporale. L'apertura continuata, l'assenza di pausa, l'estensione serale, l'apertura domenicale o festiva e, nei casi più strutturati, l'apertura ventiquattro ore su ventiquattro diventano elementi capaci di attrarre clientela anche al di fuori del bacino di prossimità immediata. L'utente può scegliere una farmacia non perché sia la più vicina, ma perché è aperta nel momento in cui ne ha bisogno.

Si tratta di un passaggio importante nella trasformazione della farmacia da presidio territoriale protetto a impresa di servizio più dinamica. Nel modello precedente, gli orari erano soprattutto uno strumento di organizzazione pubblica del servizio, finalizzato a garantire una copertura minima e ordinata del territorio. Nel nuovo modello, gli orari diventano anche uno strumento di competizione. La farmacia che decide di aprire più a lungo sostiene costi maggiori, legati al personale, alla sicurezza, all'energia, all'organizzazione dei turni e alla gestione amministrativa; ma può intercettare una domanda aggiuntiva, aumentare la fidelizzazione e rafforzare la propria immagine di presidio sempre disponibile.

L'effetto non è però neutrale rispetto alla dimensione economica degli operatori. Le farmacie più grandi, localizzate in zone ad alto flusso o inserite in gruppi organizzati, possono avere maggiori risorse per estendere gli orari. Possono distribuire i costi su volumi più elevati, organizzare turni di personale più efficienti e sostenere campagne di comunicazione. Le farmacie più piccole, invece, possono trovare economicamente difficile competere su questa leva. Una liberalizzazione degli orari, quindi, può aumentare la qualità e l'accessibilità per i cittadini, ma può anche rafforzare il vantaggio competitivo degli operatori più strutturati.

Dal punto di vista del consumatore, il beneficio è evidente. Una maggiore flessibilità degli orari riduce i costi di ricerca e di attesa, amplia

la disponibilità del servizio e migliora l'accesso ai farmaci e ai prodotti sanitari nei momenti non ordinari della giornata. Ciò è particolarmente rilevante per lavoratori con orari rigidi, famiglie, anziani assistiti da caregiver, turisti, pendolari e cittadini che si trovano ad affrontare bisogni improvvisi. La farmacia con orario esteso si avvicina, sotto questo profilo, a un modello di servizio sanitario territoriale ad accesso semplificato.

Sul piano della concorrenza, l'estensione degli orari può produrre una redistribuzione della domanda. Le farmacie che investono in aperture prolungate possono attrarre clienti da bacini territoriali più ampi, riducendo il peso della prossimità geografica. Questo indebolisce, almeno in parte, la rendita localizzativa tradizionale. Tuttavia, non la elimina: la localizzazione resta importante, soprattutto per i farmaci rimborsati, per gli anziani, per la clientela abituale e per i bisogni ordinari. Gli orari estesi introducono quindi una nuova dimensione competitiva che si aggiunge alla localizzazione, senza sostituirla completamente.

La liberalizzazione degli orari e quella degli sconti hanno un tratto comune: entrambe spostano una parte della competizione dal piano amministrativo al piano gestionale. La farmacia non compete più soltanto perché esiste in una determinata sede autorizzata, ma anche perché decide come organizzare il servizio, quali prezzi praticare sui prodotti liberalizzati, quali promozioni comunicare, quali fasce orarie coprire e quali categorie di clientela intercettare. Il titolare diventa sempre più imprenditore, oltre che professionista sanitario.

Tuttavia, questa trasformazione non deve essere interpretata come piena assimilazione della farmacia a un normale esercizio commerciale. Il cuore dell'attività resta regolato. La farmacia continua a dispensare farmaci soggetti a prescrizione, a operare in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, a rispettare turni obbligatori, a garantire requisiti professionali, a osservare vincoli di trasparenza sugli sconti e a svolgere una funzione sanitaria. La liberalizzazione gestionale opera quindi ai margini di un settore ancora fortemente ordinato dal legislatore e dalle autorità sanitarie.

In conclusione, l'art. 11, comma 8, del decreto-legge n. 1 del 2012 introduce una liberalizzazione gestionale significativa ma selettiva. Le farmacie possono praticare sconti sui farmaci e prodotti pagati direttamente dai clienti, ma non possono trasformare il farmaco rimborsato dal SSN in un normale bene soggetto a piena concorrenza di prezzo.

Possono ampliare gli orari oltre quelli obbligatori, ma continuano a essere inserite in un sistema pubblico di turni e garanzia minima del servizio. Il risultato è una farmacia più dinamica, più esposta alla concorrenza e più orientata al cliente, ma ancora incardinata in una funzione sanitaria pubblicamente regolata.

5. Verso un nuovo paradigma proprietario e gestionale delle farmacie

Nel passaggio verso un nuovo paradigma proprietario e gestionale delle farmacie emergono due direttrici principali.

La prima direttrice riguarda la farmacia dei servizi, ossia la trasformazione della farmacia da luogo prevalentemente dedicato alla dispensazione del farmaco a presidio territoriale capace di erogare prestazioni socio-sanitarie, servizi di prenotazione, attività di monitoraggio, prestazioni di prima istanza, telemedicina e, più recentemente, anche vaccinazioni e test diagnostici. Il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, attuativo della delega contenuta nell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, ha definito i nuovi compiti e le nuove funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

La seconda direttrice riguarda l'apertura proprietaria alle società di capitali. Essa segna una rottura ancora più profonda rispetto al paradigma tradizionale, perché consente l'ingresso di soggetti investitori e di modelli organizzativi più complessi nella gestione delle farmacie. In tal modo, l'evoluzione della farmacia dei servizi e l'apertura al capitale si intrecciano: l'ampliamento delle funzioni richiede investimenti, spazi, tecnologie, personale, capacità manageriale e modelli di governance più strutturati.

5.1 Verso la farmacia dei servizi

Il connotato strutturale e identitario delle farmacie italiane è riconducibile ad alcune caratteristiche di fondo che ne spiegano la progressiva valorizzazione come presidi sanitari territoriali.

La prima caratteristica è la capillare distribuzione territoriale. Le farmacie sono presenti non soltanto nelle aree urbane ad alta densità de-

mografica, ma anche in piccoli Comuni, frazioni, aree interne e territori nei quali la raggiungibilità di strutture sanitarie pubbliche più complesse può essere difficile o costosa. Questa capillarità deriva, storicamente, dalla programmazione pubblica delle sedi farmaceutiche e dalla funzione attribuita alla farmacia come punto essenziale di accesso al farmaco.

La seconda caratteristica è la rapidità nella risposta ai bisogni terapeutici di natura farmacologica. La farmacia è inserita in una filiera logistica molto efficiente, capace di garantire approvvigionamenti frequenti e tempi relativamente brevi di reperimento dei medicinali. Tale capacità è particolarmente rilevante in un sistema sanitario territoriale nel quale il bisogno del cittadino può essere immediato, ricorrente o non programmabile.

La terza caratteristica riguarda gli orari di apertura e i turni. Le farmacie sono sottoposte a obblighi di servizio, ma possono anche estendere volontariamente gli orari oltre quelli obbligatori. Ne deriva una disponibilità temporale molto più ampia rispetto a molti altri presidi sanitari territoriali. La combinazione tra turnazione, aperture festive, aperture prolungate e, in alcuni casi, servizio continuativo rafforza il ruolo della farmacia come infrastruttura di prossimità.

La quarta caratteristica è la presenza di professionalità sanitarie. Il farmacista non è un semplice addetto alla vendita, ma un professionista abilitato, iscritto a un ordine professionale, dotato di competenze scientifiche e responsabile della corretta dispensazione del farmaco. Questa professionalità consente alla farmacia di svolgere funzioni informative, educative, preventive e di supporto all'aderenza terapeutica.

Queste quattro caratteristiche rendono la farmacia un presidio territoriale qualificato, integrato e funzionale rispetto al sistema complessivo di offerta dei servizi sanitari. La farmacia può dunque divenire non soltanto il luogo in cui si ritira un medicinale, ma un hub di ulteriori servizi socio-sanitari per i quali la prossimità spaziale e relazionale rappresenta un valore difficilmente replicabile, negli stessi termini, da parte di poliambulatori, distretti sanitari o strutture ospedaliere. In questa prospettiva, la farmacia dei servizi non sostituisce le strutture sanitarie pubbliche, ma opera in una logica di complementarità strategica rispetto a esse.

La prima forma di complementarità riguarda la distribuzione per conto, comunemente indicata con l'acronimo DPC. Tale modalità si col-

loca tra la distribuzione diretta da parte delle strutture pubbliche e la distribuzione convenzionata ordinaria attraverso la farmacia. Nella distribuzione diretta, il cittadino deve recarsi presso strutture pubbliche, come ASL o ospedali, per ritirare determinati farmaci, spesso connessi a patologie specifiche, continuità assistenziale o percorsi terapeutici ad alta complessità. Questa modalità può risultare poco agevole, soprattutto per pazienti anziani, fragili, residenti in aree interne o privi di mezzi di trasporto. La DPC, invece, consente che farmaci acquistati dall'ente pubblico siano dispensati al cittadino attraverso le farmacie territoriali. Il principio è semplice: il soggetto pubblico acquista il farmaco, mentre la farmacia svolge il servizio di consegna e dispensazione al paziente.

La legge n. 405 del 2001 ha previsto strumenti di governo della distribuzione farmaceutica, consentendo alle Regioni di utilizzare modalità diverse dalla distribuzione convenzionata ordinaria, tra cui la distribuzione diretta e la distribuzione per conto. La concreta organizzazione della DPC dipende tuttavia dalle scelte regionali e dagli accordi stipulati con le rappresentanze delle farmacie. Proprio per questo motivo, il modello risulta differenziato sul territorio nazionale, sia per elenco dei medicinali inclusi, sia per modalità operative, sia per remunerazione riconosciuta alla farmacia.

Dal punto di vista del cittadino, la DPC presenta un vantaggio evidente rispetto alla distribuzione diretta: riduce i costi di spostamento, i tempi di attesa e il disagio legato al ritiro dei farmaci presso strutture pubbliche spesso lontane o aperte in fasce orarie limitate. Il cittadino può rivolgersi alla farmacia del proprio territorio, cioè a un presidio già conosciuto, più vicino e con orari mediamente più ampi. Dal punto di vista del sistema pubblico, la DPC consente di mantenere il controllo sull'acquisto del farmaco, beneficiando eventualmente di condizioni di approvvigionamento negoziate a livello regionale, ma utilizza la rete delle farmacie per la fase finale di dispensazione.

La distribuzione diretta, infatti, genera costi organizzativi non trascurabili per le strutture pubbliche. ASL e ospedali devono predisporre locali, personale, magazzini, procedure, sistemi di prenotazione o ritiro, gestione delle scorte e relazioni con i pazienti. In presenza di una rete capillare di farmacie già operativa sul territorio, la duplicazione di una struttura pubblica di distribuzione può risultare inefficiente, soprattut-

to quando il valore aggiunto sanitario della distribuzione diretta non sia chiaramente superiore a quello garantibile attraverso la farmacia.

Tuttavia, anche la DPC presenta limiti e possibili disservizi. Poiché la farmacia non acquista il farmaco e non ne gestisce ordinariamente lo stock come nella distribuzione convenzionata, può non disporre immediatamente del prodotto al momento della richiesta del cittadino. In alcune circostanze, la farmacia deve inoltrare la richiesta al circuito regionale o al distributore incaricato, attendere la consegna e poi avvisare il paziente. Il ritardo non dipende necessariamente dalla farmacia, ma dal funzionamento complessivo della catena DPC. In questi casi, il cittadino può percepire un disservizio pur in presenza di un modello teoricamente più vicino e accessibile rispetto alla distribuzione diretta.

Il confronto tra DPC e distribuzione convenzionata riguarda molti elementi: il prezzo di acquisto ottenuto dal soggetto pubblico, il costo logistico e amministrativo del circuito, la remunerazione riconosciuta alla farmacia, i tempi di disponibilità del farmaco, la semplicità per il cittadino, la continuità terapeutica e l'impatto sul bilancio regionale. La DPC può risultare conveniente per il soggetto pubblico se consente di acquistare i farmaci a condizioni economicamente favorevoli e di remunerare la farmacia con una fee inferiore rispetto al margine ordinario della distribuzione convenzionata. Tuttavia, la convenienza deve essere valutata considerando l'intero costo del processo, non soltanto il prezzo di acquisto o il compenso alla farmacia.

Vi è poi un tema di scala. Per alcuni farmaci, soprattutto quando esistano prodotti sostituibili o alternative terapeutiche comparabili, la Regione può ottenere condizioni vantaggiose attraverso gare, accordi quadro o procedure centralizzate. In questi casi, la DPC può rafforzare il potere di acquisto pubblico e ridurre la spesa. Tuttavia, per Regioni di piccole dimensioni o per farmaci con volumi limitati, la capacità negoziale regionale può essere inferiore a quella che si avrebbe attraverso un approvvigionamento centralizzato nazionale o interregionale. Da un punto di vista economico, la dimensione dell'acquirente conta: maggiore è il volume acquistato, maggiore può essere il potere negoziale, a condizione che il mercato presenti effettivi margini di competizione tra fornitori.

Questa osservazione consente di evitare una contrapposizione semplicistica tra DPC e distribuzione convenzionata. La DPC non è sem-

pre inefficiente, né è sempre preferibile. Essa può risultare appropriata per alcune categorie di farmaci e meno per altre. Può essere utile quando consente al sistema pubblico di governare meglio la spesa, garantire continuità assistenziale e mantenere il controllo su farmaci ad alto costo o a particolare complessità gestionale. Può essere meno efficiente quando produce ritardi, duplicazioni logistiche, frammentazione regionale o costi amministrativi superiori ai risparmi ottenuti.

Un aspetto economicamente rilevante è la remunerazione della farmacia nella DPC. A differenza della distribuzione convenzionata tradizionale, dove la remunerazione è stata storicamente legata al prezzo del farmaco attraverso quote percentuali, nella DPC la farmacia riceve generalmente una remunerazione per il servizio di dispensazione. Si tratta, in sostanza, di una fee per l'atto professionale e logistico-amministrativo svolto. Tale modello ha anticipato, sul piano concettuale, la riflessione più ampia sul superamento della remunerazione proporzionale al prezzo del farmaco. Se la funzione della farmacia è quella di dispensare correttamente, informare il paziente, garantire tracciabilità e prossimità, allora la remunerazione può essere collegata al servizio reso e non necessariamente al valore economico del medicinale.

Questa evoluzione ha trovato una conferma importante nel nuovo modello di remunerazione delle farmacie convenzionate entrato in vigore dal 1° marzo 2024. Il nuovo sistema, previsto dalla legge di bilancio 2024, supera il precedente modello fondato prevalentemente sulla quota percentuale del 30,35 per cento e introduce una combinazione di quota variabile e quote fisse per confezione, con l'obiettivo di valorizzare l'atto professionale della dispensazione. Federfarma evidenzia che la nuova remunerazione è costituita per circa il 75 per cento da una parte fissa e per il 25 per cento da una parte variabile, riducendo la proporzionalità diretta rispetto al prezzo del farmaco.

Dal punto di vista economico, questo passaggio è cruciale. Una remunerazione proporzionale al prezzo può generare incentivi distorsivi, perché attribuisce alla farmacia un margine più elevato sui farmaci più costosi, anche quando l'atto professionale di dispensazione è simile. Una remunerazione fondata su quote fisse o su una fee per servizio riduce questo legame e avvicina il compenso alla prestazione effettivamente svolta. Naturalmente, un sistema a fee deve essere disegnato con

attenzione: se la fee è troppo bassa, può compromettere la sostenibilità delle farmacie; se è troppo alta o non differenziata, può non riflettere adeguatamente la diversa complessità gestionale dei farmaci e delle sedi.

La DPC, in questa prospettiva, può essere letta come un laboratorio regolatorio. Nel breve periodo ha attribuito alle farmacie un nuovo servizio e una fonte aggiuntiva di remunerazione. Nel medio-lungo periodo, però, ha contribuito a legittimare l'idea che la farmacia possa essere remunerata per l'atto di dispensazione, indipendentemente dal margine commerciale sul prodotto. Da questo punto di vista, l'effetto può essere ambivalente per le farmacie. Da un lato, esse vedono riconosciuto un ruolo professionale e territoriale più ampio; dall'altro, la transizione verso modelli di remunerazione più fissi e meno proporzionali al prezzo può ridurre alcune rendite collegate ai farmaci di valore elevato.

La seconda direttrice della farmacia dei servizi riguarda l'accesso al sistema CUP. Con il decreto dell'8 luglio 2011, le farmacie, attraverso una postazione dedicata, possono operare come canali di accesso al Centro unico di prenotazione per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento delle quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e consentire il ritiro dei relativi referti. Il Ministero della Salute ricorda che tale decreto costituisce uno dei tre decreti attuativi della farmacia dei servizi, insieme ai due decreti ministeriali del 16 dicembre 2010.

Questa funzione può apparire amministrativa, ma ha una rilevanza economico-sociale significativa. Il CUP in farmacia riduce i costi di accesso al sistema sanitario per il cittadino, soprattutto quando le alternative sono sportelli pubblici con orari limitati, procedure telefoniche complesse o piattaforme digitali non sempre facilmente utilizzabili da anziani e soggetti fragili. La farmacia diventa così un'interfaccia territoriale del sistema sanitario. Essa non eroga direttamente la prestazione specialistica, ma semplifica l'accesso alla prestazione, riducendo costi informativi, costi di transazione e barriere amministrative.

La terza direttrice è costituita dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, che delinea il nuovo posizionamento strategico delle farmacie nel quadro del Servizio sanitario nazionale. Il decreto è attuativo dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e definisce nuovi compiti e funzioni

assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN. La norma prevede che i nuovi servizi siano assicurati nel rispetto dei piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia. Ciò significa che la farmacia dei servizi non è un obbligo uniforme e automatico per tutte le farmacie, ma un modello attivabile entro cornici regionali e convenzionali.

Tra i nuovi servizi rientra la partecipazione delle farmacie all'assistenza domiciliare integrata, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, anche attraverso la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari. Il decreto richiama inoltre la preparazione e dispensazione a domicilio di miscele per nutrizione artificiale e medicinali antidolorifici, nel rispetto delle norme di buona preparazione e buona distribuzione, nonché la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta.

I decreti attuativi del 16 dicembre 2010 disciplinano poi le prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, e le prestazioni professionali erogabili dalle farmacie. Tra le prestazioni di prima istanza rientrano, ad esempio, test per glicemia, colesterolo, trigliceridi, emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi e componenti delle urine, oltre a test di ovulazione, gravidanza e menopausa. Si tratta di prestazioni che non sostituiscono la diagnostica clinica specialistica, ma possono svolgere una funzione di screening, autocontrollo, monitoraggio e orientamento dell'utente.

Le prestazioni di secondo livello erogabili con dispositivi strumentali comprendono attività quali la misurazione della pressione arteriosa, la spirometria, la misurazione della saturazione dell'ossigeno e l'elettrocardiogramma in collegamento con centri accreditati. In questo ambito, la telemedicina assume un ruolo centrale. La farmacia può effettuare la rilevazione del dato mediante dispositivi idonei, trasmetterlo a una struttura o a un medico specialista e ricevere il relativo referto. In tal modo, essa non si sostituisce allo specialista, ma diventa il luogo territoriale di raccolta, trasmissione e facilitazione dell'accesso alla prestazione.

Con l'utilizzo di infermieri e altri professionisti sanitari, le farmacie possono inoltre erogare prestazioni professionali quali medicazioni, cicli iniettivi intramuscolari e attività connesse all'assistenza domiciliare.

È tuttavia necessario evitare formulazioni eccessivamente ampie. Alcune attività, come la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, possono richiedere il coinvolgimento di specifiche figure professionali e devono essere svolte nei limiti delle competenze, delle autorizzazioni e degli accordi regionali applicabili. La farmacia può diventare luogo di erogazione o coordinamento di tali servizi, ma non può trasformarsi in modo indifferenziato in ambulatorio polispecialistico senza il rispetto delle regole professionali, organizzative e autorizzative previste.

Per queste prestazioni, le farmacie devono disporre di spazi dedicati e separati rispetto agli ambienti ordinari di vendita, in modo da garantire igiene, sicurezza, riservatezza e corretta conservazione dei dispositivi. Questo requisito ha implicazioni economiche rilevanti. Non tutte le farmacie dispongono di locali sufficientemente ampi; non tutte hanno la capacità finanziaria di realizzare lavori di adeguamento; non tutte operano in bacini di utenza tali da rendere sostenibile l'investimento. La farmacia dei servizi, dunque, non si diffonde automaticamente in modo omogeneo. Essa richiede capitale, spazi, tecnologie, personale, competenze gestionali e un contesto di domanda sufficiente.

La farmacia dei servizi estende quindi la funzione della farmacia da place di erogazione del farmaco e consulenza di base a vero e proprio centro territoriale di servizi socio-sanitari. Essa può combinare dispensazione del farmaco, informazione sul corretto utilizzo delle terapie, supporto all'aderenza terapeutica, monitoraggio di parametri, accesso al CUP, telemedicina, servizi infermieristici, screening e attività di prevenzione. Questa trasformazione modifica il posizionamento competitivo della farmacia. La allontana dal modello della parafarmacia, che resta prevalentemente un canale commerciale professionalmente assistito, e la avvicina a un presidio sanitario di prossimità integrato nel sistema pubblico.

Dal punto di vista economico, l'evoluzione verso la farmacia dei servizi produce tre conseguenze principali. La prima è la diversificazione dei ricavi. La farmacia non dipende più soltanto dal margine sui farmaci o dalla vendita di prodotti da banco, ma può ricevere remunerazioni per servizi erogati nell'ambito di accordi con il SSN, con le Regioni o direttamente a carico dei cittadini. La seconda è l'aumento dei costi fissi. Spazi dedicati, dispositivi diagnostici, software, formazione, personale

sanitario e procedure di qualità richiedono investimenti. La terza è la selezione competitiva tra farmacie. Le farmacie più capitalizzate, più ampie e meglio localizzate potranno sviluppare più facilmente il nuovo modello; altre resteranno prevalentemente ancorate alla funzione tradizionale di dispensazione.

La farmacia dei servizi può anche generare effetti positivi sul sistema sanitario. Può contribuire a ridurre la pressione su ambulatori e strutture pubbliche per prestazioni semplici, favorire l'intercettazione precoce di bisogni sanitari, migliorare l'aderenza terapeutica, sostenere la presa in carico dei pazienti cronici e ridurre alcune disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi. Tuttavia, questi benefici non sono automatici. Richiedono integrazione informativa con il sistema sanitario, chiarezza sui percorsi di presa in carico, remunerazioni adeguate, controllo della qualità, definizione delle responsabilità professionali e coordinamento con medici di medicina generale, specialisti, distretti e strutture pubbliche.

È quindi riduttivo interpretare la farmacia dei servizi come semplice ampliamento commerciale dell'offerta. Essa rappresenta piuttosto una trasformazione del ruolo della farmacia all'interno della sanità territoriale. La farmacia assume una funzione di interfaccia tra cittadino e sistema sanitario: facilita l'accesso, fornisce informazioni, eroga prestazioni di primo livello, partecipa al monitoraggio e può contribuire alla prevenzione. In questa prospettiva, la remunerazione non dovrebbe essere pensata come corrispettivo commerciale di singoli servizi isolati, ma come parte di un modello più ampio di presa in carico territoriale.

L'emergenza pandemica da Covid-19 ha accelerato e reso più visibile questa trasformazione. Il D.L. n. 41 del 2021 ha previsto, all'art. 1, commi 418-420, il coinvolgimento delle farmacie nell'esecuzione di test diagnostici per la rilevazione del SARS-CoV-2, inclusi test sierologici e antigenici rapidi. La stessa stagione normativa ha poi aperto la strada alla somministrazione dei vaccini in farmacia.

Durante la fase emergenziale, le farmacie hanno svolto un ruolo rilevante nell'identificazione tempestiva dei contagi attraverso test antigenici e sierologici, contribuendo alla tracciabilità e alla gestione dei flussi informativi. La presenza capillare sul territorio ha consentito di ampliare la capacità di testing al di fuori delle strutture ospedaliere e dei centri pubblici dedicati. Questo ha ridotto i costi di accesso per i cittadini e ha

permesso al sistema sanitario di utilizzare una rete già esistente, professionalmente presidiata e logisticamente diffusa.

La somministrazione dei vaccini ha rappresentato un passaggio ancora più rilevante sul piano simbolico e professionale. Prima della pandemia, la normativa escludeva che la vaccinazione potesse essere effettuata direttamente dal farmacista senza la presenza del medico. Il decreto-legge n. 41 del 2021 ha consentito, in via sperimentale, la somministrazione dei vaccini anti Covid-19 nelle farmacie direttamente da parte di farmacisti opportunamente formati, nell'ambito di specifici accordi e protocolli. Successivamente, la legge n. 52 del 2022 ha stabilizzato la possibilità di somministrare in farmacia vaccini anti SARS-CoV-2 e vaccini antinfluenzali, con oneri a carico degli assistiti, da parte di farmacisti formati, nei confronti di soggetti di età non inferiore a 18 anni e previa documentazione di pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccino.

La normativa ha previsto requisiti organizzativi e strutturali specifici. La vaccinazione deve avvenire in aree, locali o strutture idonee sotto il profilo igienico-sanitario e atte a garantire la riservatezza. Le strutture esterne, ove utilizzate, devono essere comprese nella circoscrizione farmaceutica di pertinenza. Gli accordi e i protocolli nazionali e regionali disciplinano formazione, modalità operative, consenso informato, registrazione, sorveglianza post-vaccinale, gestione di eventuali reazioni avverse e remunerazione.

L'esperienza pandemica ha dunque valorizzato il farmacista come attore della sanità territoriale. In un periodo nel quale ospedali e strutture sanitarie erano fortemente assorbiti dalla gestione dell'emergenza, le farmacie hanno contribuito a mantenere aperto un canale di accesso per test, informazioni, farmaci e successivamente vaccinazioni. Tale esperienza ha reso più concreta una trasformazione che la normativa sulla farmacia dei servizi aveva già delineato, ma che faticava a realizzarsi in modo uniforme.

L'evoluzione successiva conferma che non si è trattato soltanto di una parentesi emergenziale. La vaccinazione in farmacia, in particolare per i vaccini anti Covid-19 e antinfluenzali, è stata progressivamente incorporata nel quadro ordinario della farmacia dei servizi. Con la legge n. 182 del 2025 è stato previsto un ulteriore ampliamento, consenten-

do ai farmacisti di somministrare in farmacia tutti i vaccini previsti dal Piano nazionale di prevenzione a soggetti a partire dai 12 anni di età.

Dal punto di vista economico, test e vaccinazioni hanno dimostrato che la farmacia può produrre valore pubblico non soltanto distribuendo farmaci, ma anche aumentando la capacità operativa del sistema sanitario. In condizioni di domanda elevata e diffusa, la rete delle farmacie consente di moltiplicare i punti di accesso, ridurre congestione, distribuire meglio i carichi di lavoro e raggiungere segmenti di popolazione che potrebbero non rivolgersi spontaneamente ad ambulatori o centri vaccinali. Il beneficio non è soltanto individuale, ma sistemico: ogni prestazione appropriata erogata in farmacia può liberare risorse in altre parti del sistema sanitario.

Tuttavia, l'ampliamento dei servizi in farmacia pone problemi di qualità, responsabilità professionale, coordinamento informativo, remunerazione e sostenibilità. Se le farmacie vengono chiamate a svolgere nuovi compiti senza un adeguato riconoscimento economico, il modello rischia di non essere sostenibile. Se i servizi vengono remunerati ma non integrati nei percorsi sanitari, il rischio è la frammentazione. Se le prestazioni si diffondono solo nelle farmacie più grandi o più redditizie, il beneficio territoriale può risultare diseguale. La farmacia dei servizi richiede quindi una regolazione capace di combinare libertà imprenditoriale, standard professionali e finalità pubbliche.

In conclusione, la farmacia dei servizi rappresenta uno dei passaggi più importanti nella trasformazione del settore farmaceutico italiano. Essa ridefinisce la farmacia come presidio sanitario di prossimità, integrato nella rete territoriale e capace di offrire servizi ulteriori rispetto alla mera dispensazione del farmaco. La DPC ne anticipa la logica della remunerazione per servizio; il CUP ne valorizza la funzione di interfaccia amministrativa del SSN; le prestazioni di prima istanza e la telemedicina ne ampliano la dimensione sanitaria; test e vaccinazioni ne confermano la capacità operativa in situazioni di elevata domanda collettiva. Il nuovo paradigma non elimina la natura imprenditoriale della farmacia, ma la riorienta: la farmacia non compete più solo vendendo prodotti, bensì costruendo servizi, prossimità, fiducia, accessibilità e integrazione con il sistema sanitario.

5.2 "Iniezioni" di liberalizzazione nell'avvento dei capitali finanziari nelle farmacie

La legge 4 agosto 2017, n. 124, recante la legge annuale per il mercato e la concorrenza, introduce una delle trasformazioni più rilevanti nella storia recente del settore farmaceutico italiano: l'ingresso delle società di capitali nella titolarità delle farmacie private. Con l'art. 1, comma 157, viene modificato l'art. 7 della legge n. 362 del 1991, stabilendo che possono essere titolari dell'esercizio della farmacia privata non solo le persone fisiche, le società di persone e le società cooperative a responsabilità limitata, ma anche le società di capitali. Il vincolo soggettivo tradizionale, che collegava in modo stretto proprietà della farmacia e qualifica professionale del farmacista, viene quindi superato sul piano proprietario, pur restando ferma la necessità che la direzione della farmacia sia affidata a un farmacista professionalmente abilitato.

Si tratta di una rottura profonda rispetto al paradigma precedente. Fino al 2017, anche dopo le aperture societarie introdotte dalla legge n. 362 del 1991, la proprietà della farmacia privata restava sostanzialmente confinata entro il perimetro della professione farmaceutica. Le società ammesse erano società di persone o cooperative a responsabilità limitata composte da farmacisti. Il capitale finanziario, inteso come capitale conferito da soggetti non farmacisti, non poteva assumere direttamente la titolarità dell'esercizio farmaceutico. La farmacia restava quindi un'impresa professionale, nella quale il capitale era ammesso solo in quanto espressione di soggetti professionalmente qualificati.

La riforma del 2017 modifica questo equilibrio. La farmacia può ora essere detenuta da una società di capitali e, dunque, da un soggetto giuridico nel quale la titolarità proprietaria può essere separata dalla qualifica professionale del farmacista. La società di capitali può raccogliere risorse finanziarie da soci non farmacisti, organizzare più sedi, utilizzare modelli manageriali più complessi e operare secondo logiche di investimento più vicine a quelle delle imprese multi-unità. La professionalità farmaceutica non scompare, ma viene ricollocata nella dimensione gestionale e tecnica, mentre la proprietà può essere esercitata da soggetti che conferiscono capitale, organizzazione e capacità imprenditoriale.

La medesima legge introduce però un limite alla concentrazione proprietaria. Ogni società titolare di farmacie può controllare, direttamente o indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima Regione o Provincia autonoma. La finalità è evidente: consentire l'ingresso del capitale e la formazione di reti di farmacie, evitando però che un unico operatore possa acquisire una posizione dominante su base regionale. La norma non pone un limite nazionale rigido al numero di farmacie detenibili da una società, ma impone un vincolo regionale, ritenendo che la concorrenza effettiva si giochi soprattutto nei mercati territoriali.

Dal punto di vista economico, questa scelta riflette un compromesso. Da un lato, il legislatore riconosce che la dimensione organizzativa e finanziaria può produrre efficienze: economie di scala negli acquisti, maggiore capacità di investimento, migliore gestione logistica, sistemi informativi integrati, marketing coordinato, valorizzazione dei servizi e maggiore professionalizzazione della gestione. Dall'altro lato, il legislatore conserva una preoccupazione antitrust: se un soggetto controllasse una quota eccessiva delle farmacie di una Regione, la pluralità formale dei punti vendita potrebbe non tradursi in una reale pluralità concorrenziale. Molte farmacie, pur fisicamente distinte, potrebbero appartenere allo stesso centro decisionale, riducendo la concorrenza effettiva in termini di prezzi sui prodotti liberalizzati, servizi, orari e strategie commerciali.

La riforma non incide, invece, sul meccanismo programmatorio di base. La società di capitali non può aprire liberamente nuove farmacie dove ritiene economicamente conveniente. Il numero delle sedi, la loro distribuzione territoriale, l'autorizzazione all'esercizio e le procedure di assegnazione restano sottoposte alla disciplina pubblicistica del settore. Pertanto, l'ingresso del capitale non determina una liberalizzazione dell'accesso spaziale al mercato, ma una liberalizzazione della proprietà delle farmacie esistenti o legittimamente istituite. In termini economici, il capitale entra soprattutto attraverso l'acquisizione, il conferimento o l'aggregazione di farmacie già autorizzate, non mediante una libera moltiplicazione dei punti vendita.

Questa distinzione è fondamentale. La legge n. 124 del 2017 non trasforma la farmacia in un normale esercizio commerciale liberamente apribile. Essa modifica la natura dei soggetti che possono detenere la tito-

larità, ma lascia sostanzialmente in vita la regolazione dell'accesso territoriale. Ne deriva un effetto particolare: il valore economico delle farmacie già esistenti tende ad aumentare, perché la platea dei potenziali acquirenti si amplia. Se prima i compratori erano essenzialmente farmacisti o società di farmacisti, dopo il 2017 possono essere anche società di capitali, gruppi imprenditoriali, investitori finanziari e operatori già attivi in altri Paesi. L'ampliamento della domanda potenziale di farmacie può dunque tradursi in una maggiore valorizzazione patrimoniale degli esercizi cedibili.

Questo effetto riguarda sia le farmacie private sia le farmacie comunali oggetto di privatizzazione. Nel caso delle farmacie private, il farmacista titolare vede aumentare le possibili opzioni di exit: può cedere l'azienda non solo a un altro farmacista, ma anche a una società di capitali interessata a costruire una rete. Nel caso delle farmacie comunali, la nuova disciplina rende più appetibili i processi di privatizzazione o di cessione, perché consente la partecipazione di investitori dotati di maggiore capacità finanziaria rispetto ai soli farmacisti dipendenti o a soggetti professionali tradizionali. La cessione di un pacchetto di farmacie comunali, spesso concentrate nello stesso territorio municipale, può risultare particolarmente interessante per operatori capaci di conseguire economie di scala immediate.

Le farmacie comunali, infatti, presentano una peculiarità economica. Esse possono costituire un insieme di punti vendita già organizzati su base territoriale, con una clientela consolidata, autorizzazioni esistenti, personale formato e presenza in luoghi strategici. Per un investitore, acquisire più farmacie comunali in un unico processo può essere più efficiente che acquisire singole farmacie private una alla volta. L'operazione consente di entrare rapidamente in un mercato locale, razionalizzare acquisti e logistica, uniformare sistemi informativi, coordinare politiche commerciali e migliorare la gestione amministrativa.

Al tempo stesso, molte farmacie comunali possono presentare criticità economico-finanziarie derivanti dalle modalità di gestione pubblica. In alcuni casi, decisioni localizzative assunte per ragioni di equità territoriale possono avere prodotto sedi meno redditizie. In altri casi, la struttura del personale può risultare sovradimensionata rispetto al fatturato; il livello di indebitamento può essere elevato; gli investimenti possono essere stati rinviati; la gestione può avere risentito di vincoli

burocratici, procedure pubbliche, rigidità contrattuali o logiche non strettamente imprenditoriali. L'ingresso di un soggetto capitalistico può allora contribuire a rafforzare la capitalizzazione, ridurre la fragilità finanziaria, riorganizzare i processi, investire in tecnologia, migliorare la produttività e razionalizzare la supply chain.

Questa valutazione non implica che la proprietà pubblica sia sempre inefficiente, né che la proprietà privata sia sempre preferibile. Esistono farmacie comunali ben gestite e socialmente rilevanti, così come possono esistere gruppi privati orientati prevalentemente alla redditività. Tuttavia, dal punto di vista economico, la società di capitali dispone potenzialmente di strumenti più flessibili per finanziare investimenti, gestire reti multi-sede, attrarre competenze manageriali e sostenere strategie di lungo periodo. La questione decisiva non è soltanto la natura pubblica o privata del proprietario, ma la qualità della governance, degli incentivi, dei vincoli regolatori e degli obblighi di servizio.

Un passaggio giurisprudenziale particolarmente importante riguarda il diritto di prelazione dei dipendenti delle farmacie comunali in caso di cessione. Con la sentenza 19 dicembre 2019, causa C-465/18, la Corte di Giustizia dell'Unione europea ha dichiarato incompatibile con l'art. 49 TFUE, relativo alla libertà di stabilimento, una misura nazionale che attribuisca un diritto di prelazione incondizionato ai farmacisti dipendenti di una farmacia comunale in caso di cessione mediante gara. La Corte ha ritenuto che tale diritto possa dissuadere operatori di altri Stati membri dal partecipare alla gara, poiché il dipendente prelazionario può ottenere la farmacia allineandosi all'offerta più vantaggiosa, anche senza aver partecipato alla procedura competitiva.

La rilevanza economica della decisione è notevole. Se i dipendenti della farmacia comunale godessero di un diritto di prelazione incondizionato, la gara perderebbe parte della sua capacità di valorizzazione economica. I potenziali investitori potrebbero essere disincentivati a partecipare, sapendo che l'offerta migliore potrebbe essere "agganciata" successivamente dal dipendente prelazionario. Ciò ridurrebbe la concorrenza nella procedura, abbasserebbe il prezzo potenzialmente ottenibile dal Comune e limiterebbe la possibilità di una vera privatizzazione aperta al mercato. La sentenza, quindi, non elimina la possibilità di valorizzare l'esperienza dei dipendenti, ma esclude che questa

valorizzazione possa assumere la forma di una prelazione automatica e incondizionata.

La Corte riconosce che la tutela della salute e la migliore gestione del servizio farmaceutico possono costituire obiettivi legittimi. Tuttavia, il mezzo utilizzato deve essere proporzionato. Secondo la Corte, la continuità del rapporto di lavoro è già tutelata dalle norme sul trasferimento d'azienda, mentre l'esperienza professionale dei dipendenti può essere valorizzata con strumenti meno restrittivi, ad esempio mediante punteggi premiali all'interno della procedura di gara. Il punto giuridico-economico è essenziale: l'esperienza può essere un fattore di valutazione, ma non può trasformarsi in una presunzione assoluta di superiorità gestionale tale da neutralizzare l'esito competitivo della gara.

Questa decisione favorisce una maggiore contendibilità delle farmacie comunali oggetto di cessione. I dipendenti possono partecipare alle procedure e possono essere valorizzati per l'esperienza maturata, ma non possono essere gli unici destinatari privilegiati dell'acquisto. Per il Comune, ciò significa poter ottenere offerte più elevate e selezionare soggetti dotati di maggiore capacità finanziaria, imprenditoriale e organizzativa. Per il mercato, significa ridurre una barriera all'ingresso che avrebbe potuto proteggere soggetti già inseriti nella gestione pubblica. Per gli investitori, significa aumentare la prevedibilità della procedura competitiva.

La riforma del 2017 si inserisce anche in un percorso sollecitato dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato. L'AGCM aveva più volte rilevato che i limiti legali alla proprietà delle farmacie riducevano la concorrenza nel settore della distribuzione del farmaco, ostacolando la formazione di catene, l'ingresso di capitali e lo sviluppo di modelli organizzativi più efficienti.

Il confronto internazionale rendeva questa peculiarità ancora più evidente. In Paesi come il Regno Unito o gli Stati Uniti, le catene farmaceutiche costituiscono da tempo una componente rilevante della distribuzione al dettaglio. Esse sono in grado di sfruttare economie di scala, investimenti in logistica, brand recognition, sistemi informativi integrati, politiche commerciali coordinate e servizi standardizzati. Il modello italiano, invece, era storicamente frammentato, fondato sulla farmacia individuale o su piccole aggregazioni tra farmacisti. Tale fram-

mentazione proteggeva il farmacista-titolare, ma poteva limitare investimenti, innovazione organizzativa e capacità di riduzione dei costi.

La legge n. 124 del 2017 interviene proprio su questo limite. Una società di capitali può diventare proprietaria di una farmacia e delle relative autorizzazioni. Vengono meno i precedenti vincoli che impedivano l'ingresso del capitale non professionale e viene superato l'obbligo che il direttore della farmacia sia necessariamente un socio. Resta però fermo che la direzione della farmacia deve essere affidata a un farmacista in possesso dei requisiti professionali. In altri termini, il proprietario può essere una società di capitali, ma la responsabilità tecnica della dispensazione resta in capo a un farmacista.

Questa separazione tra proprietà e direzione tecnica costituisce il cuore del nuovo paradigma. La farmacia non viene completamente deregolata; viene piuttosto riorganizzata secondo una logica nella quale capitale e professione sono distinti ma complementari. Il capitale finanzia, organizza, investe e coordina. Il farmacista dirige tecnicamente l'esercizio, garantisce la corretta dispensazione, presidia il rapporto con il paziente e assicura il rispetto degli obblighi professionali. La qualità del servizio non è più affidata necessariamente alla coincidenza tra proprietario e farmacista, ma alla combinazione tra governance societaria e responsabilità professionale.

Sul piano economico, i benefici potenziali sono numerosi. La società di capitali può realizzare economie di scala negli acquisti, ridurre i costi unitari di amministrazione e logistica, investire in tecnologie informatiche, implementare magazzini automatizzati, sviluppare sistemi di customer relationship management, ampliare gli orari di apertura, sostenere campagne di comunicazione e introdurre servizi aggiuntivi. Può inoltre finanziare con maggiore facilità la trasformazione verso la farmacia dei servizi, che richiede spazi dedicati, dispositivi diagnostici, telemedicina, personale sanitario aggiuntivo e procedure organizzative più complesse.

Per i consumatori, questi cambiamenti possono tradursi in un'offerta più ampia, prezzi più competitivi sui prodotti non rimborsati, maggiore disponibilità di servizi, orari più estesi e standard organizzativi più elevati. Tuttavia, occorre evitare un'interpretazione eccessivamente deterministica. L'ingresso delle società di capitali non comporta automa-

ticamente una riduzione generalizzata dei prezzi dei farmaci. I farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale restano inseriti in un sistema di prezzo e remunerazione regolata. La concorrenza di prezzo può manifestarsi soprattutto sui farmaci pagati direttamente dal cittadino, sui prodotti OTC e SOP, sui prodotti parafarmaceutici, sugli integratori, sui dispositivi medici e sui servizi a pagamento.

Vi sono, peraltro, anche rischi economici. L'ingresso di grandi gruppi può produrre una progressiva concentrazione del mercato. Sebbene il limite del 20 per cento regionale riduca il rischio di monopolio territoriale, possono comunque emergere operatori molto forti, capaci di condizionare fornitori, grossisti, politiche commerciali e condizioni competitive. Le farmacie indipendenti possono subire una pressione crescente, soprattutto nei contesti urbani ad alta redditività. Si può quindi generare una transizione da un mercato frammentato e protetto a un mercato più efficiente ma anche più concentrato.

Un ulteriore rischio riguarda la possibile tensione tra logica finanziaria e funzione sanitaria. Una società di capitali, soprattutto se partecipata da fondi di investimento o gruppi multinazionali, può essere orientata alla massimizzazione del rendimento del capitale. Ciò non è di per sé incompatibile con la qualità del servizio, ma richiede una regolazione attenta. La farmacia non vende un bene qualsiasi: dispensa medicinali, gestisce prescrizioni, informa pazienti, partecipa alla rete territoriale del SSN e può erogare servizi sanitari. La ricerca di efficienza non deve quindi tradursi in riduzione impropria del personale qualificato, standardizzazione eccessiva del rapporto con l'utente o orientamento commerciale prevalente rispetto alla funzione professionale.

Proprio per questo, la legge mantiene alcune incompatibilità. La partecipazione alle società titolari di farmacie è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e dell'informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. Lo scopo è evitare conflitti di interesse e forme di integrazione verticale potenzialmente distorsive. In particolare, il divieto nei confronti dei produttori di farmaci mira a impedire che l'industria farmaceutica controlli direttamente il canale retail, orientando la dispensazione o la disponibilità dei prodotti a proprio vantaggio.

Resta invece più complessa l'applicazione concreta delle incompatibilità alle società di capitali. Il problema non riguarda soltanto la partecipazione diretta, ma anche le partecipazioni indirette, le catene societarie, i gruppi multinazionali e le società a capitale diffuso. Se un soggetto incompatibile detiene una partecipazione marginale e non di controllo in una società quotata o in un fondo che investe in farmacie, la valutazione giuridica può diventare complessa. La normativa, pensata originariamente per soggetti persone fisiche o società professionali, deve essere adattata a strutture proprietarie molto più articolate. La dottrina ha infatti evidenziato che la prevenzione dei conflitti di interesse nelle società di capitali titolari di farmacie è uno degli aspetti più delicati della riforma.

Sul piano del valore economico delle farmacie, la riforma produce un effetto importante. Poiché la titolarità può essere acquisita anche da società di capitali, il mercato delle farmacie diventa più liquido e più appetibile. La platea degli acquirenti si amplia, la concorrenza per acquisire farmacie esistenti aumenta e il valore di cessione può crescere. Questo effetto è particolarmente rilevante perché il numero delle farmacie resta contingentato. Se l'ingresso nel mercato non può avvenire liberamente attraverso nuove aperture, l'acquisizione di farmacie esistenti diventa la principale modalità di crescita. Ne deriva una domanda elevata per asset scarsi, con possibile aumento dei prezzi di acquisizione.

Questa dinamica può generare effetti redistributivi. I farmacisti titolari prossimi alla cessione possono beneficiare di una maggiore valorizzazione patrimoniale. Gli investitori, invece, devono sostenere costi di ingresso più elevati e puntano a recuperarli attraverso efficienze, crescita dei ricavi e sviluppo di servizi. Le farmacie indipendenti non cedute possono trovarsi a competere con gruppi più organizzati. Il consumatore può beneficiare di una maggiore efficienza, ma non necessariamente di una riduzione dei prezzi se il costo di acquisizione viene incorporato nelle strategie economiche del gruppo.

Il nuovo paradigma proprietario tende quindi a produrre una riorganizzazione progressiva del settore. Non si verifica una rivoluzione immediata, perché la disponibilità di farmacie cedibili è limitata, i vincoli regionali restano, le incompatibilità devono essere rispettate e le autorizzazioni sono territorialmente programmate. Tuttavia, nel medio

periodo, il settore può evolvere verso una struttura più articolata: farmacie indipendenti, piccole reti di farmacisti, gruppi regionali, catene nazionali, farmacie comunali privatizzate, società miste e operatori specializzati nella farmacia dei servizi.

In conclusione, la legge n. 124 del 2017 rappresenta una delle più importanti "iniezioni" di liberalizzazione nella storia del settore farmaceutico italiano. Essa non liberalizza l'apertura delle farmacie, ma liberalizza in modo significativo la titolarità proprietaria. Non elimina la professionalità del farmacista, ma la separa dalla proprietà. Non trasforma la farmacia in un normale esercizio commerciale, ma consente l'ingresso di capitali, gruppi e modelli organizzativi più complessi. Il risultato è un sistema ibrido: la farmacia resta presidio sanitario regolato, ma diventa anche asset imprenditoriale contendibile; resta soggetta a vincoli territoriali e professionali, ma può essere inserita in reti societarie e finanziarie; continua a svolgere una funzione pubblica, ma opera sempre più dentro logiche di investimento, efficienza e crescita dimensionale.

6. Le novità regolatorie più recenti: dalla farmacia come punto vendita regolato alla farmacia come infrastruttura territoriale del Servizio sanitario nazionale

Dopo l'apertura alle società di capitali introdotta dalla legge n. 124 del 2017, il percorso regolatorio del settore farmaceutico italiano non si è arrestato, ma si è progressivamente spostato su un terreno diverso. Se la fase precedente aveva riguardato soprattutto l'accesso alla proprietà, la contendibilità delle farmacie, la formazione di reti societarie e l'ingresso del capitale finanziario, le novità successive hanno inciso soprattutto su tre profili: la remunerazione della farmacia convenzionata, l'ampliamento strutturale della farmacia dei servizi e la digitalizzazione-semplificazione dei rapporti tra farmacia, cittadino e Servizio sanitario nazionale. Il nuovo paradigma non è più soltanto quello della liberalizzazione proprietaria, ma quello della farmacia come infrastruttura sanitaria territoriale, remunerata non solo per il margine commerciale sul farmaco, ma anche per la prestazione professionale, la prossimità, l'accessibilità e la capacità di decongestionare altre parti del sistema sanitario.

La prima novità regolatoria di grande rilievo è rappresentata dal nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per i medicinali erogati in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale. La legge di bilancio 2024, cioè la legge 30 dicembre 2023, n. 213, ha introdotto, ai commi 225-228 dell'art. 1, una riforma del modello di remunerazione, operativa dal 1° marzo 2024. Il criterio di fondo è il superamento del modello fondato prevalentemente sulla remunerazione proporzionale al prezzo del farmaco, sostituito da un sistema misto di quote fisse e quote variabili. Federfarma sintetizza la ratio del nuovo modello affermando che esso mira a valorizzare l'atto professionale della dispensazione, avvicinando l'Italia a soluzioni già diffuse in altri Paesi europei.

Questo passaggio è economicamente molto importante. Nel modello tradizionale, la remunerazione della farmacia era strettamente collegata al prezzo del farmaco dispensato: maggiore era il prezzo, maggiore era il margine percentuale riconosciuto alla farmacia, salvo sconti e trattenute. Tale meccanismo poteva produrre un disallineamento tra il valore del servizio professionale effettivamente svolto e il valore economico del medicinale. L'atto di dispensazione, infatti, può richiedere un impegno professionale, amministrativo e relazionale simile anche quando il prezzo dei farmaci è molto diverso. Un sistema puramente percentuale tende quindi a remunerare di più la farmacia per i farmaci costosi e di meno per quelli a basso prezzo, anche se il servizio reso al cittadino è comparabile. Il nuovo sistema misto attenua questa distorsione: una quota della remunerazione resta variabile, ma una parte rilevante è costituita da quote fisse, riconoscendo che la farmacia svolge un atto professionale e non una mera intermediazione commerciale.

Il nuovo modello mantiene ferme le quote spettanti al produttore e al distributore, rispettivamente pari al 66,65 per cento e al 3 per cento del prezzo al pubblico al netto dell'IVA, mentre la remunerazione della farmacia viene articolata in una quota variabile pari al 6 per cento del prezzo al pubblico al netto dell'IVA, in quote fisse differenziate per fascia di prezzo del farmaco e in ulteriori quote aggiuntive per specifiche situazioni, tra cui farmacie a basso fatturato e farmacie rurali sussidiate. Per i farmaci inseriti nelle liste di trasparenza dell'AIFA è prevista anche una quota fissa aggiuntiva, rideterminata dal 2025 secondo le regole applicabili.

Dal punto di vista economico, la nuova remunerazione produce almeno quattro effetti. In primo luogo, riduce la dipendenza della farmacia dal prezzo del farmaco, rendendo più coerente la remunerazione con l'attività professionale svolta. In secondo luogo, tutela maggiormente le farmacie che dispensano molti farmaci a basso prezzo, perché la quota fissa attenua il rischio che la riduzione dei prezzi, soprattutto per effetto degli equivalenti, comprima eccessivamente il margine. In terzo luogo, introduce un sostegno strutturale alle farmacie più piccole o economicamente fragili, evitando che il passaggio verso modelli più concorrenziali e servizi più complessi indebolisca la capillarità territoriale. In quarto luogo, rende più trasparente il rapporto tra remunerazione del prodotto e remunerazione del servizio.

Questa riforma può essere letta come il punto di arrivo di una lunga traiettoria. La distribuzione per conto aveva già anticipato una remunerazione della farmacia non fondata sul margine commerciale, ma sulla fee per il servizio reso. La farmacia dei servizi aveva ulteriormente rafforzato l'idea che la farmacia dovesse essere remunerata anche per prestazioni diverse dalla vendita del farmaco. La riforma del 2024 porta questa logica dentro il cuore della distribuzione convenzionata: la dispensazione stessa viene progressivamente reinterpretata come atto professionale da remunerare in modo più autonomo rispetto al prezzo del medicinale. Si tratta, quindi, di una novità giuridica e insieme di una trasformazione economica del modello di business della farmacia.

La seconda grande novità riguarda l'ampliamento della farmacia dei servizi. La disciplina originaria, come già richiamato, era stata costruita a partire dalla legge n. 69 del 2009 e dal decreto legislativo n. 153 del 2009, poi attuato dai decreti ministeriali del 2010 e del 2011. La pandemia da Covid-19 aveva accelerato questa evoluzione, attribuendo alle farmacie un ruolo nella somministrazione di test diagnostici e vaccini. Le novità più recenti confermano che tale evoluzione non è più emergenziale, ma strutturale. La legge 2 dicembre 2025, n. 182, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 3 dicembre 2025 ed entrata in vigore il 18 dicembre 2025, contiene disposizioni di semplificazione e digitalizzazione che incidono anche sulla farmacia dei servizi, rafforzando il ruolo della farmacia come presidio sanitario territoriale.

La legge n. 182 del 2025 interviene in modo significativo sul decreto legislativo n. 153 del 2009, ampliando le attività erogabili dalle farmacie. Tra le novità vi sono l'estensione della somministrazione vaccinale, l'effettuazione di test diagnostici, i servizi di telemedicina, i test di screening per l'epatite C, l'esecuzione di test utili al contrasto dell'antibiotico-resistenza e la possibilità di utilizzare locali separati rispetto a quelli ordinari della farmacia per l'erogazione dei servizi sanitari, purché idonei sotto il profilo igienico-sanitario e della riservatezza.

Le implicazioni economiche sono rilevanti. Le vaccinazioni in farmacia aumentano la capacità produttiva del sistema sanitario senza richiedere la costruzione di nuove strutture pubbliche. La rete delle farmacie è già esistente, capillare, professionalmente presidiata e logisticamente distribuita. Utilizzarla per prestazioni standardizzabili, come alcune vaccinazioni o test diagnostici, può ridurre i costi di accesso per il cittadino, abbassare la congestione di ambulatori e distretti, migliorare la copertura territoriale e rendere più efficiente l'impiego delle risorse pubbliche. Tuttavia, questa estensione richiede formazione, protocolli, responsabilità chiare, integrazione informativa con le anagrafi vaccinali e sistemi di remunerazione adeguati. La farmacia può essere un moltiplicatore di capacità sanitaria solo se il servizio è integrato nel sistema pubblico e non semplicemente aggiunto come prestazione isolata.

La legge n. 182 del 2025 sembra rafforzare anche la dimensione diagnostica e digitale della farmacia. La possibilità di effettuare test diagnostici con prelievo di campioni biologici a livello nasale, salivare o orofaringeo, nonché servizi di telemedicina, conferma la trasformazione della farmacia in un punto di accesso a prestazioni sanitarie di primo livello. Il valore economico di questa innovazione non dipende soltanto dal ricavo diretto della singola prestazione, ma dalla capacità della farmacia di costruire una piattaforma di servizi. Una farmacia che eroga test, telemedicina, vaccinazioni, CUP, consegna di farmaci in DPC e counselling terapeutico modifica la propria struttura di ricavi e il proprio posizionamento competitivo. Essa non compete più solo con altre farmacie o parafarmacie nella vendita di prodotti, ma con una rete più ampia di soggetti sanitari e digitali nell'offerta di accessibilità, fiducia e prossimità.

Vi è però un effetto selettivo da considerare. Non tutte le farmacie potranno cogliere nello stesso modo queste opportunità. Le farmacie più grandi, meglio localizzate, più capitalizzate o appartenenti a reti societarie avranno maggiore facilità nell'allestire locali separati, acquistare dispositivi, formare personale, gestire prenotazioni, sostenere costi di compliance e promuovere i servizi. Le farmacie più piccole, soprattutto se collocate in aree interne, potrebbero avere una maggiore utilità sociale potenziale, ma minore capacità di investimento. Si pone quindi un problema di equità territoriale: il modello della farmacia dei servizi rischia di svilupparsi più rapidamente dove il mercato è più ricco, mentre sarebbe socialmente più necessario proprio dove l'accesso ad altri presidi sanitari è più difficile. Da ciò deriva la necessità di remunerazioni pubbliche differenziate e di sostegni mirati, affinché la farmacia dei servizi non diventi solo un'opportunità commerciale urbana, ma una vera infrastruttura sanitaria nazionale.

Un'altra novità rilevante della legge n. 182 del 2025 riguarda la semplificazione della dispensazione in alcune situazioni di continuità assistenziale. In caso di dimissioni ospedaliere, referto di pronto soccorso o documentazione analoga rilasciata da servizi di continuità assistenziale che prescrivano farmaci, il cittadino può presentarsi in farmacia e ottenere il medicinale senza dover acquisire un'ulteriore ricetta, a condizione che la documentazione sia stata emessa nello stesso giorno o nei due giorni precedenti.

Questa previsione è giuridicamente ed economicamente interessante. Essa riduce un passaggio burocratico che, soprattutto nei momenti successivi a una dimissione ospedaliera o a un accesso in pronto soccorso, può generare ritardi, costi e disagi. Dal punto di vista del paziente, la norma riduce il costo di transazione: non è necessario rivolgersi nuovamente al medico solo per ottenere una ricetta formalmente necessaria ma sostanzialmente derivante da una prescrizione già contenuta nella documentazione sanitaria. Dal punto di vista del sistema, la farmacia diventa un nodo di continuità assistenziale tra ospedale, territorio e domicilio. Dal punto di vista economico, questa semplificazione può ridurre accessi impropri, ritardi terapeutici e duplicazioni amministrative. È però necessario che la disciplina attuativa chiarisca responsabilità, limiti, tracciabilità della dispensazione e rapporti con la ricetta dematerializzata.

Sempre sul piano digitale, le novità recenti rafforzano la tendenza verso la dematerializzazione e la gestione semplificata delle terapie croniche. Nel quadro della legge n. 182 del 2025, si ha l'estensione e il rafforzamento della ricetta dematerializzata per i pazienti cronici, con l'obiettivo di ridurre adempimenti ripetitivi e rendere più lineare il rapporto tra prescrizione, dispensazione e continuità terapeutica.

Da un punto di vista economico, la dematerializzazione non è un dettaglio amministrativo. Essa riduce costi di transazione, errori, tempi di attesa, necessità di accesso fisico agli ambulatori e oneri informativi per il paziente. Per la farmacia, però, la digitalizzazione produce anche nuovi costi organizzativi: sistemi informatici, formazione, gestione dei flussi, interoperabilità, cybersecurity, privacy e responsabilità nella corretta esecuzione della prescrizione. La farmacia diventa sempre meno un esercizio che "riceve una ricetta" e sempre più un nodo di una rete informativa pubblica. Ciò aumenta il suo valore sistemico, ma anche la complessità gestionale.

Una quinta area di novità riguarda le carenze di medicinali e la continuità dell'approvvigionamento. La legge n. 182 del 2025 contiene anche interventi sul regime delle carenze, con obblighi e sanzioni più rigorosi. Questo punto va collocato nel più ampio tema della sicurezza della supply chain farmaceutica. Dopo la pandemia e le tensioni internazionali sulle catene di fornitura, il problema non è più soltanto il prezzo del farmaco, ma anche la sua disponibilità. La farmacia, in quanto punto finale della filiera, è il luogo nel quale il cittadino percepisce immediatamente la carenza. Tuttavia, la causa può essere industriale, logistica, distributiva, regolatoria o legata a fenomeni di esportazione parallela. Rafforzare obblighi di comunicazione, tracciabilità e responsabilità serve a ridurre opacità informative e comportamenti opportunistici. Economicamente, la carenza di farmaci è una forma di fallimento del mercato e della regolazione: anche se il prezzo è definito e la domanda è presente, il bene non è disponibile nel luogo e nel momento in cui serve. La risposta regolatoria deve quindi integrare prezzo, stock, logistica e obblighi di servizio.

Queste novità recenti hanno anche un riflesso sulla struttura proprietaria introdotta nel 2017. L'ingresso delle società di capitali diventa più rilevante proprio perché la farmacia dei servizi richiede investimenti crescenti. Locali separati, dispositivi diagnostici, telemedicina, formazione del personale, sistemi informativi, campagne vaccinali, gestione

dei flussi digitali e rispetto degli standard organizzativi richiedono capitali e competenze manageriali. Le farmacie indipendenti possono certamente sviluppare tali servizi, ma le reti societarie e i gruppi dispongono di maggiori economie di scala e di apprendimento. Possono standardizzare procedure, acquistare dispositivi in modo centralizzato, formare il personale, negoziare piattaforme tecnologiche e costruire un marchio di servizio. La regolazione sanitaria, quindi, finisce indirettamente per rafforzare l'importanza della dimensione organizzativa e proprietaria.

Tuttavia, la più recente discussione sulle società di capitali mostra che il quadro non è ancora completamente stabilizzato. Nel 2025 sono state discusse ipotesi di chiarimento o modifica sulle incompatibilità relative agli investitori istituzionali e ai soggetti operanti in settori potenzialmente incompatibili. Questo conferma che il nodo aperto resta quello del conflitto di interessi: come consentire capitali e investitori senza permettere che produttori farmaceutici, soggetti dell'informazione scientifica, medici o operatori con interessi incompatibili condizionino la dispensazione? La questione economica è delicata. Troppo rigore può scoraggiare investimenti e aggregazioni; troppa apertura può produrre integrazioni verticali o conflitti di interesse incompatibili con la neutralità sanitaria della farmacia.

Nel complesso, le novità successive al 2017 mostrano che il settore non si sta muovendo verso una deregolazione pura, ma verso una regolazione più complessa. La farmacia diventa più imprenditoriale, ma anche più integrata nel Servizio sanitario nazionale; più aperta al capitale, ma più carica di obblighi professionali e digitali; più competitiva sui servizi, ma più dipendente da accordi regionali, protocolli, remunerazioni pubbliche e standard sanitari. Il paradigma emergente può essere definito di "farmacia infrastrutturale": un soggetto privato o pubblico-privato, organizzato anche in forma societaria, che svolge funzioni di mercato, ma produce anche valore pubblico attraverso prossimità, prevenzione, dispensazione, counselling, telemedicina, screening, vaccinazioni e semplificazione amministrativa.

Le implicazioni economiche sono profonde. In primo luogo, cambia la composizione dei ricavi: il margine sul farmaco non è più l'unico centro economico, mentre crescono remunerazioni per servizi, quote fisse, prestazioni sanitarie, telemedicina e attività convenzionate. In secondo

luogo, aumentano i costi fissi: spazi, personale, tecnologia, formazione e compliance. In terzo luogo, cresce la selezione competitiva tra farmacie: chi dispone di capitale e capacità organizzativa potrà evolvere più rapidamente; chi resta piccolo e isolato rischia di mantenere una funzione essenziale ma economicamente fragile. In quarto luogo, cresce il ruolo delle Regioni, perché molti servizi dipendono da accordi regionali, modalità attuative, tariffe e integrazione con i sistemi sanitari territoriali. In quinto luogo, si rafforza la tensione tra standardizzazione nazionale e differenziazione territoriale: la farmacia dei servizi dovrebbe garantire diritti omogenei, ma la sanità regionale può produrre modelli molto diversi.

In conclusione, la fase regolatoria successiva all'apertura alle società di capitali non va letta come una semplice appendice del percorso di liberalizzazione. Essa costituisce un nuovo passaggio paradigmatico. Il legislatore non si limita più a chiedersi chi possa possedere una farmacia, quante farmacie possano esistere o quali farmaci possano essere venduti fuori dal canale tradizionale. La domanda regolatoria diventa più ampia: quale funzione deve svolgere la farmacia dentro una sanità territoriale sottoposta a invecchiamento demografico, cronicità, vincoli di finanza pubblica, digitalizzazione e carenza di personale sanitario? La risposta più recente sembra orientata a trasformare la farmacia in una piattaforma di prossimità. Questa trasformazione può migliorare l'accesso e l'efficienza del sistema, ma richiede una regolazione molto attenta: remunerazioni coerenti, controlli di qualità, integrazione informativa, prevenzione dei conflitti di interesse, sostegno alle farmacie territorialmente fragili e un equilibrio tra capitale, professione e funzione pubblica. Solo a queste condizioni la farmacia dei servizi può diventare non una semplice espansione commerciale della farmacia, ma una reale infrastruttura del welfare sanitario territoriale.

7. Il futuro economico delle farmacie: pluralità dei modelli, integrazione dei servizi e nuove traiettorie competitive

Il futuro delle farmacie italiane non può essere interpretato come una semplice prosecuzione lineare del modello tradizionale. La farmacia del futuro non sarà soltanto una versione più moderna della farmacia indivi-

duale regolata, né sarà necessariamente una catena commerciale assimilabile agli altri format del retail. Piuttosto, l'evoluzione del settore sembra orientarsi verso una crescente varietà dei modelli proprietari, organizzativi e strategici. La farmacia continuerà a essere un presidio sanitario regolato, ma potrà assumere configurazioni economiche molto diverse: farmacia indipendente di prossimità, farmacia rurale a forte funzione sociale, farmacia urbana orientata ai servizi, farmacia appartenente a una rete societaria, farmacia comunale o ex comunale, farmacia integrata con piattaforme digitali, farmacia specializzata nella cronicità, farmacia focalizzata sulla prevenzione e sulla telemedicina, farmacia con e-commerce e consegna a domicilio, farmacia capace di offrire servizi personalizzati di aderenza terapeutica e preparazione individualizzata delle terapie.

Questa pluralità rappresenta la conseguenza naturale del percorso storico-regolatorio ricostruito nei paragrafi precedenti. La farmacia è nata come esercizio professionale individuale, territorialmente protetto e fortemente regolato. Successivamente, ha conosciuto l'apertura alle società tra farmacisti, la privatizzazione delle farmacie comunali, l'avvento delle parafarmacie, la revisione della remunerazione, l'ingresso delle società di capitali, la farmacia dei servizi e la digitalizzazione dei processi. Ogni riforma ha aggiunto un elemento di complessità. Il risultato non è un mercato completamente liberalizzato, ma un settore ibrido nel quale convivono logiche pubblicistiche, professionali, sanitarie, commerciali e finanziarie.

Dal punto di vista economico, la principale traiettoria futura sarà probabilmente la differenziazione dei modelli di farmacia. Non tutte le farmacie seguiranno la medesima strategia. Alcune resteranno prevalentemente farmacie di prossimità, radicate nel rapporto fiduciario con una comunità locale. Altre diventeranno hub territoriali di servizi sanitari. Altre ancora saranno integrate in reti di capitale, con modelli organizzativi standardizzati e maggiore capacità di investimento. Altre potranno specializzarsi in segmenti particolari: anziani, cronicità, sport, benessere, dermocosmesi, nutrizione, telemonitoraggio, assistenza domiciliare, logistica del farmaco, e-commerce o servizi per pazienti fragili. La farmacia non sarà quindi una forma unica, ma un insieme di format economici differenziati all'interno di un medesimo perimetro regolatorio.

Un primo asse di differenziazione riguarderà gli assetti proprietari. La farmacia indipendente continuerà a esistere, soprattutto nei contesti nei quali il rapporto personale tra farmacista e cittadino costituisce un vantaggio competitivo difficilmente replicabile. In piccoli centri, aree interne e quartieri con forte identità locale, la farmacia individuale può mantenere un ruolo economico e sociale rilevante. Il titolare conosce i pazienti, i medici, le abitudini terapeutiche, le fragilità familiari e le condizioni socio-economiche del territorio. Questo patrimonio informativo relazionale rappresenta una forma di capitale intangibile. Non è facilmente acquistabile da un gruppo societario e non può essere interamente sostituito da procedure standardizzate.

Accanto alla farmacia indipendente cresceranno però le farmacie appartenenti a reti proprietarie o gestionali. L'apertura alle società di capitali ha consentito la formazione di gruppi in grado di controllare più farmacie, entro il limite del 20 per cento delle farmacie presenti nella stessa Regione o Provincia autonoma. Questo vincolo impedisce una concentrazione totale su base regionale, ma non impedisce la nascita di operatori multi-sede, anche molto rilevanti. La logica economica è evidente: più farmacie sotto uno stesso controllo possono condividere acquisti, logistica, amministrazione, marketing, sistemi informativi, formazione del personale e politiche di servizio. Ne derivano economie di scala ed economie di apprendimento. La singola farmacia isolata apprende solo da sé stessa; la rete apprende dall'esperienza cumulata di molti punti vendita.

La differenza tra farmacia indipendente e farmacia di gruppo non dovrà però essere letta in termini semplicistici. Non è detto che la farmacia indipendente sia sempre più attenta al paziente, né che la farmacia di gruppo sia sempre più efficiente. La prima può essere poco innovativa, sottocapitalizzata o incapace di investire nei nuovi servizi. La seconda può essere ben organizzata, dotata di personale qualificato e capace di offrire standard elevati. Il vero tema economico sarà la qualità della governance. Una rete societaria potrà generare valore se userà la dimensione per investire in qualità, servizi, formazione, accessibilità e integrazione sanitaria. Potrà invece generare criticità se userà la dimensione prevalentemente per comprimere costi, standardizzare eccessivamente il rapporto con il paziente o orientare la farmacia verso obiettivi puramente commerciali.

Un secondo asse di differenziazione riguarderà le strategie localizzative. La regolazione continuerà a limitare la libertà assoluta di apertura, perché la farmacia resta inserita in un sistema di sedi programmate. Tuttavia, all'interno di questo vincolo, la localizzazione diventerà sempre più strategica. Le farmacie urbane ad alta intensità di traffico potranno puntare su orari estesi, servizi rapidi, prodotti ad alta rotazione, dermocosmesi, integratori, test diagnostici e vendita multicanale. La prossimità a centri polivalenti di sanità pubblica e privata costituirà un attrattore addizionale di utenza. Le farmacie nei centri commerciali, nelle stazioni, negli aeroporti o in aree di forte passaggio potranno sviluppare un modello orientato alla domanda occasionale, al viaggiatore, al consumatore mobile e al bisogno immediato. Le farmacie di quartiere potranno puntare su cronicità, aderenza terapeutica, presa in carico leggera e relazione fiduciaria. Le farmacie rurali dovranno invece rafforzare la propria funzione di presidio sociale e sanitario, anche attraverso servizi domiciliari, telemedicina e collegamento con il sistema sanitario territoriale.

In questa prospettiva, la localizzazione non sarà più solo una fonte di rendita, ma una base per costruire modelli di servizio diversi. Nel passato, essere collocati in una determinata sede autorizzata poteva garantire una posizione protetta. Nel futuro, la sede continuerà a contare, ma dovrà essere reinterpretata strategicamente. Una farmacia in un piccolo Comune non potrà competere con una grande farmacia urbana sui volumi o sull'assortimento commerciale; potrà però competere sulla prossimità, sulla continuità assistenziale, sulla consegna a domicilio, sulla telemedicina, sulla relazione con caregiver e medici di medicina generale. Una farmacia urbana, al contrario, potrà competere sull'ampiezza dei servizi, sulla rapidità, sugli orari, sull'esperienza del cliente e sull'integrazione digitale. La concorrenza diventerà quindi meno omogenea e più basata sulla coerenza tra territorio, domanda e modello organizzativo.

Un terzo asse sarà la strategia dei servizi. La farmacia dei servizi rappresenta probabilmente la trasformazione più importante del futuro prossimo. La normativa più recente ha consolidato il ruolo della farmacia come presidio del Servizio sanitario nazionale, ampliando l'erogazione di servizi, la telemedicina, i test diagnostici e le vaccinazioni. La legge n. 182 del 2025, in particolare, ha rafforzato il modello della farmacia dei servizi, prevedendo misure di semplificazione per promuovere l'ero-

gazione di servizi in farmacia e consolidandone il ruolo territoriale. La stessa normativa consente l'utilizzo di locali separati, purché autorizzati e ricadenti nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza, per l'erogazione dei servizi sanitari.

La possibilità di utilizzare locali separati è economicamente molto rilevante. Essa consente di superare uno dei limiti fisici della farmacia tradizionale: la scarsità di spazio. Molte farmacie, soprattutto nei centri storici o in locali di piccola dimensione, non hanno ambienti adeguati per svolgere test, telemedicina, vaccinazioni o servizi infermieristici garantendo privacy, sicurezza e igiene. La possibilità di autorizzare locali separati ma collegati alla sede farmaceutica permette di costruire una farmacia più simile a una piattaforma territoriale di servizi: un punto vendita, un'area professionale, un ambiente diagnostico, uno spazio vaccinale, un punto CUP, un presidio per la cronicità. Ciò aumenta il potenziale economico della farmacia, ma richiede investimenti, autorizzazioni, personale e organizzazione.

La farmacia dei servizi produrrà una diversa composizione dei ricavi. In passato, il ricavo della farmacia era prevalentemente collegato al margine sul farmaco, alla vendita di prodotti non rimborsati e alla parafarmaceutica. Nel futuro crescerà il peso delle remunerazioni per prestazioni: telemedicina, test, vaccinazioni, screening, servizi di prenotazione, assistenza alla cronicità, distribuzione per conto, consegna a domicilio, servizi infermieristici e supporto all'aderenza terapeutica. Il nuovo modello di remunerazione in vigore dal 1° marzo 2024, basato su quote fisse e variabili e volto a valorizzare l'atto professionale della dispensazione, conferma questa traiettoria: la farmacia viene sempre meno remunerata solo per il valore del prodotto e sempre più per il servizio professionale reso.

La conseguenza economica è duplice. Da un lato, la farmacia potrà ridurre la dipendenza dai margini commerciali, che sono esposti a regolazione, concorrenza, equivalenti e contenimento della spesa pubblica. Dall'altro lato, dovrà sostenere costi fissi crescenti: personale qualificato, infermieri, formazione, tecnologie diagnostiche, software, locali idonei, compliance, privacy, sistemi di prenotazione, gestione dei flussi informativi. La farmacia del futuro sarà quindi più ricca di opportunità, ma anche più complessa e costosa da gestire. Non basterà più "avere una sede"; occorrerà costruire una vera organizzazione sanitaria e commerciale.

Un quarto asse strategico sarà l'assistenza domiciliare e di cura. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la riduzione dei posti letto ospedalieri e la necessità di spostare molte prestazioni verso il territorio renderanno sempre più importante il domicilio come luogo di cura. La farmacia può giocare un ruolo economico significativo in questa trasformazione. Può consegnare farmaci e dispositivi, supportare l'aderenza terapeutica, collaborare con infermieri e medici, monitorare parametri attraverso dispositivi digitali, gestire servizi di promemoria terapeutico, predisporre confezionamenti personalizzati, assistere caregiver familiari, facilitare il collegamento tra paziente e strutture sanitarie.

La consegna a domicilio dei farmaci è un tema da trattare con attenzione. La vendita online in Italia è consentita solo per medicinali senza obbligo di prescrizione, cioè SOP e OTC; non è consentita la vendita online di farmaci che richiedono prescrizione medica. Il Ministero della Salute chiarisce che la vendita online è possibile solo per i farmaci senza obbligo di prescrizione, mentre resta vietata per i farmaci soggetti a prescrizione. Questo significa che l'e-commerce farmaceutico potrà crescere, ma entro un perimetro regolatorio preciso. Il canale digitale potrà riguardare OTC, SOP, parafarmaci, cosmetici, integratori, dispositivi e prodotti sanitari non soggetti a prescrizione; non potrà sostituire integralmente la dispensazione fisica dei farmaci prescritti.

In questa logica regolatoria, l'e-commerce non eliminerà la farmacia fisica, ma la costringerà a diventare multicanale. Il cliente potrà informarsi online, ordinare prodotti non soggetti a prescrizione, scegliere il ritiro in farmacia, richiedere la consegna a domicilio, prenotare un servizio, ricevere promemoria, consultare disponibilità, confrontare prezzi sui prodotti liberalizzati. La farmacia fisica manterrà un vantaggio sulla dispensazione professionale, sulla relazione fiduciaria, sui servizi sanitari e sulla gestione del farmaco prescritto. Tuttavia, perderà parte della rendita informativa e commerciale sui prodotti standardizzati, perché il consumatore potrà confrontare prezzi e disponibilità online. In questo scenario, la farmacia che non sviluppa una strategia digitale rischia di perdere una parte crescente della domanda non regolata.

La consegna a domicilio, a sua volta, potrà assumere forme diverse. Per i prodotti vendibili online, potrà essere parte di un normale model-

lo e-commerce autorizzato. Per i farmaci prescritti, invece, la consegna dovrà essere organizzata nel rispetto della normativa vigente e dei vincoli sulla dispensazione. Qui il futuro economico potrebbe svilupparsi non tanto come "vendita online del farmaco con ricetta", oggi vietata, quanto come servizio di prossimità gestito dalla farmacia territoriale: il paziente fragile, anziano o non autosufficiente mantiene il rapporto con la farmacia autorizzata, mentre la consegna diventa un'estensione del servizio fisico. La distinzione è importante: non si tratta di disintermediare la farmacia, ma di estenderne il raggio operativo fino al domicilio.

Un quinto asse riguarda il frazionamento, il deblistering e la personalizzazione delle terapie. Il tema è particolarmente rilevante sul piano economico e sanitario, perché intercetta tre problemi: spreco di farmaci, aderenza terapeutica e appropriatezza del consumo. Molti pazienti, soprattutto anziani e cronici, assumono più medicinali al giorno, con il rischio di errori, duplicazioni, dimenticanze o interruzioni improprie. La farmacia potrebbe offrire servizi di preparazione personalizzata delle terapie, organizzando i farmaci in blister individuali o confezioni giornaliere e settimanali coerenti con la prescrizione medica. Questo servizio può ridurre errori, migliorare l'aderenza, aiutare caregiver e strutture assistenziali, e contenere sprechi.

Occorre però distinguere con precisione tra deblistering e frazionamento del principio attivo o della molecola. Il Consiglio di Stato, secondo ricostruzioni professionali del 2025, ha chiarito che il deblistering è attività propria della farmacia quando consiste nello "spacchettare" i farmaci dalle confezioni originali e inserirli in blister personalizzati per ciascun paziente e nella quantità prevista dalla prescrizione, senza frazionare il principio attivo. Questa distinzione è fondamentale. Il farmacista non produce una nuova molecola e non divide arbitrariamente il principio attivo; organizza dosi già prescritte e confezionate in modo da facilitare l'assunzione corretta. L'eventuale frazionamento materiale del farmaco o la preparazione galenica restano invece soggetti a regole diverse e più stringenti.

Dal punto di vista economico, il deblistering può diventare un servizio ad alto valore aggiunto. Non genera valore perché vende più prodotto; al contrario, può anche ridurre consumi impropri e sprechi. Genera valore perché migliora la qualità dell'uso del farmaco. In un sistema sa-

nitario moderno, questo è decisivo: non conta solo dispensare il medicinale, ma garantire che il paziente lo assuma correttamente. La farmacia può quindi essere remunerata non per aumentare le quantità vendute, ma per migliorare l'appropriatezza del consumo. Questo è un cambio di paradigma: la farmacia non è più incentivata soltanto dalla rotazione del prodotto, ma dalla qualità del percorso terapeutico.

Questo modello potrebbe essere particolarmente importante per RSA, assistenza domiciliare integrata, pazienti cronici, pazienti dimessi dall'ospedale, persone anziane sole, caregiver familiari e soggetti con politerapie. La farmacia potrebbe diventare un partner organizzativo della continuità assistenziale: riceve la prescrizione, prepara il piano settimanale o mensile, consegna al domicilio o alla struttura, monitora eventuali problemi di aderenza, segnala criticità al medico, aggiorna il paziente. Economicamente, questo servizio potrebbe essere remunerato dal SSN, dalle Regioni, da strutture assistenziali, da assicurazioni sanitarie o direttamente dai cittadini, a seconda del modello istituzionale adottato.

Un sesto asse strategico sarà la specializzazione per segmenti di domanda. Le farmacie non dovranno necessariamente offrire tutte gli stessi servizi. Alcune potranno specializzarsi in telecardiologia, altre in diabetologia di prossimità, altre in dermocosmesi, altre in nutrizione, altre in assistenza agli anziani, altre ancora in servizi per sportivi, maternità, pediatria, oncologia di supporto, dispositivi medici o salute respiratoria. Questa specializzazione può generare economie di competenza: il farmacista e il personale acquisiscono esperienza in un determinato ambito, costruiscono relazioni con medici e pazienti, selezionano meglio l'assortimento e diventano punto di riferimento per un segmento specifico.

La specializzazione sarà tanto più importante quanto più la concorrenza sui prodotti standardizzati aumenterà. Se un integratore, un dispositivo o un OTC può essere acquistato online o in una parafarmacia, la farmacia deve giustificare il proprio valore attraverso competenza, consiglio, servizio e integrazione con altri bisogni. Il valore non sta solo nel prodotto, ma nella capacità di selezionarlo, spiegarlo, inserirlo in un percorso e monitorarne l'uso. In questo senso, la farmacia del futuro dovrà competere meno come "negozio" e più come "piattaforma professionale di fiducia".

Un settimo asse riguarda la relazione con medici, infermieri e altri professionisti sanitari. La farmacia dei servizi potrà funzionare solo se non

verrà percepita come concorrente impropria delle altre professioni. Il farmacista non sostituisce il medico nella diagnosi e nella prescrizione; non sostituisce l'infermiere nelle prestazioni proprie della professione infermieristica; non sostituisce il fisioterapista nella riabilitazione. Può però diventare un nodo di coordinamento, prossimità, monitoraggio e accesso. La logica economica più efficiente non è la sostituzione, ma la complementarità. La farmacia svolge ciò che può essere standardizzato, reso accessibile e territorialmente diffuso; il medico e gli altri professionisti mantengono le funzioni cliniche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche di maggiore complessità.

Questa complementarità potrebbe diventare centrale nell'assistenza domiciliare. La farmacia può fornire farmaci, dispositivi, ausili, medicazioni, supporto all'aderenza, telemonitoraggio, contatto con infermieri, prenotazioni, consegna e counselling. Può anche diventare un luogo di intercettazione precoce del bisogno: il farmacista vede il paziente più spesso del medico, osserva comportamenti di acquisto, richieste ripetute, difficoltà di comprensione della terapia, problemi di assunzione, segnali di fragilità. Questo patrimonio informativo può avere grande valore per il sistema sanitario, purché sia gestito nel rispetto della privacy e integrato in percorsi appropriati.

Un ottavo asse riguarda la sostenibilità economica e territoriale. Il rischio principale del futuro è che si generi una farmacia a due velocità. Da un lato, farmacie urbane, capitalizzate, digitali, integrate in reti, capaci di offrire servizi avanzati e attrarre domanda privata. Dall'altro, farmacie rurali o periferiche, essenziali dal punto di vista sociale ma meno capaci di investire. Se il mercato da solo guidasse la trasformazione, la farmacia dei servizi si svilupperebbe soprattutto nei luoghi più redditizi, non necessariamente in quelli dove è più necessaria. Per evitare questa distorsione, la regolazione pubblica dovrà prevedere remunerazioni differenziate, incentivi specifici, sostegno agli investimenti e integrazione con le politiche di sanità territoriale.

In questo senso, la farmacia rurale potrebbe diventare il modello più importante sul piano sociale, anche se non il più redditizio sul piano commerciale. In un piccolo Comune, la farmacia può essere il presidio sanitario più accessibile, talvolta più vicino del medico, del distretto o dell'ospedale. Se dotata di telemedicina, consegna domiciliare, servizi

infermieristici programmati e collegamento digitale con il SSN, può contribuire a ridurre disuguaglianze territoriali. Tuttavia, proprio perché opera in un bacino di domanda limitato, non può finanziare da sola tutti questi investimenti. La sua sostenibilità richiede un modello di remunerazione pubblica coerente con la funzione sociale svolta.

Un nono asse riguarda il rapporto tra capitale finanziario e funzione sanitaria. L'ingresso delle società di capitali può sostenere investimenti indispensabili, ma può anche orientare il settore verso logiche di rendimento. Il futuro delle farmacie dipenderà dalla capacità della regolazione di bilanciare questi due elementi. Il capitale può essere utile se finanzia servizi, tecnologia, formazione, accessibilità e qualità. Diventa problematico se spinge verso eccessiva commercializzazione, riduzione del personale qualificato, standardizzazione impersonale o concentrazione territoriale nei mercati più redditizi. Il regolatore dovrà quindi vigilare su incompatibilità, conflitti di interesse, qualità del servizio, distribuzione territoriale e tutela dell'indipendenza professionale del farmacista.

Un decimo asse riguarda la tecnologia. Intelligenza artificiale, sistemi predittivi di magazzino, telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, ricetta dematerializzata, app di aderenza terapeutica, piattaforme di prenotazione e strumenti di customer relationship management modificheranno profondamente la gestione della farmacia. La tecnologia potrà ridurre rotture di stock, migliorare le previsioni di domanda, personalizzare la comunicazione, supportare il farmacista nella verifica delle interazioni, semplificare la gestione amministrativa e rendere più efficiente la consegna. Tuttavia, la tecnologia non sostituirà la fiducia professionale. Nel settore sanitario, il cittadino non cerca solo efficienza, ma sicurezza, ascolto e responsabilità.

L'e-commerce farmaceutico sarà parte di questa trasformazione, ma non ne esaurirà il significato. La vendita online può aumentare la concorrenza sui prodotti standardizzati, ma la farmacia fisica resterà indispensabile per farmaci con prescrizione, servizi sanitari, urgenze, counselling e relazione di prossimità. Il modello più probabile sarà quindi phygital: una farmacia fisica integrata con strumenti digitali. Il cittadino potrà prenotare online, ritirare in farmacia, ricevere a domicilio, effettuare un test, caricare dati, ottenere referti, gestire promemoria terapeutici e mantenere un rapporto continuativo con il farmacista.

In conclusione, il futuro economico delle farmacie sarà caratterizzato da varietà, non da uniformità. La farmacia non evolverà verso un unico modello dominante, ma verso una pluralità di forme organizzative. Alcune saranno indipendenti e relazionali; altre societarie e manageriali; alcune urbane e commercialmente dinamiche; altre rurali e socialmente essenziali; alcune specializzate nei servizi sanitari; altre più orientate al retail; alcune digitali e multicanale; altre concentrate sull'assistenza domiciliare e sulla cronicità. La vera sfida economica sarà costruire un equilibrio tra efficienza e prossimità, capitale e professione, tecnologia e fiducia, concorrenza e funzione pubblica. La farmacia del futuro potrà diventare uno dei nodi più importanti della sanità territoriale italiana, ma solo se la regolazione saprà remunerare non soltanto la vendita del farmaco, bensì il valore complessivo generato dalla farmacia: accesso, appropriatezza, prevenzione, aderenza terapeutica, continuità assistenziale e riduzione dei costi sociali della cura.