

Cinque domande sul capitale in farmacia

Carlo Stagnaro

Introduzione

La natura e le caratteristiche del settore della distribuzione farmaceutica stanno cambiando in modo profondo. Solo recentemente, però, la sua organizzazione industriale ha iniziato a mutare. Infatti, le riforme che, a partire dai primi anni Duemila, hanno intaccato la rendita farmaceutica erano state calate su un settore caratterizzato da una estrema frammentazione, nel quale tutti gli operatori avevano grossomodo la stessa dimensione e costi assai simili gli uni agli altri, oltre a un modello di *business* affine. Tale peculiarità derivava da una precisa scelta normativa, che si è trasmessa senza soluzione di continuità dalla legge Giolitti del 1913¹ alle misure di epoca fascista² fino alla riforma del 1968³ e agli ultimi interventi di riordino nel 1991⁴ e nel 2006.⁵ Il principio di fondo che ha determinato l'evoluzione della farmacia lungo l'ultimo secolo era quello della coincidenza tra la conduzione economica e la gestione professionale: sicché, la titolarità della licenza poteva essere concessa solo a farmacisti iscritti all'ordine o a società di persone composte da farmacisti (un istituto, quest'ultimo, ammesso nel 1991). Unica eccezione a tale regola era quella delle farmacie comunali, che è stata mantenuta nei casi di privatizzazione.

Le cose sono cambiate nel 2017, con l'entrata in vigore della legge "annuale" per il mercato e la concorrenza,⁶ la quale ha liberalizzato la proprietà delle farmacie. In particolare, essa ha riconosciuto la possibilità per le società di capitali di entrare nella titolarità della licenza,⁷ purché la direzione della farmacia sia affidata a un farmacista iscritto all'albo. In tal modo, l'ordinamento scinde la proprietà dell'esercizio dalla sua gestione, e correttamente riconduce a quest'ultima i profili di interesse pubblico legati alle ovvie specificità dei prodotti venduti. Contestualmente, la legge sostituisce l'anacronistico limite di quattro licenze per titolare con un tetto

1 Legge 468/1913.

2 Regi decreti 1265/1934 e 1706/1938.

3 Leggi 221/1968 e 475/1968, successivamente modificate dalla legge 362/1991.

4 Legge 362/1991.

5 Decreto-legge 223/2006.

6 Legge 124/2017.

7 La legge prevede tuttavia l'incompatibilità tra la partecipazione a società titolari di licenza per la distribuzione farmaceutica e l'esercizio di attività "nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica".

KEY FINDINGS

- Con la liberalizzazione della proprietà delle farmacie, dal 2017 anche le società di capitali possono ottenere la titolarità di una licenza e controllare fino al 20 per cento delle farmacie esistenti all'interno di ciascuna regione
- Alla metà del 2019, erano già oltre quattrocento le farmacie all'interno di catene, con circa 2.000 addetti e un fatturato complessivo superiore ai 700 milioni di euro
- Grazie alle maggiori efficienze produttive, le farmacie potranno svilupparsi ulteriormente e rendere più competitiva la propria offerta
- In particolare, la maggiore pressione competitiva spingerà le farmacie a migliorare la qualità del servizio, anche ampliando le tipologie di prodotti offerti
- Le tutele per il consumatore sono destinate a restare robuste e, in alcuni casi, a crescere
- Anche la professione del farmacista può avere opportunità di crescita, legate al ruolo centrale che egli continuerà a occupare e ai maggiori investimenti in formazione che le catene potranno effettuare
- Lo studio affronta anche ulteriori temi quali la natura delle dinamiche concorrenziali tra le farmacie, il contrasto dei conflitti di interessi e i rapporti col fisco.

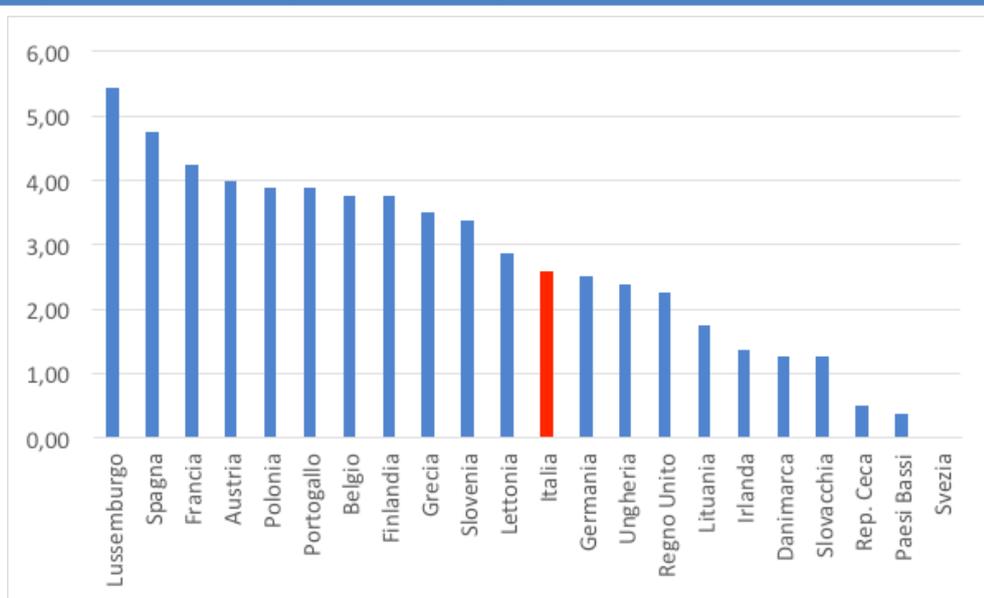
Carlo Stagnaro è Direttore dell'Osservatorio Economia Digitale dell'Istituto Bruno Leoni.

antitrust pari al 20 per cento delle farmacie in ciascuna regione.

La *ratio* della norma sta nello stimolare la concorrenza e l'efficientamento del settore consentendo da un lato la crescita dimensionale (economie di scala) e, dall'altro, l'integrazione verticale (economie di scopo). Le conseguenti maggiori efficienze saranno, almeno in parte, retrocesse al consumatore, sotto forma soprattutto di miglioramenti nella qualità e nell'ampiezza dei servizi offerti, nonché di prezzi maggiormente concorrenziali. Non sono mancate, tuttavia, le obiezioni, che in alcuni casi si sono tradotte in proposte emendative presentate in Parlamento, anche successivamente all'entrata in vigore della legge.⁸ Le critiche ruotano proprio attorno al cuore dell'intervento di riforma, cioè la distinzione tra conduzione economica e gestione professionale della farmacia.

FIGURA 1

Grado di regolamentazione della distribuzione dei farmaci in alcuni Stati membri dell'Unione europea. Nota: valori più bassi dell'indice corrispondono a minore regolamentazione



Fonte: OCSE

Prima di entrare nel merito, è opportuno fornire alcune informazioni di contesto. Sebbene il settore della distribuzione dei farmaci sia fortemente regolamentato in tutta Europa, un numero crescente di paesi consente l'ingresso sul mercato di catene o comunque la titolarità dell'esercizio commerciale della farmacia da parte di soggetti non professionisti.

Ad aprile 2019, l'Ocse ha pubblicato l'aggiornamento dei suoi *Indicators of Product Market Regulation*,⁹ che da quest'anno includono anche la distribuzione dei farmaci. L'indagine ri-

8 Per esempio, Federfarma si è fatta portatrice di una proposta che imporrebbe la presenza, tra gli azionisti delle società titolari di licenza, di farmacisti iscritti all'albo con quote pari almeno al 51 per cento. È del tutto evidente che tali proposte, se accolte, sarebbero fortemente limitative degli effetti della riforma del 2017. Si veda Federfarma, "Proprietà farmacie, Federfarma dopo le dichiarazioni di Grillo: Essenziale la maggioranza dei farmacisti nella compagine sociale", 11 dicembre 2018, <https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=18357>. Si veda anche Carlo Stagnaro, "Perché sulle farmacie si va verso la retromarcia corporativa", *Il Foglio*, 16 gennaio 2019.

9 <http://www.oecd.org/economy/reform/indicators-of-product-market-regulation/>

guarda 38 paesi, di cui 22 membri dell'Unione europea. Lo studio tiene conto di numerosi fattori, tra cui l'esistenza di una pianificazione numerica e territoriale degli esercizi, i vincoli alla proprietà o al numero di farmacie per titolare, gli orari di apertura, la possibilità di vendere alcune tipologie di farmaci al di fuori del circuito farmaceutico, i limiti alla vendita online dei medicinali, le modalità con cui sono determinati i prezzi e la disciplina della pubblicità. Nel complesso, l'Italia si contraddistingue come un sistema misto, lontano sia dai livelli di regolamentazione di paesi quali Lussemburgo, Spagna e Francia, sia dai modelli di Svezia, Paesi Bassi e Repubblica Ceca dove l'intervento dello Stato è assai più limitato (Figura 1).

Per quanto riguarda, più specificamente, la proprietà delle farmacie, all'interno del campione Ocse sono nove le nazioni dove le farmacie possono essere controllate da soci non professionisti, e dodici quelli in cui esistono catene di farmacie (Tabella 1, alla pagina seguente). Nella maggior parte dei casi, gli ordinamenti che ammettono la titolarità di farmacie da parte di società di capitali non frappongono ostacoli allo sviluppo dimensionale e alla diffusione sul territorio di tali imprese.

Secondo un'altra indagine, condotta da Claudio Jommi, all'interno dell'Unione europea la proprietà delle farmacie è consentita a non farmacisti nel 64 per cento dei paesi, corrispondenti al 54 per cento della popolazione, mentre le catene sono ammesse nella metà degli Stati membri, col 44 per cento della popolazione.¹⁰ Una tanto vasta eterogeneità nelle scelte regolatorie riflette anche il disegno dei rispettivi sistemi sanitari o le modalità attraverso cui ciascun paese intende raggiungere finalità legate alla tutela della salute. Tuttavia, non sempre la regolamentazione della proprietà e dell'organizzazione delle farmacie è il modo più efficace per perseguire gli interessi generali, e in alcuni casi essa è addirittura un ostacolo. Per esempio, in un sistema come quello italiano, la diversificazione negli assetti proprietari e conseguentemente nella tipologia di offerta da parte delle farmacie può determinare molte opportunità di sviluppo ed efficienza, senza pregiudicare le garanzie oggi in vigore a tutela dei pazienti.

Di seguito, ricostruiremo brevemente i capisaldi nell'organizzazione del settore e le principali riforme intervenute in Italia negli ultimi quindici anni. Successivamente, prenderemo in esame cinque "domande" con l'obiettivo di approfondire i maggiori effetti attesi dalla riforma: quali conseguenze avrà l'ingresso del capitale sulla professione dei farmacisti? sulla concorrenza? il capitale rischia di dare luogo a conflitti di interesse? cosa cambierà per i consumatori? quali effetti fiscali bisogna attendersi? L'ultimo paragrafo riassume e conclude.

¹⁰ Claudio Jommi, "Regolamentazione delle farmacie aperte al pubblico in Italia: confronto con altri Paesi Europei ed evidenze sugli effetti della liberalizzazione", *cit.*

TABELLA 1

Regolamentazione su proprietà e dimensione delle imprese titolari di farmacie in alcuni Stati dell'Unione europea

** Un paese viene classificato come "privo di limiti" se è possibile il controllo di un numero di farmacie superiore a 1*

	Limiti alla proprietà	Limiti alle catene*	Limiti a orari e turni
Austria	Sì (almeno il 50% del capitale a farmacisti)	Sì (una per titolare)	Sì
Belgio	No	No	Sì
Rep. Ceca	No	No	No
Danimarca	Sì (solo farmacisti)	Sì (tra 4 e 10)	No
Finlandia	Sì (solo farmacisti)	Sì (una per titolare)	No
Francia	Sì (solo farmacisti)	Sì (tra 4 e 10)	No
Germania	Sì (solo farmacisti)	Sì (tra 4 e 10)	Sì
Grecia	Sì (solo farmacisti)	Sì (tra 4 e 10)*	Sì
Ungheria	Sì (almeno il 50% del capitale a farmacisti)	Sì (tra 4 e 10)	No
Irlanda	No	No	No
Italia	No	No	No
Lettonia	Sì (almeno il 50% del capitale a farmacisti)	No	No
Lituania	No	No	No
Lussemburgo	Sì (solo farmacisti)	Sì (una per titolare)	Sì
Paesi Bassi	No	No	No
Polonia	Sì (solo farmacisti)	Sì (tra 4 e 10)	Sì
Portogallo	No	Sì (tra 4 e 10)	Sì
Slovacchia	No	No	No
Slovenia	Sì (almeno il 50% del capitale a farmacisti)	No	No
Spagna	Sì (solo farmacisti)	Sì (una per titolare)	No
Svezia	No	No	No
Regno Unito	No	No	Sì

** Il dato sulla Grecia si discosta da quello fornito nel rapporto Ocse, in quanto da ulteriori verifiche sembra che la normativa si sia evoluta nel senso dell'apertura alle catene (con un numero di licenze per titolare pari a 5, valore quest'ultimo potenzialmente incrementabile fino a 10. Cfr. Claudio Jommi, "Regolamentazione delle farmacie aperte al pubblico in Italia: confronto con altri Paesi Europei ed evidenze sugli effetti della liberalizzazione", presentato a Milano il 16 aprile 2019.*

Fonte: OCSE

Alcune caratteristiche della distribuzione farmaceutica

Il settore della distribuzione farmaceutica è storicamente regolato in modo molto rigido. I capisaldi della regolamentazione, almeno fino a inizio anni Duemila, erano i seguenti:

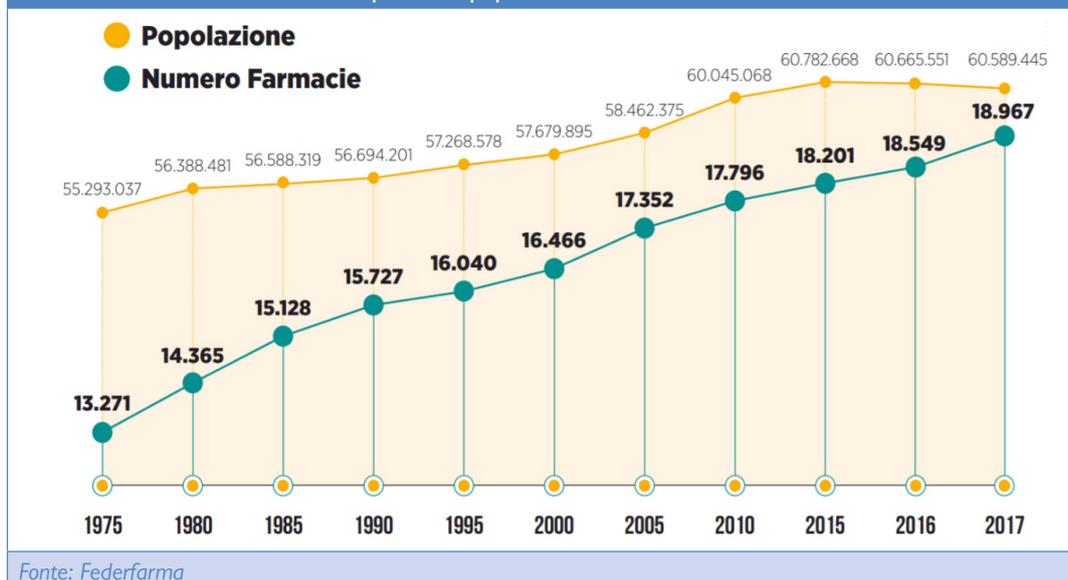
- Coincidenza tra conduzione economica e gestione professionale della farmacia (cioè possibilità solo per i farmacisti di essere titolari di licenza, con l'unica eccezione delle farmacie comunali)
- Limite di quattro licenze per titolare
- Pianificazione numerica dell'offerta (cosiddetta pianta organica)
- Regolamentazione dei prezzi dei prodotti venduti e dei margini riservati ai farmacisti
- Regolamentazione degli orari e dei turni in modo da eliminare quasi ogni forma di concorrenza tra gli esercizi.

Di fatto, la logica della disciplina era quella della quasi totale assimilazione della farmacia a un servizio pubblico, la produzione del quale veniva esternalizzata a soggetti privati ma nel cui ambito ogni scelta rilevante, incluse quelle legate all'organizzazione industriale, venivano determinate centralmente per via regolatoria o amministrativa.

Le cose hanno iniziato a cambiare nei primi anni Duemila, con una serie di interventi che hanno ridisegnato il volto della farmacia. In particolare, si è introdotto il principio della concorrenza di prezzo, consentendo ai farmacisti di effettuare sconti sul prezzo dei prodotti non a carico del servizio sanitario nazionale; si è notevolmente incrementato il numero delle farmacie (Figura 2), arrivando a un rapporto tra il numero di esercizi e la popolazione inferiore alla media europea (Tabella 2); si è consentita la vendita dei prodotti da banco al di fuori del canale farmaceutico, con la creazione delle parafarmacie e dei corner presso la Grande distribuzione organizzata purché il banco fosse presidiato da un farmacista iscritto all'Albo; si sono progressivamente dissolti i vincoli orari e i turni di apertura, fermi restando gli obblighi in materia di orario minimo e di copertura a rotazione delle fasce notturne e festive. Tra il 1975 e il 2017 il rapporto tra il numero delle farmacie e la popolazione è sceso da un esercizio ogni 4.166 persone a uno ogni 3.194.

FIGURA 2

Evoluzione delle farmacie italiane rispetto alla popolazione



Nello stesso periodo, si è significativamente ridotto il fatturato che le farmacie realizzano attraverso la vendita di farmaci. Vuoi per la concorrenza tra di loro (resa possibile dagli sconti sui prezzi di prodotti non a carico del SSN e la maggiore densità degli esercizi), vuoi per quella parte del *business* che è uscita dall'esclusiva delle farmacie (i farmaci da banco), vuoi per la riduzione dei prezzi di molte specialità dovuti al *delisting* e alla diffusione dei farmaci generici, tra il 2010 e il 2015 il fatturato medio per farmacia è sceso da 1.261.158 euro a 1.206.131 euro, mentre il prezzo medio dei farmaci è calato da 11,85 euro a 9,35 euro. I farmaci con obbligo di prescrizione rappresentano ancora la principale fonte di fatturato per le farmacie (60 per cento), seguiti da notificati e integratori (14,7 per cento), farmaci senza obbligo di prescrizione (9,1 per cento), prodotti per igiene e bellezza (8,2 per cento), parafarmaci (6,4 per cento) e nutrizionali (1,6 per cento). Complessivamente, il fatturato delle farmacie italiane nel 2017 si è assestato a 24,46 miliardi di euro, in calo del 5,8 per cento rispetto ai 25,96 miliardi di euro del 2010.¹¹

TABELLA 2	
Rapporto tra farmacie e abitanti negli Stati membri dell'Unione europea (2018)	
Paese	Rapporto Farmacie / Popolazione
Danimarca	13.688
Olanda	8.566
Svezia	7.180
Finlandia	6.794
Austria	6.489
Slovenia	6.386
Lussemburgo	5.848
Regno Unito	4.701
Repubblica Ceca	4.323
Ungheria	4.252
Germania	5.121
Portogallo	3.528
Croazia	3.518
MEDIA UE	3.283
Italia	3.194
Francia	3.034
Irlanda	2.770
Slovacchia	2.726
Estonia	2.685
Belgio	2.303
Spagna	2.118
Bulgaria	1.930
Cipro	1.631
Grecia	1.133
Fonte: Federfarma	

A questi grandi trend – innescati in parte dai cambiamenti della regolamentazione, in parte dai nuovi stili di vita e consumo delle persone – le farmacie hanno risposto cercando di efficientare il proprio modello e di espandere i propri servizi. È in quest'ottica che si spiega la

progressiva diversificazione dei prodotti venduti e la tendenza sempre più diffusa a erogare nuovi servizi, spesso in convenzione col Ssn (dalla raccolta di farmaci scaduti all'effettuazione di alcune semplici analisi mediche). Tuttavia, fino al 2017 la disciplina vigente ha limitato la dimensione delle imprese e dunque la loro capacità di effettuare investimenti. I farmacisti hanno parzialmente reagito a questo problema cercando indirettamente economie di scala con l'adesione a catene virtuali, ma tale passaggio rappresenta evidentemente uno step intermedio e non del tutto soddisfacente (almeno in alcuni casi) rispetto all'integrazione vera e propria. Tali accordi coinvolgono circa 5.500 esercizi nel nostro paese; la catena virtuale di maggiori dimensioni dispone di circa 1.300 punti vendita.¹²

La contestuale eliminazione del divieto di titolarità della licenza da parte di società di capitale e del tetto di quattro farmacie per titolare interviene pertanto come un fondamentale *game changer* nell'organizzazione del mercato. La concorrenza, per dispiegarsi, presuppone infatti non solo la possibilità delle imprese di stabilire liberamente i prezzi dei prodotti venduti, ma anche la libertà di organizzarsi diversamente e di innovare i rispettivi processi produttivi. Nel caso del commercio *retail* e, in particolare, di un commercio fortemente regolamentato, questa libertà è essenziale per consentire agli operatori di differenziare l'offerta e rendere più efficiente la rispettiva struttura dei costi, con potenziali benefici per gli stessi clienti. Nelle prossime sezioni vedremo alcuni dei potenziali benefici della liberalizzazione della proprietà delle farmacie.

Domanda #1. Il capitale e i farmacisti

Le evidenze internazionali...

Un'indagine condotta dall'Osservatorio sui consumi privati in sanità (Ocps) della Sda Bocconi mostra che il 43,6 per cento dei farmacisti titolari si è dichiarato favorevole alla liberalizzazione della proprietà delle farmacie. Tale percentuale sale al 49 per cento tra i collaboratori e addirittura al 75 per cento tra i farmacisti che lavorano nel segmento della distribuzione intermedia. Questo suggerisce che le preoccupazioni sono legate più al futuro della propria nicchia di mercato che non a quello della professione in sé e per sé – anzi, il rapporto con società di capitali viene percepito come un'opportunità da molti farmacisti non titolari. Inoltre, tra il 40 e il 50 per cento dei farmacisti (secondo il *cluster* di appartenenza) ritiene che l'ingresso del capitale avrà scarsi effetti sul Sistema sanitario nazionale, ma tra il 30 e il 40 per cento riconosce che potrebbe avere impatti addirittura positivi sulla professione.¹³

Non vi è evidenza sul fatto che la coincidenza tra conduzione professionale e gestione economica della farmacia rappresenti un vantaggio per il consumatore e neppure per lo stesso farmacista. Se confrontiamo la correttezza e la qualità delle prestazioni professionali, non si riscontra alcuna differenza significativa riconducibile agli assetti proprietari. A tale risultato arriva, tra gli altri, una commissione di esperti, che nel 2015 ha condotto un'indagine estensiva per conto del Governo australiano: “la Commissione non è a conoscenza di alcuna evidenza che l'assenza di regolamentazione [della proprietà] comprometta gli elevati standard professionali di cura e responsabilità nella fornitura di primari servizi medicali... La Commissione non vede alcuna ragione per ritenere, né alcuno tra i contributi che ci sono stati inviati suggerisce, che queste imprese offrano servizi farmaceutici eticamente o

12 Concetta Desando, “Farmacie, ecco la mappa delle catene in Italia”, *AboutPharma*, no.156, marzo 2018, pp.58-63.

13 <https://pharmacyscanner.it/survey-sda-bocconi-nella-filiera-molti-si-al-capitale-titolari-quasi-1-2/>

professionalmente inferiori a quelli dei farmacisti titolari”¹⁴

Analoghe conclusioni sono raggiunte dalle altre istituzioni che, anche più vicino a casa nostra, si sono occupate del tema. Per esempio, l'Ocse ha organizzato una discussione tra gli Stati membri sul tema “Competition and Regulation Issues in the Pharmaceutical Industry”.¹⁵ Gli atti includono un rapporto introduttivo a cura dell'Organizzazione di Parigi, nel quale si legge: “molti paesi impongono restrizioni sulla proprietà delle farmacie, per esempio prevedendo che la maggioranza delle quote sia in mano a un farmacista, vietando ai farmacisti di possedere più di una farmacia e impedendo la combinazione delle farmacie con altre attività. Fermo restando il raggiungimento degli standard di sicurezza, tali restrizioni sono dannose per la concorrenza e l'efficienza economica”.¹⁶

Anche la Commissione europea si è interessata al problema, affidando uno studio estensivo alla società di consulenza Ecorys. Il rapporto finale contiene molti spunti – su alcuni dei quali torneremo nei prossimi paragrafi. In merito al rapporto tra la qualità del servizio e la struttura proprietaria delle farmacie, lo studio enfatizza un effetto indiretto, che passa attraverso il canale dell'efficienza organizzativa: “impedendo di sfruttare le economie di scopo, [la regolamentazione della proprietà] intacca la concorrenza da parte di produttori a (più) basso costo, che in ultima analisi può condurre a una minore intensità della competizione e minore scelta tra livelli di qualità (servizio)”.¹⁷ Una conferma autorevole giunge dall'Office of Fair Trading britannico,¹⁸ il quale nel 2003 mostrava come diversi indicatori indiretti della qualità del servizio (per esempio la creazione di spazi per offrire una prima consulenza medica ai pazienti) ricevessero punteggi maggiori presso i negozi appartenenti a catene o che occupavano superfici maggiori.¹⁹ Un secondo studio, condotto nel 2010, ne ha confermato i risultati.²⁰

La tesi, dunque, che la titolarità della licenza da parte di non farmacisti possa condurre a uno svilimento della professione e a una riduzione della qualità dei servizi e delle tutele offerte ai consumatori è infondata.

...e la dignità professionale

La garanzia dell'una e delle altre viene semmai da un'altra disposizione normativa, secondo la quale ogni farmacia deve avere un direttore laureato e iscritto all'Albo. Nel caso dei farmacisti titolari, proprietà e direzione possono coincidere, mentre nel caso di società di capitali la responsabilità della qualità e dei servizi erogati dalla farmacia rimangono in capo a

14 Ian Harper, Peter Anderson, Su McCluskey e Michael O'Bryan, “Competition Policy Review. Final Report”, marzo 2015, p.180

15 Giugno 2000.

16 Oecd, “Background Note”, in “Competition and Regulation Issues in the Pharmaceutical Industry 2000”, DAFPE/CLP(2000)29, p.52.

17 Bjørn Volkerink, Patrick de Bas, Nicolai van Gorp e Niels Philipsen, “Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies”, rapporto di Ecorys per la Commissione europea, 22 giugno 2007, p.40.

18 Organismo creato nel 1973 con l'obiettivo di tutelare i consumatori, le cui funzioni sono state trasferite nel 2014 alla Competition and Markets Authority, l'antitrust britannico.

19 Office of Fair Trading, “The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK”, 2003.

20 Office of Fair Trading, “Evaluating the impact of the 2003 OFT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market”, 2010.

chi ha la formazione e i titoli per poter garantire la sicurezza delle prestazioni.

C'è una considerazione ancora più rilevante, oltre al dettato normativo, ossia l'interesse stesso della società titolare della licenza. In un ambiente dove l'informazione si diffonde in modo quasi istantaneo e nel quale i controlli si sono fatti giustamente più capillari, una catena di farmacie ha un forte interesse a garantire un servizio di qualità elevata ai propri clienti, in quanto le eventuali ricadute reputazionali di condotte scorrette finirebbero per travolgere non solo l'esercizio nel quale dovessero avvenire, ma l'intera catena che ne condivide il brand. All'opposto, spesso le catene offrono ai farmacisti dipendenti corsi di formazione e altri analoghi investimenti in capitale umano, col duplice obiettivo di mantenere uno standard di servizio elevato e di trattenere, valorizzandone le competenze, i collaboratori.

Gli stessi farmacisti titolari, grazie alla più ampia platea di potenziali acquirenti della licenza, possono più facilmente cederla (come vedremo più avanti). A ciò corrisponde un importante fattore in termini di mobilità sociale: la trasmissione della licenza avviene ancora spesso lungo l'asse ereditario, una caratteristica che contribuisce a fare dell'Italia uno dei paesi dove "l'ascensore sociale si è rotto", per citare il titolo di un rapporto Ocse.²¹ La possibilità di rapportarsi con società più grandi e strutturate rappresenta non solo un'opportunità occupazionale aggiuntiva, ma anche e soprattutto un'occasione di intraprendere una carriera caratterizzata da maggiori prospettive di crescita, per molti neolaureati in farmacia che non hanno la prospettiva di ereditare (o "sposare") la farmacia.

Domanda #2. Il capitale e la concorrenza

Una preoccupazione emersa da più parti è quella relativa al rischio di "monopolizzazione" del settore della distribuzione farmaceutica da parte delle grandi catene.

Tale preoccupazione trova una serie di risposte nel funzionamento stesso del mercato. In primo luogo, in un contesto in cui il numero di farmacie è fisso (e comunque non dipende dal mercato ma dalla regolamentazione), a parità di altri elementi l'aumento della platea dei potenziali acquirenti dovrebbe avere come risultato un apprezzamento delle licenze stesse. Questo, a sua volta, si traduce in rendimenti di scala decrescenti per l'investimento in nuove licenze e comporta sia un rafforzamento dei farmacisti indipendenti, sia un minore incentivo per i grandi operatori a crescere oltre una certa soglia.

Un secondo aspetto è relativo alle implicazioni pro-concorrenziali della liberalizzazione della proprietà delle farmacie. La stessa Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ne ha dato atto: "per ciò che concerne le misure relative ai servizi professionali, la Legge Concorrenza ha introdotto la possibilità di esercizio per alcune attività – dagli avvocati ai farmacisti – in forma societaria, ampliando dunque la concorrenza tra professionisti a beneficio dei fruitori del mercato, sia in termini di aumento delle possibilità di scelta, che di costo del servizio".²² Riguardo all'eventualità che alcuni soggetti possano acquisire potere di mercato, la stessa legge che ha esteso alle società di capitali la possibilità di acquisire la titolarità delle licenze, si preoccupa delle potenziali implicazioni competitive. A tal fine fissa un tetto pari al 20 per cento al numero di farmacie che ciascun singolo operatore può controllare a livello regionale (e, *a fortiori*, nazionale).²³ Inoltre, il settore è oggi estremamente frammentato,

21 Oecd, "A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility", 15 giugno 2018.

22 Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, "Relazione annuale sull'attività svolta", 31 marzo 2018, p.16.

23 Legge 124/2017, art.1, comma 158.

e le eventuali acquisizioni da parte di gruppi societari di grandi dimensione devono essere notificate all'Autorità Antitrust, secondo la disciplina della concorrenza.²⁴ Ne segue che il rischio di una concentrazione eccessiva è remoto e in ogni caso l'Antitrust è tenuto a seguire l'evoluzione del settore; inoltre, il tetto del 20 per cento – seppure applicato a un territorio (la regione) di estensione diversa rispetto al mercato rilevante (locale) – agisce da ulteriore salvaguardia contro tale rischio.

Tutto ciò non può in ogni caso eludere la domanda: al di là delle misure preventive (la sorveglianza antitrust sulle concentrazioni) e precauzionali (il tetto alla quota di mercato), il rischio di una monopolizzazione del mercato è effettivamente elevato oppure, date le sue caratteristiche, il mercato farmaceutico rende improbabile che si impongano dinamiche monopolistiche? La Tabella 3 presenta la quota di mercato del maggior operatore in alcuni paesi dove la proprietà è liberalizzata; ove disponibile viene riportato anche l'indice CR3, corrispondente alla quota di mercato congiunta dei primi tre operatori (sempre espressa in relazione al numero di esercizi controllati).

TABELLA 3

Quota di mercato del maggiore operatore nel retail farmaceutico (CR1) e quota di mercato congiunta dei primi tre operatori (CR3) (2014)

Paese	Numero di farmacie totale	CR1 [%]	CR3 [%]
Belgio	4929	5,1	9,0
Rep. Ceca	2447	13,3	19,0
Irlanda	1727	4,4	10,1
Lettonia	783	21,7	39,8
Lituania	1383	23,3	61,8
Paesi Bassi	1994	11,1	20,9
Slovacchia	1994	10	15,5
Svezia	1327	26,4	72,3
Regno Unito	14249	16,7	33,2

Fonte: elaborazione su dati Associazione Distributori Farmaceutici, Federfarma

Solo in tre paesi la quota di mercato del maggiore operatore supera il 20 per cento (Lettonia, Lituania e Svezia); di questi paesi, solo due (Lituania e Svezia) presentano un elevato grado di concentrazione (stimabile attraverso l'indicatore CR3, che assume rispettivamente il valore di 61,8 e 72,3 per cento). Si tratta di paesi relativamente poco popolosi. Il più grande, la Svezia, ha un rapporto tra farmacie e popolazione più che doppio rispetto all'Italia (una farmacia ogni 7.180 abitanti contro una ogni 3.194).

L'esperienza internazionale, insomma, suggerisce che difficilmente il settore possa essere vittima di processi di monopolizzazione senza che le competenti autorità siano in grado di intervenire tempestivamente. Per esempio, non risultano nei principali mercati europei rilevanti interventi antitrust per sanzionare abusi. Ulteriore riprova, questa, del fatto che un efficace sistema di monitoraggio è più che sufficiente a prevenire condotte scorrette.

È vero semmai il contrario. L'estrazione di rendite non nasce solo dagli abusi di eventuali posizioni dominanti: essa può derivare anche da configurazioni inefficienti che trovano radicamento nei vincoli normativi. Le farmacie italiane offrono uno scenario di eccessiva fram-

24 Legge 287/1990, art.16, comma 1. Si veda anche Patricia M. Danzon, "Competition and Antitrust Issues in the Pharmaceutical Industry", The Wharton School – University of Pennsylvania, luglio 2014.

mentazione, nel quale la disciplina in vigore ha per lungo tempo impedito lo sfruttamento di economie di scala o di scopo e quasi ogni forma di diversificazione nei processi produttivi. Ciò, a sua volta, implica modelli di *business* pressoché identici e una struttura dei costi sovradimensionata. Dunque, sebbene non necessariamente i farmacisti titolari godano di extraprofiti, nondimeno l'organizzazione del settore impone extracosti ai consumatori. La mancanza di concorrenza, in questo caso, non è legata a posizioni monopolistiche, ma alla presenza di una pluralità di operatori scarsamente produttivi. Il superamento di questa situazione è un tassello essenziale dello sviluppo competitivo del settore.

Domanda #3. Il capitale minaccia di creare conflitti di interessi?

Data la natura particolarmente delicata dei prodotti commercializzati in farmacia, è comprensibile che, qualunque sia l'assetto regolatorio, sia necessaria una speciale vigilanza sulla condotta degli esercenti. In particolare, è imperativo adottare misure per evitare che i) il farmacista, per massimizzare i propri ricavi, sia incoraggiato a promuovere il consumo di farmaci non necessari e ii) per la medesima ragione, egli spinga il paziente ad acquistare certi medicinali anziché altri. In parte, questi obiettivi vengono raggiunti attraverso il meccanismo dell'obbligo di prescrizione: la quantità di farmaci acquistati non dipende (oltre un certo limite) dai suggerimenti del farmacista, ma richiede la ricetta firmata da un medico. Quindi, la domanda di specialità soggette a prescrizione è indipendente dall'organizzazione del settore e riflette semmai le valutazioni dei medici. Anche i farmaci non soggetti a prescrizione sono potenzialmente pericolosi. Ci sono tuttavia tre fattori che inducono a pensare non solo che – sotto questo profilo – l'assetto proprietario sia di secondaria importanza, ma addirittura che la crescita dimensionale possa rappresentare un elemento di ulteriore garanzia.

In primo luogo, la liberalizzazione della proprietà delle farmacie non è assoluta. Permangono precise incompatibilità con l'esercizio di attività chiaramente esposte a conflitti di interessi, quali la “produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché l'esercizio della professione medica”.²⁵ Dunque, un primo livello di rottura del conflitto di interessi nasce proprio dall'impossibilità, per coloro che abbiano un interesse diretto o indiretto nella promozione di specifiche specialità farmaceutiche, di partecipare alle società titolari di licenza per l'esercizio di una farmacia.²⁶

Una seconda forma di tutela del consumatore deriva dalla separazione tra conduzione economica e gestione professionale della farmacia. La legge richiede che il banco sia presidiato, e la farmacia sia diretta, da un farmacista laureato e iscritto all'Albo. Il farmacista è pertanto soggetto agli obblighi deontologici imposti dall'Ordine, che includono i principi del giuramento professionale e il divieto di “dispensare farmaci in modo pericoloso per la salute pubblica” (art.3). La dispensazione dei farmaci non può essere delegata a non farmacisti ed è sotto la piena responsabilità del farmacista stesso (art.8). Il farmacista “scoraggia l'uso di medicinali di automedicazione quando non giustificato da esigenze terapeutiche” (art.12). Infine, egli “garantisce un'informazione sanitaria chiara, corretta e completa, con particolare riferimento all'uso appropriato dei medicinali, alle loro controindicazioni e interazioni, agli effetti collaterali e alla loro conservazione” ed “è tenuto ad informare il paziente

²⁵ Legge 362/1991, art.7, comma 2.

²⁶ Per alcuni rilievi critici sul regime delle incompatibilità, si veda Paolo Guida, Antonio Ruotolo e Daniela Boggiali, “Le società per la gestione delle farmacie private”, Consiglio Nazionale del Notariato, *Studio*, no.75-2018/1.

circa l'esistenza di farmaci equivalenti" (art.15).²⁷ I vincoli che il farmacista deve rispettare non dipendono dalla natura dei suoi rapporti con la farmacia presso la quale presta la sua opera – se cioè lo faccia in quanto titolare o dipendente – ma sono intrinseci alla sua stessa abilitazione professionale. Se essi siano efficaci (o se ne sia efficace l'*enforcement*) è questione che va ben al di là dagli scopi di questo studio, anche se non sembra esservi evidenza di condotte scorrette persistenti nel tempo. Ma non vi è alcuna ragione di ritenere che un rapporto di collaborazione con società di capitali comporti di per sé una minore coerenza di tali obblighi. D'altronde, se così non fosse, dovremmo assistere – per esempio – a una maggiore diffusione di pratiche scorrette (e pertanto sanzionate dagli Ordini) all'interno delle farmacie comunali. Anche di questo non vi è alcuna evidenza.

Infine, come abbiamo visto, lo sviluppo delle catene è associato a un aumento delle superfici e a un ampliamento dei prodotti e dei servizi offerti. Dal punto di vista della struttura dei ricavi delle farmacie, questo equivale a dire che il peso della vendita di farmaci, pur rimanendo la principale fonte di proventi, calerà rispetto ad altre linee di *business* (quali la vendita di prodotti non farmaceutici o l'erogazione di servizi). Di conseguenza, la pressione a estrarre margine dai farmaci si riduce a vantaggio della diversificazione. Per massimizzare i profitti, la farmacia potrà contare su un paniere di prodotti, e non avrà particolare interesse a rischiare un danno reputazionale (o addirittura sanzioni e condanne) pur di estrarre una rendita ulteriore dalla commercializzazione dei medicinali.

Domanda #4. Il capitale e i consumatori

La diversificazione dei modelli organizzativi resa possibile dall'ingresso del capitale ha, sotto il profilo aziendale, due principali conseguenze. Da un lato, si creano modelli differenti di impresa. In particolare, le catene si caratterizzano per una maggiore efficienza di costo, dovuta alle economie di scala e di scopo. Secondariamente, l'ingresso di nuovi operatori innescherà nuove dinamiche concorrenziali, sia sul fronte dei prezzi, sia su quello della qualità e tipologia dei servizi offerti.²⁸

Sul primo punto, diversi studi documentano una struttura dei costi, nelle farmacie italiane, relativamente rigida e soprattutto caratterizzata dalla presenza di inefficienze dovute generalmente alla piccola scala degli esercizi.²⁹ Non è detto che la liberalizzazione produca nell'immediato una significativa riduzione dei costi, naturalmente, in quanto si tratta di processi che spesso richiedono tempo per generare conseguenze: in tal senso, un'indagine su nove paesi europei non ha riscontrato particolari benefici (ma neppure conseguenze avverse).³⁰ Tuttavia, un lavoro condotto per conto della Commissione europea ha effettuato un'analisi econometrica sulla distribuzione dei farmaci. I dati suggeriscono che la regolamentazione (inclusa quella relativa alle forme societarie) sia generalmente associata a costi più elevati: "la produttività è influenzata negativamente dalle forme di regolamentazione

27 Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani, "Codice deontologico del farmacista", approvato dal Consiglio Nazionale il 7 maggio 2018.

28 Si veda per esempio AT Kearney, "The Future of Community Pharmacy in England", 2012.

29 Panos Kanavos, Willemien Schurer e Sabine Vogler, "The pharmaceutical distribution chain in the European Union: structure and impact on pharmaceutical prices", rapporto della London School of Economics and Political Science per la Commissione europea, 2011, p.57.

30 Sabine Vogler, Katharina Habimana e Danielle Arts, "Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries", *Health Policy*, vol. 117, no.3, 2014, pp.311-327.

che impongono restrizioni operative; per esempio i vincoli alla proprietà delle farmacie da parte di non-farmacisti, i requisiti sulla localizzazione delle farmacie e le barriere all'ingresso di farmacisti da altri Stati membri dell'Ue... Lo stesso tipo di regolamentazioni è anche la fonte principale dei più elevati margini di profitto realizzati dal settore della distribuzione farmaceutica, che corrisponde a una minore efficienza allocativa³¹. Analogamente, una ricerca sui prezzi dei medicinali in Italia nei diversi canali distributivi ha riscontrato che i farmaci da banco hanno, nei corner della grande distribuzione organizzata, prezzi mediamente inferiori rispetto a quelli praticati nel tradizionale canale farmaceutico, con differenza che vanno da alcuni punti percentuali fino a quasi il 20 per cento.³² Questo dato dipende da una molteplicità di cause, ma è ragionevole ricondurre almeno parte del differenziale proprio alla diversa forza contrattuale e ai rendimenti di scala della Gdo rispetto agli esercizi indipendenti.

Maggiore efficienza, come abbiamo visto, può avere differenti traduzioni: di particolare rilievo, in questo campo, è la possibilità di avere servizi più variegati e migliori, che sono normalmente associati a superfici commerciali più estese e una migliore gestione dei magazzini, oltre alla capacità finanziaria di affrontare investimenti (anche in capitale umano). Un indicatore indiretto è l'evidenza raccolta in uno studio realizzato per conto dell'Associazione dei farmacisti danesi, secondo cui – nei paesi dove la regolamentazione è meno restrittiva – i farmacisti tendono a lavorare di più.³³ Questo dipende da una più estesa copertura dell'orario di apertura e dall'offerta di servizi addizionali, quali la consegna a domicilio o l'effettuazione di semplici test clinici sui pazienti.

Domanda #5. Il capitale e lo Stato

Il capitale e le tasse

Quali impatti può avere l'ingresso delle società di capitali dal punto di vista fiscale? La distribuzione farmaceutica è un'attività che poco si presta a condotte evasive o elusive. Gran parte dei fatturati deriva dai rapporti col Sistema Sanitario Nazionale (circa il 60 per cento nel 2017 in Italia). Molti degli ulteriori fatturati derivano dalla commercializzazione di specialità farmaceutiche senza obbligo di prescrizione. Anche la gestione di questi prodotti è, ovviamente, strettamente regolamentata e sorvegliata. Forme di evasione in senso stretto sono dunque improbabili. Inoltre, c'è evidenza del fatto che l'evasione fiscale è più comune tra le imprese di piccole o piccolissime dimensioni, e agisce come un ostacolo alla crescita.³⁴ L'argomento economico sottostante è che, man mano che un'impresa cresce di dimensione, la probabilità di essere ispezionata dall'Agenzia delle entrate aumenta, e dunque cala corrispondentemente la probabilità di farla franca e con essa la propensione ad assumersi

31 Bjørn Volkerink, Patrick de Bas, Nicolai van Gorp e Niels Philipsen, "Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies", *cit.*, p.80.

32 Nicola C. Salerno, "Valutazione di impatto della riforma delle farmacie. Alcuni numeri in attesa del pacchetto Guidi", *Reforming.it*, 22 gennaio 2015.

33 Sabine Vogler, Danielle Arts e Katharina Sanberger, "Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries", rapporto di Gesundheit Österreich per Danmarks Apotekerforening, marzo 2012.

34 Matteo Bugamelli, Francesca Lotti, Monica Amici, Emanuela Ciapanna, Fabrizio Colonna, Francesco D'Amuri, Silvia Giacomelli, Andrea Linarello, Francesco Manaresi, Giuliana Palumbo, Filippo Scoccianti e Enrico Sette, "Productivity growth in Italy: a tale of a slow-motion change", Banca d'Italia, *Questioni di Economia e Finanza*, no.422, gennaio 2018.

il rischio dell'evasione.

Un tema diverso è quello delle potenziali attività elusive, legate – soprattutto per le imprese che sono emanazione di conglomerate estere – al tentativo di effettuare *profit shifting* verso giurisdizioni (europee o extraeuropee) a più bassa tassazione. Proprio per rispondere a questo fenomeno, la Commissione ha adottato una direttiva nel 2016, recepita nel nostro ordinamento e in vigore dal 1 gennaio 2019.³⁵ Tra gli altri aspetti, la nuova disciplina interviene sui *transfer price*.³⁶ Le autorità fiscali nazionali ed europee hanno quindi tutti gli strumenti per contrastare eventuali condotte elusive – come confermano peraltro i numerosi interventi recenti, sia nazionali sia europei. Del resto, le catene farmaceutiche non sono particolarmente propense a tali comportamenti. Anzi, generalmente tali imprese sono caratterizzate da scarsa flessibilità fiscale e, dunque, da elevate aliquote effettive.³⁷

Il capitale e la trasparenza

Un tema che talvolta è emerso in relazione all'apertura al capitale è quello del rischio riciclaggio. Sono storicamente numerosi, infatti, i casi in cui le farmacie (di proprietà di farmacisti) sono state utilizzate quali "lavanderie" per il denaro sporco.³⁸ Tuttavia, è importante sottolineare che in questi casi l'infiltrazione mafiosa avviene attraverso l'acquisizione di farmacie da parte di persone legate ai clan, o l'esercizio di pressioni affinché tali individui siano assunti all'interno degli esercizi.³⁹ Le strategie di contrasto alle mafie dipendono da una molteplicità di fattori, tra cui l'efficacia del monitoraggio e l'adozione di appropriate misure di prevenzione e sanzione. La presenza sul territorio di imprese meno facilmente ricattabili quali, per esempio, quelle di più grandi dimensioni, dove la catena decisionale è complessa e i controlli più frequenti, rappresenta un presidio contro lo svolgimento di attività illecite.

Conclusioni

Attorno alla metà del 2019, si stima che siano circa 400 le farmacie acquisite dalle catene, per un totale di 2.000 dipendenti e circa 700 milioni di fatturato (al momento sono quattro i maggiori gruppi societari in tale ambito). Nei prossimi anni, la quota delle farmacie all'interno di grandi catene potrebbe crescere fino a circa il 10 per cento degli esercizi esistenti, a cui si affiancherà circa un terzo delle farmacie raccolte all'interno di catene virtuali.⁴⁰ Si tratta di imprese che contribuiscono a migliorare, ampliandolo e rendendolo più competitivo, il panorama della distribuzione farmaceutica nel nostro paese.

La liberalizzazione della proprietà delle farmacie è il punto di arrivo di un processo che è partito agli inizi degli anni Duemila, e che ha visto progressivamente cambiare il volto della

35 Direttiva 2016/1164, recepita dal decreto legislativo 142/2018.

36 Marco Greggi, "Se l'Europa si muove contro l'elusione", *lavoce.info*, 19 aprile 2016; Lorenzo Sala, "Quanto ci costa l'elusione fiscale delle multinazionali", *lavoce.info*, 18 gennaio 2019.

37 David Leonhardt, "The Big Companies That Avoid Taxes", *The New York Times*, 18 ottobre 2016.

38 Ferruccio Pinotti, "Farmaci contraffatti e riciclaggio, le farmacie diventano 'lavanderie' della criminalità organizzata", *Corriere della sera*, 24 gennaio 2019.

39 Si veda Polis Lombardia, "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia. Rapporto finale", GEN16008, dicembre 2018, in particolare il capitolo "La marcia verso il mercato farmaceutico", pp.68-71.

40 "Iqvia aggiorna le stime, nel 2021 non più di una farmacia su 10 in catene reali", *PharmacyScanner.it*, 20 dicembre 2018.

farmacia. L'innovazione più recente interviene sul modo in cui le farmacie sono gestite e organizzate, attraverso la liberalizzazione della proprietà, e consente di superare la natura di piccolo esercizio che la farmacia ha avuto fin dall'inizio del secolo scorso. Tale novità si inserisce in un contesto di forte regolamentazione, che riguarda sia la tutela del consumatore con la disciplina delle condizioni di vendita del bene farmaco, sia le caratteristiche della rete delle farmacie (che rimane l'unico canale abilitato a vendere specialità farmaceutiche soggette a prescrizione e che resta articolato secondo quanto previsto dalla pianta organica). L'apertura al capitale, dunque, si configura come un'opportunità di diversificazione dei servizi e di efficientamento dei costi, in linea con l'esperienza internazionale in materia.

Il settore della distribuzione farmaceutica è tanto uno snodo cruciale nella vita quotidiana delle persone, quanto arretrato dal punto di vista dell'organizzazione industriale e della produttività. La liberalizzazione della proprietà e dell'organizzazione delle farmacie è un fondamentale passo di modernizzazione, che consentirà di andare incontro alle esigenze dei consumatori senza pregiudicare le giuste tutele e garanzie a cui i pazienti hanno diritto – anzi, rendendole in molti casi più efficaci.

Chi Siamo

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

Cosa Vogliamo

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.

I Briefing Paper

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.