

SCRUTANDO L'ORIZZONTE DELLE FARMACIE DI COMUNITA' IN ITALIA.

UN RUOLO SEMPRE E INEVITABILMENTE CRESCENTE?

Livio Garattini, Bruno Finazzi, Andrea Zovi, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Quadro Storico

A partire dal 1978 l'Italia ha adottato un sistema sanitario pubblico a copertura universale, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sulla scia dello storico *National Health Service (NHS)* inglese, ancorché fin dai primi anni istituzionalmente decentralizzato a livello regionale diversamente dal *NHS*.¹ Analogamente a quanto accaduto in molti paesi sviluppati, nel corso degli ultimi decenni entrambi i sistemi sanitari hanno sviluppato un'economia mista a livello di offerta dei servizi, coinvolgendo organizzazioni private nell'erogazione delle cure sanitarie.²

Storicamente le farmacie di comunità (FdC) sono esercizi commerciali prevalentemente privati ovunque in Europa e tutti i sistemi sanitari europei (SSN incluso) le convenzionano per dispensare i farmaci etici (su ricetta).³ Essendo i farmaci strettamente correlati al valore umano primario della salute, le FdC sono sempre state in qualche misura regolamentate in ogni nazione indipendentemente dal tipo di sistema sanitario adottato.

Fino agli anni '50 i farmacisti di comunità erano soliti produrre e allestire grandi quantità di composti (galenici) per poi dispensarli come farmaci,⁴ mentre

oggi giorno la prima attività è diventata assai limitata a causa della produzione su larga scala da parte dell'industria farmaceutica. Questo cambiamento epocale ha progressivamente ridotto i principali servizi sanitari tradizionalmente erogati dai farmacisti di comunità al controllo della validità e della correttezza formale delle prescrizioni mediche prima di procedere alla dispensazione al paziente dei medicinali ivi indicati.³

Al fine di contrastare la rilevante riduzione delle competenze del proprio ruolo tradizionale, le FdC europee hanno provato a diversificare i servizi erogati nel nuovo millennio, sforzandosi di riorientare la loro attività primaria dal 'prodotto' al 'paziente'.^{5,6} La farmacia clinica e la *pharmaceutical care* sono i due concetti più citati in letteratura per supportare questo riorientamento verso un'attività focalizzata sul paziente e la valutazione delle terapie è diventata una sorta di 'contenitore' che racchiude tutte le prestazioni della FdC mirate a migliorare il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio dell'aderenza alle terapie e la riconciliazione farmacologica.

In questa sede vengono innanzitutto riassunti i principali provvedimenti normativi approvati negli ultimi decenni relativi al ruolo delle FdC in Italia. Successivamente, viene descritto lo scenario più probabile che a nostro avviso si prospetta per l'assistenza territoriale nel SSN.

Modifiche recenti

Numerosi sono stati i provvedimenti normativi approvati durante il nuovo millennio in Italia che riguardano le FdC. In base alle materie prese in considerazione, cioè tipologie di negozi alternativi, forme di proprietà diverse, nuovi servizi e margine alla distribuzione, abbiamo cercato di riassumere tali modifiche in quattro punti.

- A partire dal 2006, in seguito all'approvazione della legge n.248 sotto il governo Prodi, è stata modificata la regola storica della proprietà di una FdC, fino ad allora esclusivamente limitata a un singolo farmacista, permettendo a minigruppi di farmacisti (società di persone) di essere proprietari fino a un

massimo di quattro FdC sul territorio della stessa provincia.⁷ Facendo seguito alla stessa legge, l'Italia è diventata anche l'unica nazione europea in cui non a tutti i farmacisti di comunità viene concesso di dispensare farmaci etici. Infatti i farmacisti obbligatoriamente assunti per legge dalle neonate parafarmacie e dai corner della grande distribuzione (rispettivamente, circa 4.100 e 500 nel 2025) che vi operano possono dispensare esclusivamente farmaci da banco, a causa della forte opposizione di Federfarma (la federazione nazionale unitaria dei titolari di FdC).⁸ A quel tempo tale battaglia professionale contro professionisti pari grado a pieno titolo poteva essere giustificata soltanto dalla difesa di un interesse commerciale pregresso. Infatti, la proprietà della quasi totalità delle FdC italiane viene storicamente ereditata da farmacisti stretti parenti (analogamente a quanto accade per professionisti come i notai).⁹ Va ricordato che i farmacisti titolari sono storicamente una delle categorie col reddito medio più elevato in Italia (60.000-120.000 euro in base alla dichiarazione dei redditi del 2024).

- Nel 2012 il governo Monti ha approvato il c.d. decreto 'Cresci Italia', che ha previsto maggiore libertà per gli orari di apertura delle FdC e ridotto le loro restrizioni geografiche (distanza minima fra due farmacie) e demografiche (soglia minima di abitanti).⁹ Inoltre, alle autorità regionali è stato concesso di autorizzare l'apertura di nuove FdC in aree molto frequentate (ad esempio, aeroporti e grandi centri commerciali). Di conseguenza, il numero totale di FdC è cresciuto significativamente negli ultimi anni (da circa 17.900 nel 2012 a 20.200 nel 2025). Nel 2017, nonostante l'opposizione di Federfarma, il governo Gentiloni ha approvato la legge 124 che estende la possibile proprietà di una FdC a non farmacisti, allineando l'Italia alle direttive UE sulla libera circolazione.⁷ Perciò le FdC private in Italia possono attualmente essere possedute anche da cooperative e società a responsabilità limitata (circa 1.200 FdC nel 2025).⁷
- A partire dal 2009, sotto il governo Berlusconi, alle FdC è stato consentito per legge di espandere il proprio ruolo da enti per la dispensazione di farmaci a erogatori di servizi e prestazioni sanitarie.¹⁰ Due anni dopo (nel 2011), a seguito

dell’emanazione di specifici decreti attuativi, le FdC hanno incominciato a erogare test diagnostici a pazienti domiciliari molto fragili (ad esempio, holter cardiaci e pressori). Questi servizi possono essere erogati sia nelle sedi delle FdC che a domicilio da parte di infermieri o fisioterapisti (arruolati dalle FdC). Nel 2017, sotto il governo Gentiloni, è stato previsto un budget di 36 milioni di euro (Legge di Bilancio 2018) per supportare la sperimentazione della c.d. ‘farmacia dei servizi’, mirata all’erogazione dei primi servizi rimborsabili dal SSN. In pratica il Ministero della Salute (supportato dalla Conferenza Stato-Regioni) ha iniziato tale sperimentazione nel 2019 sotto il governo Conte. Inizialmente limitata a nove regioni, a partire dal 2020 la sperimentazione è stata estesa a tutte le regioni grazie a un ulteriore finanziamento di 50 milioni di euro (Legge di Bilancio 2020). Sotto l’attuale governo Meloni, al cui Sottosegretario alla Salute Gemmato è stata formalmente delegata la responsabilità della politica del farmaco, l’auspicio è che il ruolo della farmacia dei servizi venga notevolmente rinforzato.¹¹ In base alla bozza circolata del disegno di legge governativo, la fornitura di servizi dovrebbe già essere notevolmente estesa entro la fine di quest’anno, includendo anche le vaccinazioni per la popolazione di età >12 anni e i test diagnostici che richiedono un campione biologico (ad esempio ricavato da prelievi nasali, salivari o orofaringei) nonostante un ricorso legale presentato dall’associazione dei biologi (FederBiologi). Inoltre, previa autorizzazione delle autorità sanitarie locali, i servizi potrebbero essere erogati da più di una FdC in un’unica sede (contrassegnata dall’insegna “Farmacia dei Servizi”). Il Sottosegretario alla Salute, egli stesso titolare di FdC, ha recentemente dichiarato che il più grande vantaggio della farmacia dei servizi per gli italiani sarà costituito dalla possibilità di rendere le FdC dei presidi di prossimità,¹² grazie alla pronta disponibilità per la popolazione di tutti i servizi di base vicino a casa, senza più code, viaggi e lunghe attese.

- Nel 2024, sempre sotto il governo attualmente in carica, è stato adottato un nuovo e complicato margine alla distribuzione per remunerare il tradizionale servizio pubblico della dispensazione di farmaci erogato dalle FdC in regime convenzionale. In aggiunta a una percentuale sul prezzo al pubblico del farmaco

(6%), il nuovo margine prevede due diverse tariffe fisse per fascia di prezzo del farmaco e addirittura tre per fatturato farmacia.¹³ Tale margine ha prodotto un'extra spesa di circa 250 milioni di euro a carico del SSN già alla fine dell'anno scorso. Vale la pena notare che un margine alla distribuzione correlato al prezzo dei farmaci può essere giustificabile sotto il profilo finanziario solamente qualora le FdC debbano sostenere costi di scorta rilevanti, ciò che si verifica assai raramente per i farmaci rimborsabili in quanto i grossisti forniscono un servizio pressoché giornaliero in quasi tutti i paesi Europei (Italia inclusa). Inoltre, dal momento che le FdC hanno il grande vantaggio di marketing di attrarre in negozio 'a costo zero' clienti potenziali per vendere loro altri prodotti grazie al monopolio sui farmaci rimborsabili, tale vantaggio dovrebbe facilitare l'introduzione da parte del SSN di una tariffa di remunerazione fissa per farmaco prescritto assai ridotta e totalmente avulsa dal prezzo. I vari prodotti venduti in farmacia, che in alcuni casi addirittura esulano dalla formazione universitaria ricevuta dai farmacisti (come nel caso dei prodotti omeopatici, dei cosmetici e degli integratori alimentari) rappresentano attualmente quasi un terzo del fatturato medio di una FdC (circa 1,4 milioni di euro). Inoltre, essendo tutta la catena del farmaco (produttori, grossisti e dettaglianti) composta quasi esclusivamente da aziende private, si potrebbero autorizzare le FdC a cercare di ottenere redditi aggiuntivi attraverso libere negoziazioni commerciali con grossisti e produttori, come del resto avviene in qualsiasi altra catena commerciale.

Prospettive Future

A prescindere dall'autorizzazione di esercizi commerciali alternativi e di soggetti proprietari differenziati, il numero di FdC è cresciuto in modo rilevante fin dall'inizio del nuovo millennio nel nostro Paese e il loro ruolo si è ampliato in modo significativo. Con il governo attuale uno scenario plausibile è che le FdC possano giocare un ruolo cruciale anche nell'erogazione dei servizi territoriali del SSN.

L'assistenza territoriale rappresenta storicamente la debolezza principale del SSN per due motivi strettamente correlati.¹⁴ Innanzitutto, la maggioranza dei medici di medicina generale (MMG) sono formalmente liberi professionisti convenzionati (principalmente remunerati a quota capitaria) che tuttora lavorano ciascuno per conto proprio nei propri ambulatori. Di conseguenza, l'accesso giornaliero dei pazienti è sempre stato molto limitato, così come il ruolo selettivo esercitato dai MMG per filtrare gli accessi inappropriati in ambito ospedaliero. In secondo luogo, molte altre strutture territoriali del SSN forniscono tuttora singoli servizi amministrativi e sanitari (ad esempio, vaccinazioni ai bambini, screening di massa, visite mediche specialistiche) in vari siti e in ordine sparso durante i giorni feriali. Le cosiddette 'Case di Comunità' (previste per bacini di utenza locali di 30-50.000 abitanti) dovrebbero costituire il rimedio principale per risolvere la problematica della fornitura storicamente frammentaria di servizi erogati a livello territoriale, riunendo in un'unica sede tutti i professionisti sanitari e amministrativi che operano per conto del SSN.¹ Tuttavia, nonostante i rilevanti investimenti edilizi fin qui sostenuti negli edifici, la grande maggioranza di queste strutture sono tuttora semi-deserte a causa della prevedibile riluttanza da parte di sindacati e associazioni di categoria di MMG di collocare i propri iscritti in queste sedi e, più in generale, della mancanza di regole chiare su come organizzare tali strutture sia a livello nazionale che regionale. Di conseguenza, siamo dell'avviso che già sotto questo governo le FdC potrebbero realisticamente diventare delle sedi sostanzialmente alternative (e non solamente complementari) alle tanto discusse Case di Comunità.

C*oncludendo, alla luce di quanto fin qui descritto, tutto lascia presagire che, sulla scia della già consolidata presenza di enti privati nell'assistenza secondaria e terziaria, la privatizzazione della fornitura di servizi sanitari erogati dal SSN sia destinata a espandersi ulteriormente nel breve periodo anche nell'assistenza primaria grazie al rafforzamento delle FdC. I fornitori privati tendono (ovviamente) a concentrarsi sui servizi più redditizi e ciò può indurre comportamenti opportunistici.¹⁵ Andando in questa direzione, il SSN dovrà quindi sostenere 'costi di transazione' sempre più alti per valutare e contrastare tali comportamenti;¹⁶ in prima istanza costi di monitoraggio delle attività delle strutture private, ma plausibilmente anche costi legali nel caso di contenziosi. Come ben noto in letteratura, gli investimenti pubblici in costi di transazione sono assai più produttivi quando ai privati vengono appaltati servizi 'tecnici' quali la raccolta dei rifiuti e la manutenzione del territorio, piuttosto che servizi 'sociali' come le prestazioni sanitarie.¹⁷ Infatti è ovviamente molto più semplice misurare la qualità dei servizi appartenenti alla prima tipologia rispetto a quelli della seconda.*

Infine, vale la pena ribadire che la quasi totalità delle FdC italiane sono esercizi commerciali privati, nei quali i farmacisti giocano il duplice ruolo di professionisti sanitari e agenti di commercio.¹⁸ Di conseguenza, nel lungo periodo le strategie manageriali vincenti sono giocoforza quelle orientate al profitto, motivo per cui i farmacisti sono sempre esposti a un potenziale conflitto di interessi economico quando operano in una FdC privata.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Bozzetto M, Remuzzi G, et al. Primary care in a National Health Service: time for radical reform. *Fam Pract*. 2022;39(5):994-5.
2. Hann M, Schafheutle EI, Bradley F, et al. Organisational and extraorganisational determinants of volume of service delivery by English community pharmacies: a cross-sectional survey and secondary data analysis. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017843.
3. Garattini L, Padula A, Mannucci PM. Community and hospital pharmacists in Europe: encroaching on medicine? *Intern Emerg Med*. 2021;16(1):7-10.
4. Pearson GJ. Evolution in the practice of pharmacy—not a revolution! *CMAJ*. 2007;176(9):1295–6.
5. Jacobs S, Hann M, Bradley F, et al. Organisational factors associated with safety climate, patient satisfaction and self-reported medicines adherence in community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2020;16(7):895-903.
6. Kroenert AC, Bertsche T. Implementation, barriers, solving strategies and future perspectives of reimbursed community pharmacy services - a nationwide survey for community pharmacies in Germany. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1463.
7. Gallone EL, Ravetto Enri L, Pignata I, et al. The 2017 deregulation of pharmacies in Italy: Introducing non-pharmacist ownership. *Health Policy*. 2020;124(12):1281-6.
8. Santuari A. Legal and organisational innovation in the Italian pharmacy system: commercial vs public interest. *Health Econ Policy Law*. 2017;12(4):495–513.
9. Garattini L, van de Vooren K, Curto A. Will the reform of community pharmacies in Italy be of benefit to patients or the Italian National Health Service? *Drugs Ther Perspect*. 2012;28(11):23–6.
10. La Rocca M. La farmacia dei servizi. *Giustamm.it – Rivista di diritto pubblico*. www.giustamm.it, 2014; N.7.
11. D'Alessandri E. DDL semplificazioni: le novità per la farmacia. *FarmaciaNews*, 15 marzo 2024.
12. Ariola G. Intervista a Gemmato M: Serve una governance farmaceutica più moderna. *L'Identità*, *Quotidiano Online* 12 Luglio 2025.
13. Garattini L, Nobili A, Mannucci PM. Public regulation of private pharmacies in the European Union: time for a logical solution for retail distribution. *Intern Emerg Med*. 2024;19(6):1525-8.
14. Garattini L, Bozzetto M, Remuzzi G, et al. Primary care in a National Health Service: time for radical reform. *Fam Pract*. 2022;39(5):994-5.
15. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? *J R Soc Med*. 2019;112(1):6-10.
16. Marini G, Street A. A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy*. 2007;83(1):17-26.
17. Petersen OH, Hjelmar U and Vrangbæk KI. Is contracting out of public services still the great panacea? A systematic review of studies on economic and quality effects from 2000-2014. *Soc Policy Admin* 2017;52:130-157.

-
18. Soares IB, Imfeld-Isenegger TL, Makovec UN, et al. A survey to assess the availability, implementation rate and remuneration of pharmacist-led cognitive services throughout Europe. *Res Social Adm Pharm.* 2020;16(1):41–7.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".