



Università degli Studi di Ferrara

DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE FARMACEUTICHE

CICLO XXV

**IL RUOLO DELLA FARMACIA TERRITORIALE
NEL CONTESTO SANITARIO ITALIANO: UN'ANALISI
DELL'ORIENTAMENTO ECONOMICO-MANAGERIALE
E DELLA ATTITUDINE AL CAMBIAMENTO**

Dottorando

Dott. Mahdi Heidari

Tutore

Prof. Stefano Manfredini

Anni 2010/2012

INDICE

Introduzione	3
---------------------	----------

Capitolo 1:

Il contesto di riferimento	5
1.1 Introduzione	5
1.2 Le dimensioni della spesa farmaceutica	6
1.3 Il mercato farmaceutico italiano	12
1.3.1. <i>Il mercato dei farmaci con obbligo di prescrizione</i>	14
1.3.2. <i>Il mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione</i>	17
1.3.3. <i>Il fenomeno dei farmaci generici nel mercato farmaceutico</i>	23
1.4 Il processo di distribuzione dei farmaci	29
1.5 Le dinamiche di contesto e le sfide della Farmacia territoriale	35

Capitolo 2:

La Farmacia territoriale: caratteristiche e ruolo	38
2.1 Introduzione	38
2.2 Il profilo storico	39
2.3 Le caratteristiche della Farmacia oggi: profilo normativo	42
2.4 Il ruolo della farmacia	43
2.4.1. <i>La relazione farmacia-utenti</i>	46
2.5 La “farmacia dei servizi” – il recente quadro normativo	48
2.5.1. <i>Prestazioni analitiche di prima istanza</i>	49
2.5.2. <i>Prestazioni professionali da parte d’infermieri e fisioterapisti</i>	51
2.6 Riflessioni e problematiche aperte	53
2.7 L’azienda farmacia	55
2.7.1 <i>Le tipologie di farmacie in Italia</i>	58
2.7.2 <i>La farmacia territoriale nel rapporto con l’ambiente di riferimento</i>	63
2.7.3 <i>La misurazione dei risultati</i>	66
2.7.4 <i>Le determinanti dell’equilibrio economico della farmacia</i>	69
2.8 La professione del farmacista	71
2.9 Il modello di remunerazione della farmacia	75
2.9.1 <i>La remunerazione della farmacia nel contesto internazionale</i>	76

Capitolo 3:

Quadro teorico di riferimento	81
3.1 Introduzione	81
3.2 Il razionale	82
3.3 Il modello teorico di indagine	83

3.4 Obiettivo della ricerca.....	86
3.5 Disegno dello studio e il metodo di indagine.....	86
3.5.1 Strategie di ricerca.....	87
3.5.2 La misura delle variabili.....	93
3.5.3 La popolazione di riferimento e il campione potenziale.....	95
3.5.4 La scelta dello strumento di indagine: il questionario.....	96
3.6 La modellizzazione.....	98
3.6.1 Il modello di regressione lineare multipla.....	98
3.6.2 Il modello di regressione multipla in termini matriciali.....	100
3.6.3 Le ipotesi del modello classico.....	100
3.7 L'elaborazione dei dati.....	102
 Capitolo 4:	
Analisi descrittiva del campione	103
4.1 Introduzione.....	103
4.2 Caratteristiche generali dei rispondenti.....	104
4.3 Background e formazione.....	106
4.4 Il ruolo e la professionalità del farmacista.....	108
4.5 I servizi erogati dalla farmacia.....	114
4.5.1 La gestione economica dei servizi.....	115
4.6. La gestione della farmacia.....	117
4.6.1 La gestione economico-aziendale.....	119
4.6.2 La visione del contesto di riferimento.....	122
4.6.3 L'orientamento strategico.....	124
 Capitolo 5:	
L'analisi di regressione lineare	126
5.1 Introduzione.....	126
5.2 L'orientamento economico-manageriale.....	127
5.2.1 <i>Discussione</i>	130
5.3 La capacità di introduzione del cambiamento.....	132
5.3.1 <i>Discussione</i>	133
5.4 Implicazioni.....	136
 Capitolo 6:	
Considerazioni conclusive	138
 Questionario	143
 Bibliografia	155

Introduzione

Le farmacie territoriali costituiscono una realtà consolidata nell'esperienza italiana. La farmacia, infatti, è spesso percepita dalla collettività come primo punto a cui rivolgersi nel tentativo di vedere soddisfatte delle esigenze di salute e benessere. Tale ruolo è riconosciuto anche dal contesto istituzionale. Le norme di riferimento e i documenti di programmazione del SSN chiaramente annoverano la funzione farmaceutica territoriale come una funzione rilevante per il conseguimento degli obiettivi di salute. In tal senso, anche il contesto internazionale è foriero di esperienze che riconoscono un ruolo di primo piano alle farmacie, in quanto entità pienamente inserite nel sistema salute del Paese. Tuttavia, la letteratura permette di rilevare come nel contesto internazionale la farmacia territoriale contribuisca al raggiungimento degli obiettivi del sistema salute attraverso modalità molto diverse tra loro, in ragione delle politiche sanitarie, economiche e farmaceutiche di una realtà nazionale. Si assiste quindi a Paesi in cui la farmacia ha ampiamente abbracciato l'approccio basato sulla pharmaceutical care, altri in cui la funzione farmaceutica è prevalentemente appannaggio di catene della grande distribuzione, altri in cui rimane un'attività di dimensione organizzativa ridotta, ma ampiamente integrata con altri attori del servizio sanitario.

Il ruolo che la farmacia ha assunto nelle varie realtà è spesso funzione degli obiettivi di policy che i diversi governi hanno definito. Di fatto, la letteratura sulle esperienze internazionali chiaramente evidenzia come le farmacie assumono connotati organizzativi, gestionali, di business diversi, a seconda del fatto che siano chiamate a contribuire ad obiettivi nazionali di contenimento dei costi, oppure obiettivi di miglioramento della qualità delle prestazioni, o ancora obiettivi di prevenzione, educazione sanitaria, etc. In ragione delle diverse policy, i governi hanno spesso rivisto anche il sistema di remunerazione delle farmacie, di modo tale da introdurre elementi incentivanti il raggiungimento degli obiettivi nazionali definiti.

I cambiamenti nel contesto di riferimento delle farmacie territoriali hanno spesso condotto a cambiamenti di pratica farmaceutica, a una diversa articolazione delle attività interne, all'erogazione di prestazioni diverse, a rivedere il ruolo professionale del farmacista. In tal senso, le farmacie territoriali hanno dovuto accogliere la sfida di riposizionare il proprio business e di riorientare il proprio profilo professionale.

Questi aspetti, già vissuti da altri Paesi, stanno decisamente caratterizzando il contesto italiano già da alcuni anni. La tendenza a politiche economiche liberiste, unitamente a forme di distribuzione che hanno incentivato la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle aziende sanitarie territoriali, e allo scadere di numerosi brevetti, stanno modificando le caratteristiche dell'attività della farmacia territoriale. In Italia, quindi, la spinta è all'attivazione di nuovi e diversi servizi, aspetto che è stato formalizzato nella Legge n. 69/2009 e successivi decreti attuativi. Tuttavia, le resistenze sembrano essere molte e gli elementi di criticità numerosi dal punto di vista della cultura delle farmacie territoriali.

Il fenomeno appena descritto ha risvolti anche di carattere economico. Da un punto di vista economico-aziendale, la farmacia territoriale infatti costituisce un'azienda che opera in un contesto altamente regolato. L'accesso alla professione è regolato da specifiche norme, e soprattutto strettamente regolamentato risulta essere l'accesso alla titolarità di farmacia. Il modello di remunerazione è poi definito dalla convenzione nazionale. In tale contesto,

vengono a cadere quelli che sono gli elementi che contraddistinguono una forte competitività di mercato. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito al sorgere di una competizione tra attori diversi del settore sanitario che operano lungo il processo di distribuzione del farmaco (aziende usl, corner della GDO, parafarmacie). I fattori di competitività hanno prodotto un progressivo calo dei fatturati delle farmacie e, dato il modello di remunerazione vigente, dei risultati economici.

Alla luce di queste considerazioni, risulta evidente la rilevanza di affrontare lo studio della farmacia territoriale dal punto di vista economico-manageriale. Le spinte del contesto istituzionale producono effetti che richiedono, come per tutte le aziende, competenze manageriali per definire un nuovo assetto. Questo lavoro, quindi, intende rispondere ad alcuni interrogativi: quali fattori determinano l'orientamento manageriale dei farmacisti? Quali le leve alla base della possibilità di agire il cambiamento? E quale ruolo hanno le competenze rispetto alla percezione del proprio ruolo?

Nell'intento di rispondere a queste domande è stato disegnato uno studio di *pharmacy practice* (Smith, 2010) realizzato attraverso un'indagine nazionale realizzata attraverso la somministrazione di questionari postali a direttori/titolari di farmacie territoriali. I dati sono stati poi analizzati secondo tecniche di statistica descrittiva e regressioni lineari e multiple. Il lavoro ha permesso di rispondere alle *research questions* formulate.

Nel corso del primo capitolo vengono evidenziate le caratteristiche del contesto in cui la farmacia territoriale oggi opera. Vengono quindi definiti i contorni dei principali fenomeni che condizionano l'azione della farmacia: le dinamiche della spesa farmaceutica e il ruolo dei diversi attori nella distribuzione, il fenomeno dei farmaci generici e le dinamiche connesse alle dimensioni delle vendite.

Il secondo capitolo, poi, affronta una rassegna della letteratura che permette di inquadrare la farmacia nel nuovo contesto normativo che ha sviluppato l'apertura ad una serie di nuove attività e servizi. Inoltre, vengono esaminate le caratteristiche delle farmacie in Italia e i principali aspetti connessi al modello di remunerazione attuale. Al riguardo, si richiamano anche i caratteri di esperienze internazionali al fine di evidenziare il ruolo degli incentivi nel caratterizzare il modello di farmacia.

Nel terzo capitolo, poi, vengono affrontati gli aspetti di natura epistemologica e metodologica connessi al lavoro di tesi. Più nello specifico, nel corso di questo capitolo ritroviamo la definizione del quadro teorico di riferimento e la definizione delle ipotesi, nonché la metodologia, il campionamento, l'illustrazione del metodo di raccolta dati, e l'indicazione delle modalità di analisi.

Nei capitoli quarto e quinto vengono presentate le analisi dei risultati rispettivamente secondo tecnica di statistica descrittiva e secondo regressioni. Nel corso di questi capitoli si procede altresì a discutere i risultati rispetto alle ipotesi formulate e alla letteratura considerata.

Infine, vengono presentate le considerazioni finali che accolgono i principali risultati del lavoro e le implicazioni operative, oltre alle limitazioni dello studio e a spunti per ulteriori approfondimenti di ricerca.

Ferrara, 15 Febbraio 2013

Mahdi Heidari

Capitolo 1

Il contesto di riferimento

Sommario: 1.1 Introduzione; 1.2 Le dimensioni della spesa farmaceutica; 1.3. Il mercato farmaceutico italiano; 1.3.1. Il mercato dei farmaci con obbligo di prescrizione; 1.3.2. Il mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione; 1.3.3. Il fenomeno dei farmaci generici nel mercato farmaceutico; 1.4. Il processo di distribuzione dei farmaci; 1.5. Le dinamiche di contesto e le sfide della Farmacia territoriale.

1.1 Introduzione

Nel corso del presente capitolo si vogliono evidenziare le caratteristiche del contesto in cui la farmacia territoriale oggi è chiamata ad operare. Tradizionalmente la farmacia ha operato il proprio ‘business’ nella distribuzione dei farmaci per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il grado di remuneratività di tale processo è andato progressivamente assottigliandosi nel corso della seconda parte dell’ultimo decennio, facendo emergere una serie di criticità quotidianamente sperimentate dalle farmacie, o meglio dai titolari e direttori delle stesse.

Il contesto di riferimento della farmacia è andato modificandosi per effetto di scelte intraprese da altri attori dell’ampio panorama sanitario; il riferimento è fatto specifico alle aziende sanitarie territoriali, ma anche ad altre realtà organizzative del sistema salute. Conseguentemente, i tradizionali processi sui quali si giocava la professionalità del farmacista e che assicuravano il mantenimento di determinati livelli di equilibrio economico sono entrati in crisi, e con essi l’intero sistema delle farmacie. Tra gli operatori del settore, il dibattito sui cambiamenti in atto è molto acceso ed emerge soprattutto dinanzi alle ipotesi di nuove opportunità regolatorie che i policy makers paventano. Tale dibattito reca con se anche le considerazioni circa il cambiamento del ruolo del farmacista nel diverso contesto di riferimento che si sta delineando.

Nel corso dei prossimi paragrafi, partendo dall’analisi del mercato del farmaco in Italia, vengono messi in evidenza i fenomeni che maggiormente caratterizzano oggi il contesto operativo delle farmacie territoriali. In particolare, il riferimento è fatto, da un lato, al diffuso e preoccupante (per gli addetti ai lavori) modificarsi delle componenti di vendita, soprattutto con riferimento all’area dei farmaci con obbligo di prescrizione, e dall’altro, all’emergere di

nuove determinanti qualificative il contesto, quali la diffusione dei farmaci generici e la presenza di nuovi attori nel mondo della distribuzione e vendita dei prodotti per la salute.

1.2 Le dimensioni della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica costituisce una componente, tra le principali, della spesa sanitaria. Pertanto, l'attenzione costante posta al tema della spesa sanitaria da parte dei governi dei Paesi occidentali ha portato a focalizzare l'attenzione anche sulle dinamiche inerenti la spesa per i farmaci (Suraratdecha C., Okunade A., 2006: 225-238; Marcuello C. et al., 2008: 1187, 1206).

Nel corso dei decenni la spesa farmaceutica ha subito andamenti diversi, anche in relazione alle politiche regolatorie seguite: nel periodo successivo al 1993, o meglio all'introduzione della Commissione Unica del Farmaco quale attore della politica regolatoria, la spesa farmaceutica ha subito una forte contrazione (Jommi C. Fattore G., 1998: 21-41). Atella V. (2000: 197-218) ha poi analizzato l'andamento della spesa sanitaria italiana dal 1963 al 1994, attraverso un modello econometrico, studiando gli effetti delle politiche farmaceutiche sulla redistribuzione dei costi tra cittadini, imprese e stato. Lo studio evidenzia anche come, dopo alcuni anni di regolamentazione e controllo della spesa farmaceutica, questa tende poi di nuovo a riespandersi. In ragione di ciò il tema della spesa farmaceutica ha serie implicazioni quando si discutono i modelli di welfare di un paese, e certamente richiede una manutenzione continua del sistema affinché possa essere contenuta nel rispetto di criteri di efficienza e di efficacia.

In Italia, nel corso del decennio 1998 – 2007, la spesa per i farmaci è passata da 59,6 a 105,2 miliardi di euro, con un incremento relativo del 76,5% (Ministero della Salute, 2010). Si tratta di un incremento oggettivamente molto rilevante, anche se parte dell'incremento osservato è ovviamente dovuto ad effetti inflattivi.

Moltiplicando i valori osservati per i coefficienti di trasformazione del valore della moneta degli anni precedenti in valori dell'anno 2007, e depurando così il dato da effetti inflattivi che potrebbero darne una dimensione non corretta, tali valori passano da 72,0 a 105,2 miliardi di euro, con un incremento "reale" valutato al 46,1% (Health management – Istituto di Management Sanitario, Firenze, 2009).

Il trend appena delineato non sembra cedere. Nel 2010 la spesa del Sistema Sanitario Nazionale ha superato di poco i 111 miliardi di euro, attestandosi al 7,2% del prodotto interno

lordo (PIL). Il livello di spesa sanitaria è cresciuto dello 0,9% rispetto all'anno precedente, mentre nel 2009 la crescita rispetto al 2008 è stata pari al 2,9%. Il freno alla crescita è il risultato delle misure di contenimento attuate nel nostro paese sia a livello nazionale, come ad esempio gli interventi in materia di spesa farmaceutica, che a livello regionale anche grazie alle azioni compiute in base ai piani di rientro e ai programmi operativi, come la riorganizzazione della rete ospedaliera, la definizione dei tetti di spesa e di budget, il contenimento del costo del personale e così via.

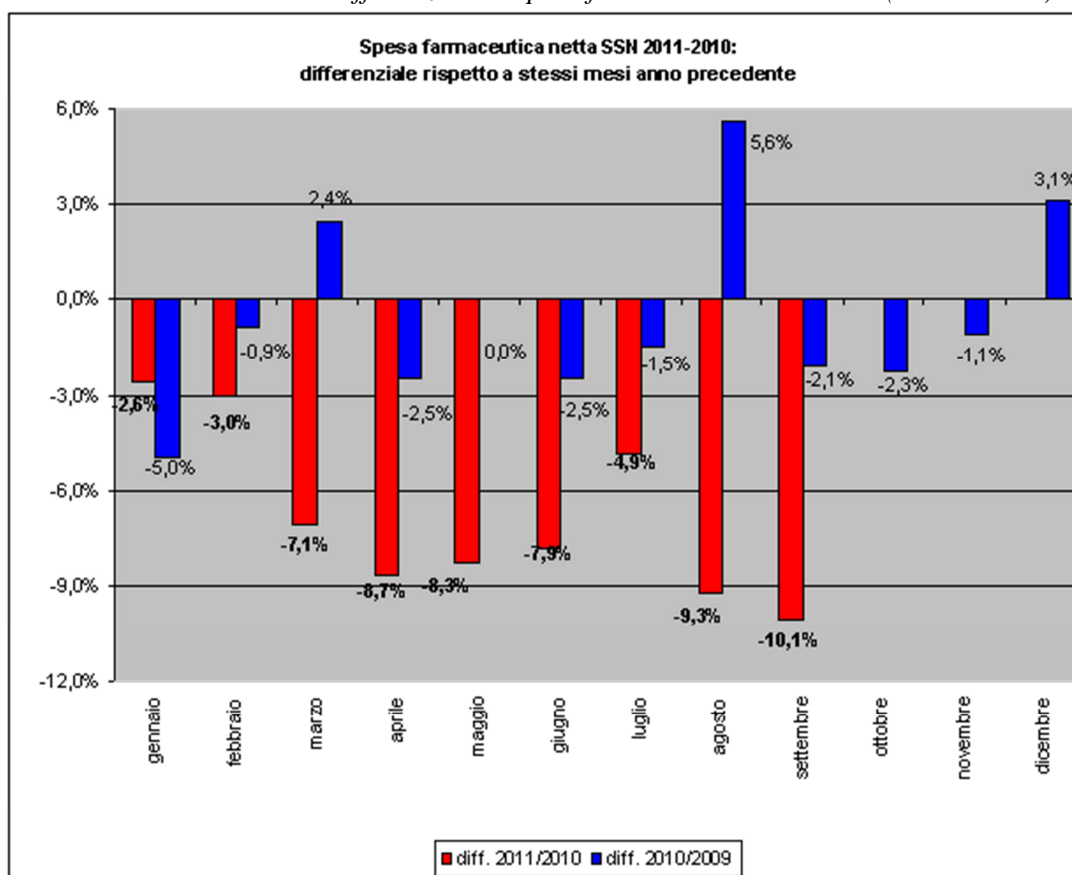
Sempre per l'anno 2010, le risorse destinate al finanziamento del SSN hanno superato i 108 miliardi di euro (7,0% del PIL), con una perdita netta complessiva (dovuta alla differenza tra costi e ricavi) di 2,33 miliardi di euro: quasi un miliardo in meno rispetto al 2009, pari a -28,5%. Tale quadro emerge a seguito dell'analisi dei dati diffusi attraverso la Relazione generale sulla situazione economica del Paese (RGSEP) 2010, presentata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Tra le voci che compongono la spesa sanitaria c'è appunto la spesa farmaceutica. A fronte dei dati del Rapporto Oasi prodotto dal CERGAS dell'Università Bocconi di Milano, Armeni (2011) argomenta come la spesa farmaceutica sostituisca ormai la terza funzione di spesa per dimensione delle risorse assorbite rispetto alla spesa sanitaria pubblica complessiva. L'andamento della spesa farmaceutica nel periodo gennaio-settembre 2011 evidenzia come essa continui ad essere influenzata dall'incremento del numero delle ricette e dal calo del valore medio delle ricette stesse (-8,4%): si prescrivono cioè più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso. Tale risultato è dovuto alle continue riduzioni dei prezzi dei medicinali (da ultima quella varata dall'AIFA nel mese di aprile 2011, che ha drasticamente tagliato i prezzi di rimborso dei medicinali equivalenti inseriti nelle liste di trasparenza), alla trattenuta aggiuntiva dell'1,82% imposta alle farmacie dal 31 luglio 2011, al crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e alle misure applicate a livello regionale. Tra queste ultime, si segnala la reintroduzione o l'appesantimento del ticket e la distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali acquistati dalle ASL.

Da queste sintetiche considerazioni sulle dinamiche della spesa farmaceutica emergono chiaramente gli strumenti regolatori utilizzati dai policy makers, e gli elementi che contribuiscono a modificare il contesto di riferimento della farmacia territoriale (scadenze brevettuali, forme di distribuzione dei farmaci, regolamentazione delle prescrizioni, etc.). In buona sostanza, i tentativi di controllo dell'andamento della spesa farmaceutica sono numerosi; si va dalla definizione del tetto di spesa, all'emissione di note Aifa (Agenzia italiana per il farmaco), alle quote di partecipazione a carico dei cittadini che dal 7,8% di

settembre 2010, sono passate all'11,5% di settembre 2011 (Federfarma, 2011). A fronte delle diverse forme di controllo che i policy makers hanno messo in campo, e considerando i fattori sopra richiamati tra i quali le scadenze brevettuali, i differenziali di spesa farmaceutica nel periodo 2010/11 rispetto al 2009/2010, analizzati mensilmente (figura 1.1) sono sostanzialmente negativi.

FIGURA 1.1. – *Andamento differenziale di spesa farmaceutica 2009-2011 (Fonte: AIFA)*

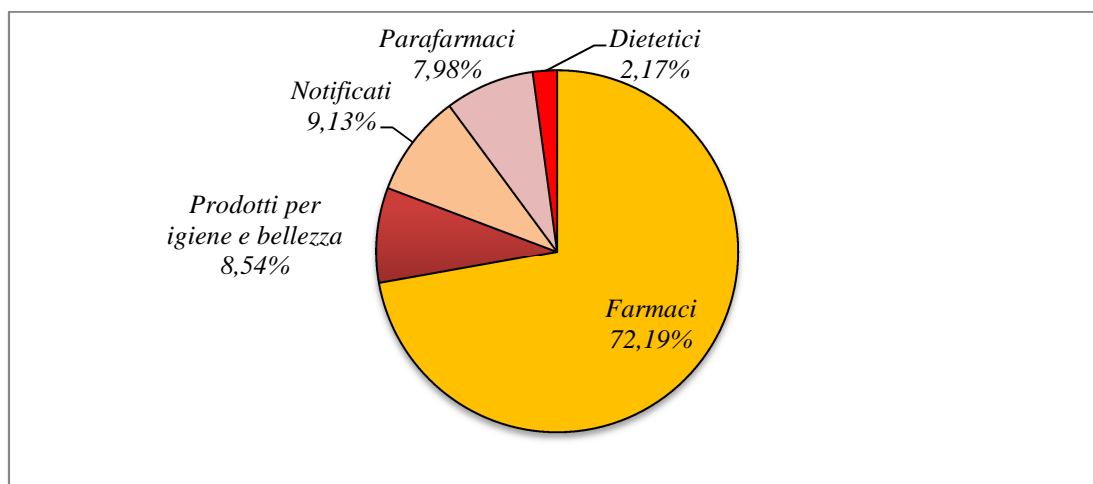


In tale contesto, nella prospettiva delle farmacie territoriali, rischiano di assumere sempre più rilevanza le attività diverse dalla distribuzione dei farmaci. Nel 2010, secondo i dati forniti da IMS Health (società internazionale che si occupa d'indagini di mercato) ed elaborati da ANIFA (l'associazione dei produttori di farmaci per l'automedicazione, www.anifa.it), il giro d'affari che ruota intorno al 'mercato della salute'¹ si aggira complessivamente a circa 27 miliardi di euro, con una crescita dell'1,6% (dati di *sell out* in prezzi al pubblico). In

¹ Per sfera della "salute" s'intendono i farmaci, ma anche tutti gli altri prodotti non farmaceutici come per esempio: i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, erboristici, dietetici e nutrizionali, per l'igiene e la bellezza, gli integratori alimentari. Si tratta di prodotti vendibili senza obbligo di prescrizione che a partire da luglio 2006, Legge 248/2006, è possibile vendere anche in esercizi diversi dalla farmacia. La Legge Finanziaria 2007 ha liberalizzato il sistema di determinazione dei prezzi al pubblico che oggi viene fissato dal responsabile del punto vendita e non più dall'azienda produttrice.

particolare, il mercato farmaceutico copre circa il 72,20% delle vendite, e ammonta a circa 19,5 miliardi di euro. Il restante 27,80%, per un controvalore di 7,5 miliardi di euro, è stato realizzato dagli altri prodotti non farmaceutici che attengono alla sfera della salute, i quali – rispetto al 2009 – hanno fatto registrare un aumento di sei punti percentuali in termini di quota di mercato. Inoltre, osservando la segmentazione del comparto non farmaceutico, si può osservare come i prodotti parafarmaceutici non registrati e i prodotti cosmetici, che costituiscono rispettivamente il 7,98% e l’8,54% del mercato, rimangono pressoché stabili; mentre diminuisce significativamente, la quota di mercato dei prodotti nutrizionali (-0,33%). Si registra, poi, un incremento di più di un punto percentuale dei “notificati” ovvero prodotti che comprendono, ad esempio, gli integratori e le vitamine non registrati come farmaci (dati riportati in figura 1.2).

FIGURA 1.2. – La suddivisione del mercato della “salute” (Sell out anno 2010).



FONTE: ANIFA su dati IMS Health.

Un dato di rilievo è la crescita nelle vendite di tutte le categorie di prodotti a connotazione non farmaceutica, a fronte di un appiattimento dei consumi delle specialità acquistabili senza ricetta medica. A dispetto della crisi economica, i prodotti “notificati” sono cresciuti a valore del 10,8%, e i parafarmaceutici non registrati del 4,3% (dati ANIFA).

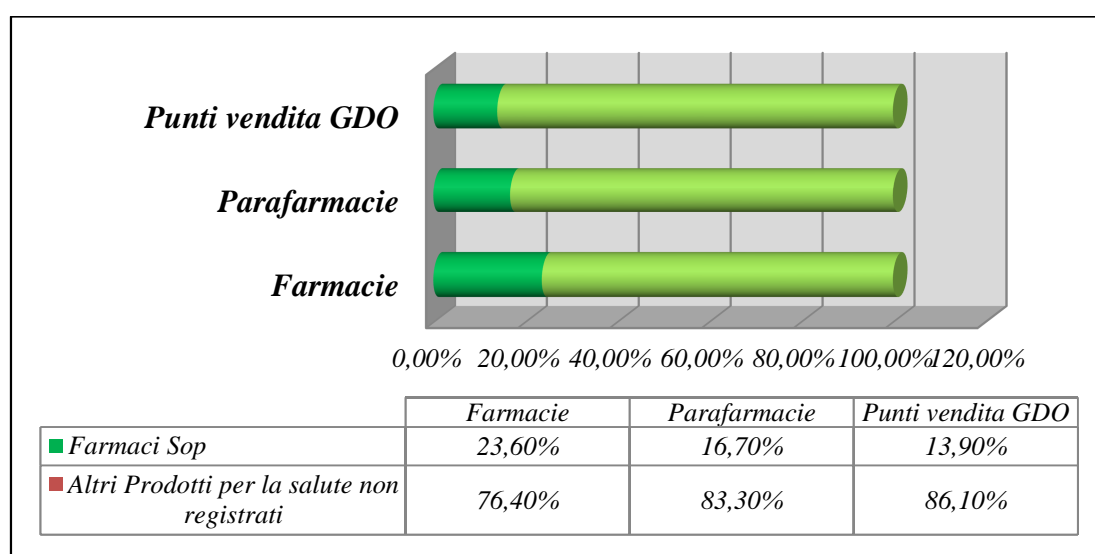
Dalla disamina della composizione del mercato di riferimento delle farmacie, emerge chiaramente come a fronte di un calo dei fatturati connessi alla distribuzione dei farmaci, si registra un incremento del fatturato connesso a prodotti quali integratori, parafarmaceutici, etc. Si tratta di un trend di particolare rilievo, poiché l’ampiezza delle diverse aree di attività della farmacia e la rilevanza delle stesse richiedono profili professionali diversi e generano, nel tempo, un diverso ruolo del professionista farmacista. In secondo luogo, tale torsione del

contesto di riferimento permette di sottolineare un modificarsi delle fonti che determinano i risultati di economicità della farmacia, e quindi l'esigenza di agire su leve diverse per garantire margini di redditività (Castellini, Vagnoni, 2008).

Un altro aspetto che caratterizza particolarmente il mercato di riferimento della farmacia è la pluralità di attori che oggi concorrono alla distribuzione dei farmaci e alla vendita dei prodotti connessi al mercato della salute. Da questo punto di vista, le parafarmacie, la grande distribuzione organizzata (GDO), le aziende sanitarie – attraverso il ricorso a forme di distribuzione diretta dei farmaci -, costituiscono attori del contesto di riferimento le cui azioni producono effetti rilevanti sulle attività delle farmacie. Il fenomeno è nuovo in Italia, mentre gli ambiti di azione e i relativi mercati sono ormai consolidati in contesti internazionali che prima di noi hanno vissuto il processo di cambiamento in atto nel nostro Paese.

Dalla segmentazione del mercato relativo alle specialità medicinali senza obbligo di prescrizione e agli altri prodotti per la salute venduti in farmacie, parafarmacie e nella grande distribuzione organizzata, emerge chiaramente come nei punti vendita della GDO sia preponderante la vendita dei prodotti non farmaceutici rispetto alle specialità medicinali, con un peso stabile dell'86% sulle vendite del canale; a seguire le parafarmacie, dove il peso dei prodotti diversi dai farmaci cresce e si attesta all'83,3% (+0,7%), mentre decisamente inferiore, seppur in aumento di un punto percentuale rispetto al 2009, è il peso dei non farmaci nelle farmacie pari al 76,4% (Figura 1.3).

FIGURA 1.3. – *Le vendite dei farmaci senza obbligo di prescrizione e i prodotti non farmaceutici nei tre canali di vendita (anno 2010).*



Le vendite complessive effettuate in farmacia per prodotti non farmaceutici di libero acquisto ammontano a oltre 6,6 miliardi, mentre scendono a 491 milioni nelle parafarmacie e a 377 milioni nei punti vendita della GDO.

Accanto al modificarsi della natura degli attori, altri aspetti caratterizzano il contesto di riferimento: tra questi, l'invecchiamento demografico della popolazione costituisce un fenomeno di ampio rilievo per tutto il settore sanitario, e chiaramente anche per quello farmaceutico.

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP, 2011), riferita al biennio 2009-2010, evidenzia come la popolazione residente in Italia abbia raggiunto il traguardo storico dei 60 milioni di abitanti, ed è profondamente interessata dal processo di invecchiamento (le persone con più di 65 anni rappresentano il 20,3% della popolazione). Si assiste ad un incremento della speranza di vita, che pone l'Italia tra i primi in Europa (78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per le donne), ad una progressiva riduzione della mortalità, con riferimento non solo alla mortalità generale, che dal 1980 si è quasi dimezzata, ma anche a quella infantile, che continua a diminuire.

Nello scenario demografico analizzato nella Relazione, le malattie del sistema circolatorio e i tumori si confermano le principali cause di morbilità e mortalità, pur registrandosi importanti miglioramenti epidemiologici ascrivibili non solo al progresso dei trattamenti medico-chirurgici, ma anche all'adozione di stili di vita più salutari, grazie alle campagne di prevenzione primaria che hanno accresciuto nella popolazione la consapevolezza dell'importanza degli interventi di tipo preventivo.

La Relazione affronta anche le problematiche connesse al rapporto tra ambiente e salute, agli stili di vita, nonché gli aspetti relativi ai determinanti socio-economici, che dopo l'età, sono il singolo determinante più importante delle differenze di salute in una popolazione. In più occasioni l'Unione Europea ha sottolineato la necessità di muoversi, nel contrasto delle disuguaglianze nella salute, con un approccio di tutela ampio, che coinvolga non solo le politiche sanitarie ma tutte le politiche (*Health in All Policies*) (Ministero della salute, 2012). Il settore sanitario in generale e quello farmaceutico in particolare stanno affrontando una fase di considerevole e profonda evoluzione legata a cambiamenti istituzionali, sociali e di mercato: dalla progressiva armonizzazione legislativa con le politiche europee alle politiche di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, dalla richiesta di collaborazione alle farmacie per l'erogazione di nuovi servizi assistenziali da parte dei Servizi Sanitari Regionali ai nuovi indirizzi dell'AIFA, dalla globalizzazione delle aziende farmaceutiche alle nuove articolazioni del farmaco, fino ad arrivare al mutamento sociale del

rapporto di fiducia tra le professioni sanitarie e i pazienti. La dimensione economica è entrata prepotentemente nelle scelte di settore, e ciò sta impattando sul ruolo e sull'immagine del farmacista sia ospedaliero, sia di comunità, sia operante nelle aziende farmaceutiche e di distribuzione intermedia.

1.3 Il mercato farmaceutico italiano

Il mercato farmaceutico si caratterizza per diverse tipologie di farmaci che vengono classificati secondo criteri stabiliti e definiti da norme nazionali. La regolazione quindi assume un ruolo chiave, poiché definisce le caratteristiche del mercato farmaceutico di un paese: la tipologia di classi di farmaci, le modalità di confezionamento e la dimensione delle stesse, etc. Si tratta di aspetti che vengono richiamati nel corso di questo paragrafo poiché costituiscono uno degli elementi che contribuisce a determinare il livello di economicità della farmacia, in quanto distributore finale al pubblico.

Risulta, quindi, utile specificare che i farmaci in commercio nel territorio nazionale vengono classificati in base:

1. al regime di rimborso da parte del SSN² (nel nostro paese la normativa di riferimento si ritrova nella Legge n. 537/93);
2. e in base al regime di fornitura o di dispensazione, cioè l'obbligo o meno della ricetta medica. Quest'ultimo rappresenta un criterio di tipo tecnico-scientifico, vi sono precise norme quadro che l'Italia è chiamata a rispettare quale membro dell'Unione Europea, ovvero, le direttive comunitarie 2001/83/CE e 2003/94/CE.

Pertanto, in base ai due criteri, è possibile riassumere le specialità medicinali in:

Farmaci di Classe A: dispensabili solo con prescrizione medica. Si tratta di farmaci a totale carico del SSN, fatta salva la possibilità per le Regioni di introdurre delle quote di compartecipazione alla spesa (i cosiddetti, ticket);

Farmaci di Classe C: farmaci a totale carico del cittadino (Legge Finanziaria 2005), classe a sua volta suddivisa in:

- farmaci soggetti a prescrizione medica;

² Questo criterio viene determinato liberamente da ogni singolo Stato in quanto influisce direttamente sui livelli di spesa disponibili per l'assistenza farmaceutica pubblica.

- farmaci *non* soggetti a prescrizione medica e non pubblicizzabili al pubblico, vendibili anche in canali diversi dalla farmacia (si tratta dei farmaci definiti senza obbligo di prescrizioni – SOP – e richiamati nel c.d. Decreto Bersani 2006);
- *Classe C-bis*: farmaci *non* sono soggetti a prescrizione medica, pubblicizzabili direttamente al pubblico, vendibili anche in canali diversi dalla farmacia (i farmaci definiti over the counter – OTC-).

Nel mercato “etico” vi sono i farmaci rimborsabili e quelli non rimborsabili dal SSN, ma vendibili solo su prescrizione; mentre fanno parte del mercato chiamato “commerciale” i prodotti OTC, i farmaci di automedicazione, i farmaci SOP, che insieme ai prodotti omeopatici, nutrizionali, parafarmaci, ecc., compongono l’insieme dei prodotti venduti dalle farmacie come precedentemente menzionato (Castellini, Vagnoni, 2008: 69). Nei Paesi OECD, quello dei farmaci etici costituisce l’ambito principalmente imputato quale determinante della crescente spesa del settore sanitario (Suraratdecha C., Okunade A., 2006: 225-238), seppure la letteratura scientifica mostri come la domanda di tali farmaci sia anelastica e connessa agli effettivi bisogni della popolazione. Pertanto, i dati che i vari osservatori nazionali e associazioni di settore riportano circa l’andamento della spesa farmaceutica per i farmaci etici in Italia sembra non denotare elementi sorprendenti.

Nel 2010, nonostante il perdurare della crisi economica, il mercato farmaceutico complessivo registra un trend positivo sia a valori (+0,5%) che a volumi (+1,2%): sono state acquistate in Italia per un valore di 19,5 miliardi di euro in prezzi al pubblico, 1.833,7 milioni di confezioni di medicinali come evidenziato dalla Tabella 1.1.

TABELLA 1.1. – *Le vendite al pubblico dei farmaci con e senza obbligo di prescrizione a valori e a volumi (Sell out 2010).*

<i>Categorie di farmaci</i>	<i>Valori</i>	<i>Quote %</i>	<i>Variaz. % 2010/2009</i>	<i>Unità</i>	<i>Quote %</i>	<i>Variaz. % 2010/2009</i>
Farmaci <i>con</i> obbligo di prescrizione	17.268,5	88,6%	+0,5%	1.515,2	82,6%	+2,2%
Farmaci <i>senza</i> obbligo di prescrizione	2.212,5	11,4%	+0,4%	318,5	17,4%	-3,8%
Totale farmaci	19.481,0	100,00 %	+0,9%	1.833,7	100,00 %	-1,6%

FONTE: ANIFA su dati IMS Health.

Come si evidenzia dalla tabella 1.1., i fatturati delle due tipologie di fornitura presentano una sostanziale stabilità. Viceversa, per quanto riguarda i volumi, si registra un trend inverso: aumentano i farmaci con obbligo di prescrizione soprattutto quelli a carico del SSN del 2,2%, mentre si contraggono le specialità medicinali senza obbligo di prescrizione del 3,8%, nel complesso i consumi diminuiscono dell'1,6.

Dei 1.833,7 milioni di confezioni che gli italiani hanno acquistato nel 2010, l'82,6% (1.515,2 milioni) è rappresentato da specialità per le quali è richiesta la ricetta medica, mentre il restante 17,4% dai farmaci senza prescrizione. Complessivamente le vendite sono cresciute dell'1,2%, tuttavia con una differenza fra le due categorie di medicinali. L'anno appena trascorso si caratterizza infatti per una lenta ripresa del mercato sia a volumi sia a valori, dovuta però alle dinamiche dei farmaci con obbligo di prescrizione piuttosto che ai farmaci senza obbligo di ricetta.

1.3.1 Il mercato dei farmaci con obbligo di prescrizione

La spesa farmaceutica complessiva viene determinata moltiplicando la quantità di farmaci venuti per il prezzo. In particolare, la quantità di farmaci venduti dipende dalle abitudini di consumo dei soggetti consumatori: spesa pubblica e privata che dipende direttamente dal comportamento dei soggetti prescrittori; mentre il prezzo rispettivo deriva dalle politiche di regolamentazione previste. La spesa farmaceutica, come visto nel precedente paragrafo e confermato anche dai dati OsMed (2011) si è mantenuta pressoché stabile nel 2010 rispetto al 2009; oltre il 68% della spesa complessiva è stata rimborsata dal SSN. Attraverso le oltre 17.500 farmacie italiane, pubbliche e private, sono state acquistate nel 2010 circa 1,8 miliardi di confezioni, 30 confezioni di farmaco per abitante.

La spesa farmaceutica pubblica nel medio-lungo periodo evidenzia cambiamenti legati a fattori economici e sociali, all'innovazione che porta sul mercato nuove molecole e alla scadenza dei brevetti che si traduce in una più ampia presenza dei generici (Baeyens, Brems, Seville, 2011: 227-239; Leighton, 2008: 365-370; Ward, Reiffen, 2005: 37-49); nel breve periodo è invece fortemente condizionata dagli interventi governativi di contenimento che negli ultimi anni si sono concretizzati soprattutto nel taglio dei prezzi o in misure volte a recuperare risorse dalle imprese con forme di *payback*.

Nel corso del 2010 si è assistito a un sensibile aumento degli sconti a carico della filiera (DL 78/2010), ad un inasprimento del ticket specie in alcune regioni (Puglia, Campania, Calabria, Abruzzo e Lazio), all'aumento dei farmaci soggetti a prezzo di riferimento. Ne deriva che, considerando la sola spesa farmaceutica convenzionata, si osserva una contrazione

della spesa netta, al netto degli sconti a carico della filiera e delle compartecipazioni alla spesa, del 2,6%. In controtendenza si registra una crescita della spesa farmaceutica a carico dei cittadini a causa dell'aumento del ticket (+15,8%) e alla possibilità di pagare la differenza tra il prezzo più alto dei farmaci prescritti rispetto a quello di riferimento (Anifa, 2011)

Il trend sembra riconfermarsi anche per il 2011, in cui secondo gli ultimi dati resi disponibili da Federfarma si rileva che nel primo semestre la spesa farmaceutica convenzionata netta con il SSN ha fatto registrare una diminuzione del 6,3% rispetto allo stesso periodo del 2010. L'andamento della spesa continua a essere influenzato, come rilevato nel 2010, dall'incremento del numero di ricette e del calo del valore medio delle ricette stesse (-7,5%). Tale risultato è l'effetto delle assidue riduzioni dei prezzi dei medicinali (l'Aifa nel mese di aprile 2011 ha drasticamente tagliato i prezzi di rimborso dei medicinali equivalenti inseriti nelle liste di trasparenza; fonte: Federfarma e Aifa), alla trattenuta recente dell'1,82% in qualità di sconto SSN imposta alle farmacie dal 31 luglio 2011, alla tendenza di maggior impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressive scadenze brevettuali e alle misure adottate a livello regionale. Tra queste ultime vi è la reintroduzione o l'appesantimento del ticket e la distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali acquistati dalle ASL. Difatti, le quote di partecipazione a carico dei cittadini è passata dal 7,4% di giugno 2010 all'11,2% di giugno 2011 a causa delle rilevanti differenze di prezzo a loro carico per effetto: da un lato alla riduzione dei prezzi di rimborso dei medicinali equivalenti prevista dall'AIFA nel mese di aprile e dall'altro al mancato tempestivo adeguamento dei prezzi da parte delle aziende produttrici del farmaco (fonte: portale Federfarma).

I dati consuntivi del 2010 evidenziano un consumo farmaceutico territoriale di classe A, rimborsato dal SSN (Nell'analisi non viene considerata l'incidenza della distribuzione diretta e per conto) in aumento del 2,7%, mentre la spesa aumenta dello 0,4%. Si riscontra un aumento in quantità (+3,2%) di farmaci prescritti e una diminuzione dei prezzi (-3,1%). Il trend di aumento di quantità di farmaci prescritti è trasversale rispetto a tutte le Regioni italiane, ad eccezione della Basilicata (-1,4%). La regione più costosa per il SSN risulta essere la Calabria (268 euro pro capite), mentre quella che registra la spesa pubblica minore è la Provincia Autonoma di Bolzano (circa 153 euro pro capite vs un dato medio nazionale di spesa pari a 215 Euro, si veda la Tabella 1.2).

TABELLA 1.2. – *La variabilità regionale dei consumi 2010. Esclusa la distribuzione diretta e per conto.*

<i>Regione</i>	<i>Ricette*</i>	<i>Confezioni*</i>	<i>Spesa lorda classe A**</i>	<i>Spesa lorda pro capite pesata</i>	<i>Spesa privata pro capite pesata (Cl. A, C e C bis)</i>
Piemonte	41.030	76.099	912	194,0	101,4
V. d'Aosta	1.064	2.060	24	185,9	121,0
Lombardia	74.946	148.771	1.947	198,4	108,3
Bolzano	2.960	5.799	72	152,8	99,6
Trento	4.004	7.662	87	167,9	98,8
Veneto	39.005	78.322	925	189,2	97,2
Friuli V.G.	11.142	21.367	256	193,7	85,6
Liguria	16.635	30.654	364	197,8	123,1
Emilia R.	42.088	77.761	823	179,4	112,4
Toscana	38.088	69.105	701	176,6	113,7
Umbria	10.156	17.283	178	187,1	93,1
Marche	16.121	28.410	320	197,3	104,1
Lazio	61.029	109.972	1.405	248,5	113,0
Abruzzo	14.766	25.240	315	230,5	89,0
Molise	3.320	5.922	69	207,9	64,0
Campania	59.581	108.556	1.272	241,0	97,2
Puglia	46.997	83.921	1.005	257,4	76,4
Basilicata	6.749	10.879	120	205,2	69,0
Calabria	22.500	38.810	519	267,8	85,4
Sicilia	56.930	101.397	1.283	266,0	95,8
Sardegna	17.805	31.575	388	234,5	90,1
<i>Italia</i>	<i>586.916</i>	<i>1.079.566</i>	<i>12.985</i>	<i>215,1</i>	<i>101,1</i>

*FONTE: OsMed luglio 2011. *Migliaia di euro. **Milioni di euro.*

Tuttavia, secondo i dati del primo semestre 2011, l'andamento della spesa a livello regionale sembra registrare un trend decrescente soprattutto nelle regioni del sud, in particolare la Calabria (-13,2%), la Campania (-13,1%) e la Puglia (-12,9%), per effetto delle misure di contenimento della spesa molto drastiche date dai Piani di rientro che prevedono

l'aumento o l'introduzione del ticket, il potenziamento della distribuzione dei medicinali acquistati dalle ASL direttamente agli assistiti o anche mediante farmacie convenzionate sulla base di particolari accordi.

Secondo l'analisi OsMed del 2010 la spesa privata pro-capite più elevata per farmaci di classe A, C e C bis si registra in Liguria, mentre la minore in Molise (cfr. Tabella 1.2.)

Nello specifico delle categorie terapeutiche, i farmaci del sistema cardiovascolare, con oltre cinque miliardi di euro, sono in assoluto i farmaci più utilizzati, con una copertura di spesa da parte del SSN di oltre il 93%, erogati pressoché interamente dalle farmacie pubbliche e private. Seguono i farmaci gastrointestinali (12,9% della spesa), i farmaci del sistema nervoso centrale (12,7%) Le categorie maggiormente a carico dei cittadini sono: i farmaci dermatologici (per l'87,8% della spesa), i farmaci genito-urinari ed ormoni sessuali (57,3%) e i farmaci dell'apparato muscolo-scheletrico (52,1%). Come l'anno scorso il Ramipril risulta essere la sostanza più prescritta dai medici.

1.3.2 Il mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione.

I dati del 2010 relativi alle vendite dei farmaci non soggetti a prescrizione medica (fonte: Anifa 2011, www.anifa.it.) mostrano una sostanziale stabilità delle dinamiche di mercato. Mentre i ricavi permangono pressoché stabili con un aumento dello 0,4% rispetto al 2009, i volumi venduti si contraggono del 2,1%.

La tendenza si rivela in linea con l'andamento degli ultimi anni, caratterizzato da un lato da una lieve ma costante erosione dei volumi venduti, dall'altro da un aumento, seppur di misura, dei fatturati.

I dati evidenziano il consolidamento delle modifiche sul fronte distributivo e del sistema di determinazione del prezzo all'interno di questo mercato. Infatti, il maggior numero e la diversificazione dei punti di vendita e una più forte concorrenza sui prezzi, se da un lato hanno generato una calmierazione a favore degli acquirenti, dall'altro non sembrano influire sulle abitudini di acquisto dei cittadini: la farmacia continua infatti a essere il principale luogo di acquisto di queste specialità medicinali.

L'andamento delle vendite conferma come né l'introduzione di nuovi canali, né le pubblicità per i farmaci di automedicazione portino di per sé a un aumento dei consumi. Anzi, mentre le specialità che possono fare comunicazione sono in flessione, crescono le vendite dei medicinali senza obbligo di prescrizione.

Nel comparto dei farmaci senza obbligo di prescrizione, il 2010 vede il consolidarsi degli effetti delle misure del 2006 che negli ultimi anni ne hanno modificato l'assetto, in

particolare, i processi di liberalizzazione della distribuzione e di determinazione dei prezzi. Di fatto, nel 2010 il settore ha mantenuto pressoché immutate le proprie dinamiche. Si evidenzia che le peculiarità che incidono sulla performance di questo comparto risiedono: nella maggiore o minore propensione al consumo da parte dei cittadini, nelle misure di politica sanitaria e, in particolare, condizionano l'andamento nel breve periodo, l'influsso dei malanni di stagione. Nella prospettiva di medio-lungo periodo, invece, il comparto soffre dell'aumento concorrenziale sui prodotti salutistici e della mancanza di ampliamento dell'offerta terapeutica a disposizione dei cittadini (ANIFA 2011).

Il settore dei farmaci senza obbligo di ricetta medica non può essere assimilato al largo consumo e, in questo senso, prezzi e distribuzione non rappresentano gli unici *driver* del mercato. Infatti, in questo comparto più che in altri, sono maggiormente rilevanti aspetti quali la gamma di offerta e la tipologia di servizi alla persona, oltre ovviamente l'esperienza d'acquisto pregressa e il consiglio degli operatori sanitari: quello del farmaco non è un acquisto d'impulso che può essere legato a offerte promozionali. I produttori di farmaci per l'automedicazione tendono a sottolineare che il modello adottato in Italia, se da un lato cerca di favorire dinamiche competitive, dall'altro, grazie all'obbligo della presenza di un farmacista pure nelle nuove realtà distributive, mira a garantire assistenza e consiglio professionale anche nell'acquisto dei farmaci senza obbligo di ricetta.

Relativamente alle dinamiche delle due categorie di farmaci che costituiscono l'insieme dei farmaci senza ricetta, si osserva un andamento non omogeneo. Infatti, i prodotti non ammessi alla pubblicità (SOP), che rappresentano quasi il 26% del mercato a volumi e il 25% a valori, registrano per il 2010 una diminuzione del fatturato e dei volumi di vendita pari rispettivamente all'1,8% e all'8,4%, in controtendenza rispetto al 2009. Per gli OTC, invece, si assiste a una crescita dell'1,2% delle vendite a valori, mentre le vendite a volumi si contraggono del 2,1%.

Dei 318,5 milioni di confezioni di farmaci SOP acquistate dagli italiani nel 2010, più di 292 milioni sono quelle comprate in farmacia, 11,1 milioni nei supermercati e circa 15 milioni nelle parafarmacie (cfr. Tabella 1.3).

TABELLA 1.3. – La segmentazione del mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione nei tre canali distributivi (Sell out anno 2010).

	Volumi di vendita (milioni di confezioni)	%	Valori di vendita (milioni di euro)	%
FARMACIE				
TOTALE Farmacie	292,5	91,8%	2.052,7	92,8%
Farmaci OTC (Cl. C-bis)	216,3	74,0%	1.530,4	74,6%
Farmaci SP (Cl. C)	76,2	26,0%	522,3	25,4%
PARAFARMACIE				
TOTALE Parafarmacie	14,9	4,7%	98,8	4,5%
Farmaci OTC (Cl. C-bis)	11,2	75,2%	76,6	77,5%
Farmaci SP (Cl. C)	3,7	24,8%	22,2	22,5%
GRANDE DISTRIBUZIONE ORGANIZZATA				
TOTALE Gdo	11,1	3,5%	61,0	2,7%
Farmaci OTC (Cl. C-bis)	9,0	80,8%	50,4	82,6%
Farmaci SP (Cl. C)	2,1	19,2%	10,6	17,4%
TOTALE FARMACI SENZA OBBLIGO DI PRESCRIZIONE				
TOTALE del mercato	318,5	100,0%	2.212,5	100,0%
Farmaci OTC (Cl. C-bis)	236,5	74,2%	1.657,3	74,9%
Farmaci SP (Cl. C)	82,0	25,8%	555,2	25,1%

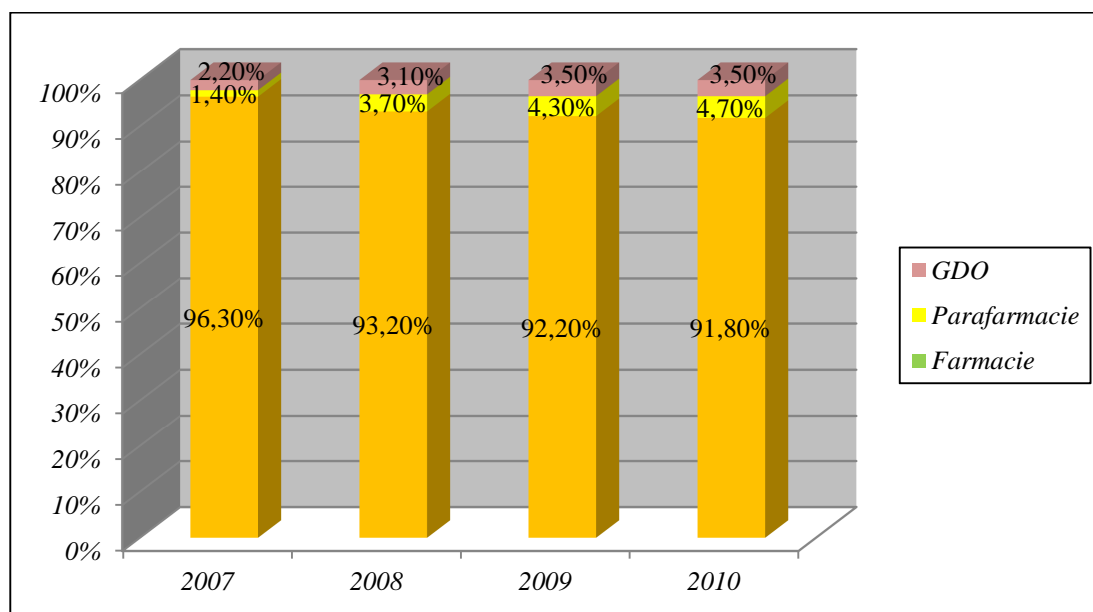
FONTE: Anifa su dati IMS Health.

Da notare che i volumi di vendita di parafarmacie e *corner* della GDO non sono proporzionali alla loro numerosità, visto che le prime sono circa dieci volte più numerose dei secondi.

Le farmacie, che continuano ad assorbire circa il 93% delle vendite a valori e il 92% circa di quelle a volume, si confermano il canale di elezione per i cittadini nell'acquisto di specialità medicinali senza l'obbligo di ricetta, nonostante i due canali alternativi abbiano

eroso quote di mercato: nel 2007 le farmacie coprivano il 96,3% di confezioni vendute, nel 2008 il 93,2%. Rispetto agli anni precedenti, tuttavia, si registra un minore avanzamento della GDO con il 3,5% dei volumi stabili rispetto alle parafarmacie che avanzano anche nel 2010 e si guadagnano il 4,7% (Figura 1.5).

FIGURA 1.5. L'evoluzione dei punti vendita per i farmaci senza obbligo di prescrizione (*sell out* 2010, dati a volumi).



FONTI: Anifa su dati IMS Health.

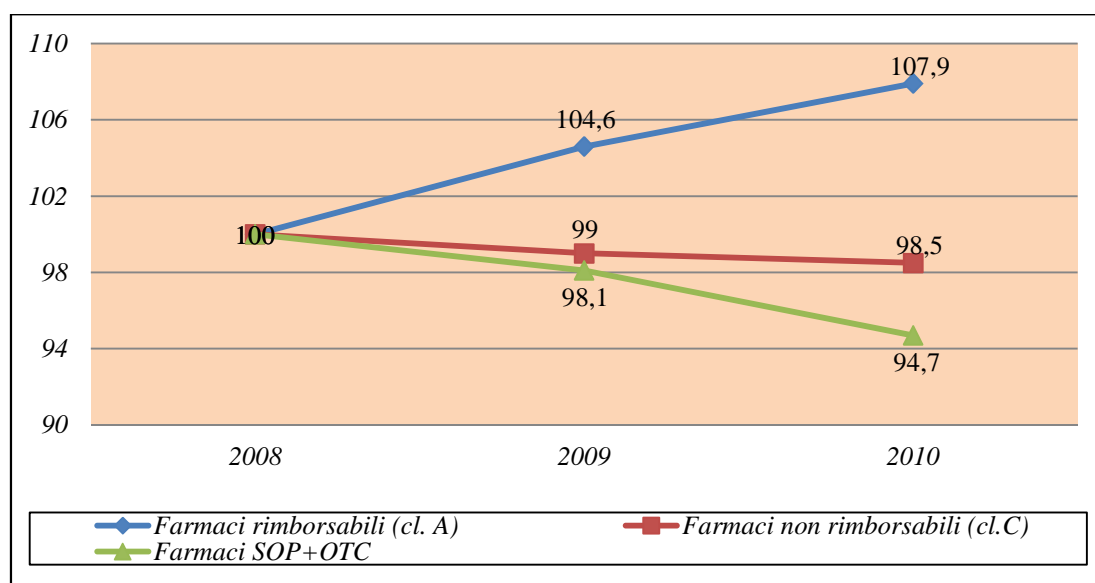
L'analisi di ANIFA ha raccolto anche i dati relativi agli acquisti dei punti vendita (*sell in*, valorizzati a prezzi al pubblico). Complessivamente gli acquisti effettuati dalle farmacie si contraggono dello 2%, in aumento rispetto al 2009, mentre per gli altri canali gli acquisti crescono a valori del 6,7% per le parafarmacie e del 4,3% per la GDO ma in ogni caso in misura minore.

Per quanto riguarda la copertura dei differenti canali di vendita, i dati di *sell in* non fanno registrare differenze rispetto a quelli di *sell out*.

Per cercare di comprendere meglio le dinamiche di questo comparto è utile considerare l'andamento delle vendite in un arco temporale più ampio rispetto a quello degli ultimi dodici mesi. Nel periodo 2006-2010 le vendite si sono mosse in un *range* molto ristretto. Se, infatti, si esclude il 2007, anno in cui le vendite sono aumentate del 4,2 per cento dopo la pesante contrazione del 2006, le confezioni acquistate dagli italiani in un anno si attestano intorno ai 330 milioni. Questo corso è riconducibile più che altro a fenomeni epidemiologici e stagionali, e non all'effetto delle liberalizzazioni che hanno prodotto come unico esito uno

shift delle vendite fra i differenti canali. Osservando le vendite al pubblico a volume negli ultimi anni, si evidenzia come si sia ampliata la forbice fra andamento delle vendite per i farmaci rimborsabili e per i farmaci a carico del cittadino: nel 2010 il mercato è rimasto sostanzialmente stabile rispetto al 2009, con un evidente appiattimento delle vendite per farmaci di automedicazione (OTC) e farmaci di classe C con obbligo di prescrizione, mentre si è assistito ad una crescita per le specialità SOP e di classe A (Figura 1.6).

FIGURA 1.6. – *Il trend dei consumi dei farmaci 2008-2010 (Sell out).*



FONTE: Anifa su dati IMS Health.

Come si evince dalla figura 1.6, nel 2010 il divario tra classi rimborsabili e non rimborsabili è ancora più evidente, con un'ulteriore crescita dei farmaci SOP e una flessione delle specialità di automedicazione. Questo perché, in un anno caratterizzato da una contrazione dell'economia, è stato maggiore il ricorso alla prescrizione medica da parte dei cittadini al fine di evitare una spesa diretta dei farmaci.

Come rilevato in una ricerca Eurisko del 2008, effettuata per l'Anifa, l'automedicazione rappresenta un'esperienza decisamente diffusa fra gli italiani (circa il 75% ha utilizzato un farmaco in un anno), che tuttavia tende a configurarsi come una pratica appropriata e oculata poiché non è un'attività "fuori controllo" ma anzi viene seguita da figure esperte. Difatti il farmacista riveste come da tradizione i panni del protagonista rispetto alla consulenza nella scelta del farmaco da automedicazione. Il ritratto del consumatore medio che emerge dalla ricerca non è dunque quello di un "anarchico" o di uno "sprovveduto", si tratta di un consumatore responsabile che, in assenza di prescrizione medica, manifesta il desiderio, se

non l'esigenza, della guida di un esperto. Il consiglio del farmacista è infatti in grado di indirizzare nel 41% dei casi la scelta del farmaco da automedicazione. Al secondo posto si trovano, con il 19%, i pareri di amici e parenti. Il consiglio del medico si piazza, con il 14%, sul terzo gradino del podio mentre, come detto, la pubblicità è in grado di influenzare solo il 4% degli acquirenti. Al farmacista rimane dunque il ruolo principe nella consulenza nel campo dell'automedicazione, visto che l'84% degli italiani ritiene "molto importante" o "abbastanza importante" la sua presenza al momento dell'acquisto. È un'importante conferma per il ruolo di educatore sanitario del farmacista, ma anche sinonimo di grande attesa da parte dei consumatori verso chi lavora dietro il banco. La figura del farmacista è quindi chiamata, a maggior ragione, a dimostrare la grande attenzione, la competenza e il senso di responsabilità che ne caratterizzano la professionalità.

È bene sottolineare che l'evoluzione del ricorso all'automedicazione non rappresenta un cambiamento di tipo consumistico, ma piuttosto di una evoluzione ispirata a una maggiore autonomia unita a un elevato senso di responsabilità in materia di salute e benessere. Negli ultimi dieci anni, infatti, è stato consistente il mutamento nei riguardi della salute: da un atteggiamento sostanzialmente passivo si è passati a un approccio più progettuale, impegnato e attivo, in cui si inserisce appieno l'automedicazione.

Per ANIFA, gli elementi di novità introdotti negli ultimi anni nel campo dei prezzi e della distribuzione non sono sufficienti a sostenere un cambiamento che deve necessariamente passare attraverso un ampliamento dell'offerta terapeutica e quindi dell'aumento dei principi attivi disponibili. Per i produttori di OTC, infatti, i passi avanti compiuti soprattutto nel 2007 si sono rivelati poco significativi per produrre effetti visibili in termini di variazioni del mercato, e si lamenta l'ancora scarsa disponibilità di principi attivi registrati come OTC in Italia rispetto ai principali paesi europei.

L'analisi di mercato conferma come l'andamento di questi prodotti sia legato a fenomeni epidemiologici e stagionali, con abitudini al consumo difficilmente influenzabili da interventi mediatici. Infatti, si osserva come le vendite abbiano fatto registrare, soprattutto nell'ultima parte dell'anno, aumenti riconducibili più a un inverno particolarmente rigido e lungo, conservando pertanto un andamento del tutto ordinario. A pesare negativamente sullo sviluppo del mercato dei farmaci di automedicazione incide invece in misura sempre maggiore la competizione da parte dei prodotti "borderline", ovvero integratori, omeopatici, erboristici, non registrati come farmaci. Da anni, infatti, si osservano andamenti di crescita piuttosto sostenuti di questi prodotti non farmaceutici venduti anche in farmacia (per i quali già prima del 2006 esistevano modalità distributive alternative), che stanno progressivamente

erodendo quote di mercato ai farmaci di automedicazione perché nella percezione finale del consumatore soddisfano un medesimo bisogno. Nel 2010 le confezioni di farmaci di automedicazione vendute in farmacia sono diminuite del 2,6%. Per quanto concerne invece parafarmacie e *corner* GDO, se da un lato si registra un *trend* di crescita positivo, dall'altro si osserva come gli OTC siano cresciuti in misura inferiore rispetto agli altri prodotti.

In particolare, come già accennato nei precedenti paragrafi, i “notificati”, preparati che maggiormente possono essere assimilati ai farmaci di automedicazione insieme ai nutrizionali, hanno fatto registrare una crescita a volumi pari al 6,9% (Tabella 1.5).

TABELLA 1.5. – *Il trend 2010/2009 dei volumi di vendita dei farmaci di automedicazione e altri prodotti nei diversi canali.* (Sell out, anno 2010, dati in migliaia di confezioni).

<i>Categorie di prodotti</i>	<i>Farmacie</i>		<i>Parafarmacie</i>		<i>GDO</i>		<i>Totale</i>	
	Volumi vendita	Trend '10/'09	Volumi vendita	Trend '10/'09	Volumi vendita	Trend '10/'09	Volumi vendita	Trend '10/'09
Farmaci automedicazione	216.292	-2,6%	11.189	+5,0%	9.014	+1,2%	236.495	-2,1%
Prodotti notificati	175.501	+6,2%	15.202	+15,5%	4.394	+7,0%	195.098	+6,9%
Omeopatici	23.335	-0,1%	2.691	+20,9%	382	+8,3%	26.408	+1,8%
Prodotti per uso erboristico	13.327	-1,8%	2.304	+6,2%	278	+1,5%	15.909	-0,7%
PMC + altri	138.840	+8,3%	10.207	+16,5%	3.734	+7,7%	152.780	+8,8%
Nutrizionali	109.756	-2,7%	9.534	+5,0%	39.745	+5,2%	159.035	-0,4%

FONTE: dati IMS Health e IRI.

Il ritardo di cui soffre il mercato degli OTC, secondo ANIFA, è dovuto anche al massiccio ricorso alle specialità etiche che si fa, soprattutto nel Sud, anche per patologie curabili con i farmaci di automedicazione.

1.3.3 Il fenomeno dei farmaci generici nel mercato farmaceutico

Le assidue preoccupazioni in merito alla crescita della spesa sanitaria e le iniziative di ulteriore contenimento di quella farmaceutica hanno determinato in Italia una crescente attenzione, negli ultimi anni, per i farmaci generici, considerati uno dei veicoli possibili per la riduzione del finanziamento pubblico delle cure sanitarie. Il fenomeno dei generici è ben noto

al panorama internazionale, e diversi studi hanno messo in evidenza gli effetti dell'ingresso dei generici nel mercato farmaceutico nei vari contesti nazionali (Perry G., 2006: 4-14; Moreno Torres I. et al., 2009: 373-388; Lizuka, 2009: 63-81).

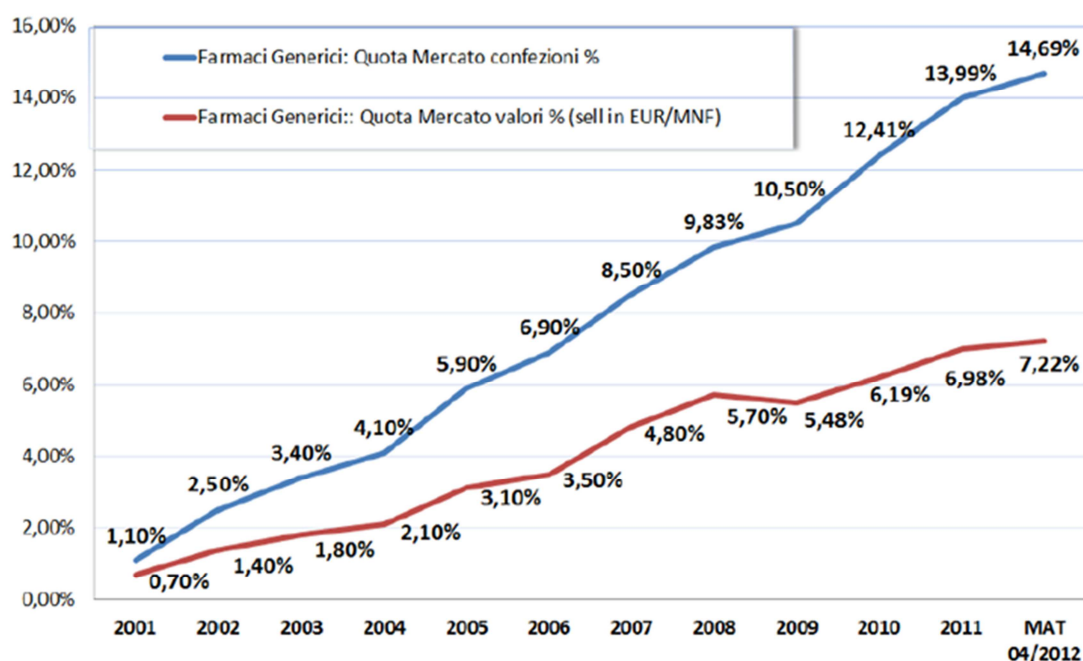
In quanto un farmaco non più coperto da brevetto, il cosiddetto 'generico' costa meno, ovvero in commercio entrano i generici che contengono quel principio attivo ed il farmaco "originator" viene commercializzato a prezzi significativamente inferiori. La tendenza generalizzata è quella ad una diminuzione dei prezzi medi unitari. Se i medicinali costano, in proporzione meno, chi li acquista spende sicuramente, a parità di quantità, molto di meno. Il SSN, principale acquirente dalle industrie delle specialità di fascia A, beneficia di significativi risparmi con l'introduzione dei generici.

Da un punto di vista del mercato italiano, e dei dati riportati nel precedente paragrafo, occorre sottolineare come la diffusione dei generici possa essere una delle ragioni che hanno condotto ad un aumento del numero delle confezioni dispensate a fronte di una diminuzione della spesa netta del SSN (-1,6% sul 2009). I farmaci generici costano in media il 55% in meno del prodotto di marca, comportando un risparmio sia per il SSN che per il cittadino (Todaro, 2011).

Secondo i dati forniti dal Centro Studi di Assogenerici, circa la metà dei farmaci dispensati dal SSN non ha più la copertura brevettuale. In particolare, i generici rappresentano poco più del 15% dei medicinali rimborsati ed il 30% circa di quelli fuori brevetto. Il SSN ha potuto risparmiare negli ultimi tre anni in media 300 milioni di euro solo per l'effetto dell'introduzione dei generici, rappresentando questi il 12,4% dei farmaci dispensati, e il 6,2% del valore del mercato.

Negli ultimi dieci anni il mercato del generico è cresciuto lentamente ma con costanza. Partendo da una fetta di mercato dell' 1% nell'anno 2000, in dieci anni il farmaco generico è arrivato a coprire una quota di mercato di poco più del 12% sul totale italiano, senza distinzioni di classi (figura 1.7). I dati mostrano una progressione a volumi per merito, in gran parte, dei nuovi lanci corrispondenti alle scadenze brevettuali, ma una stagnazione in termini di valore per effetto degli interventi normativi sulla spesa farmaceutica dal 2007 ad oggi che hanno riguardato i farmaci rimborsati dal SSN, tra i quali si colloca gran parte dei farmaci generici.

FIGURA 1.7. – Il trend 2000-2012 in volumi/valori del mercato dei generici.



FONTE: Rielaborazione Centro Studi Assogenerici su dati IMS Health, MAT 5/2012.

Si stima che nei prossimi due anni i brevetti ed i certificati complementari della quasi totalità dei farmaci di classe A, oggi ammessi al rimborso, arriveranno alla loro naturale scadenza, causando l'inevitabile diminuzione del prezzo dei farmaci, con il conseguente calo del fatturato SSN della farmacia. Nel 2010 alcune importanti molecole hanno perduto la copertura brevettuale tanto che un prodotto su tre venduto nell'anno è risultato essere off-patent. La quota di mercato a valori dei generici è arrivata al 17,2%, complici i prezzi inferiori e questo è un dato importante perché ha un'incidenza diretta sul contenimento della spesa farmaceutica nazionale (Brambilla, Gatti, 2011).

Nel 2012, sono stati approvati due decreti che hanno introdotto alcune importanti novità riguardo al medicinale equivalente. Il primo, il cosiddetto decreto liberalizzazioni (D.L. n. 1, 24 gennaio 2012, art. 11, c. 9), stabilisce che il medico, nel prescrivere un farmaco sia tenuto ad informare il paziente dell'eventuale esistenza in commercio di medicinali generici ed inoltre lo autorizza a specificare sulla ricetta l'indicazione "sostituibile con equivalente generico" oppure "non sostituibile" qualora sussistano motivazioni cliniche contrarie alla sostituzione. Il farmacista, secondo tale decreto, qualora sulla ricetta non risulti nessun vincolo di insostituibilità, è tenuto a fornire al paziente (salvo sua diversa richiesta) il medicinale equivalente a prezzo più basso. Il secondo e più recente decreto sulla spending review (D.L. n. 95 del 14 agosto 2012, art. 15, c. 11 bis), annulla quanto detto

precedentemente riguardo alla prescrizione medica e obbliga il medico prescrittore ad indicare sulla ricetta del SSN a sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco, salvo in alcuni casi particolari in cui è ancora legittimato ad indicare la denominazione di uno specifico medicinale, tuttavia in tale caso dovrà motivare la sua scelta per iscritto ed apporre sulla ricetta la dicitura “non sostituibile”.

Quanto detto finora dimostra che, negli ultimi anni, l'Italia ha cercato di favorire il mercato generico attraverso misure rivolte soprattutto a medici prescrittori, farmacisti e pazienti. Dal 2012 i medici sono obbligati ad indicare sulla ricetta la denominazione comune internazionale del principio attivo (ad esclusione di alcuni casi particolari), mentre i farmacisti sono tenuti, anche se non obbligati, già dal 2001 a fornire ai pazienti, previo loro consenso e in assenza di indicazione di non sostituibilità da parte del medico, i prodotti a prezzo più basso.

Seppure gli aspetti appena richiamati siano attualmente oggetto di un ampio dibattito tra gli operatori del settore, l'enfasi delle politiche regolatorie a favore dei farmaci generici ha caratterizzato l'ultimo decennio, tanto da condurre nel 2005 (D.L. 20 maggio 2005, cosiddetta Legge Storace) ad approvare una norma che abbassava il prezzo del farmaco brand a quello del generico nel caso in cui il farmaco generico fosse disponibile dinanzi alla prescrizione del farmaco brand (Garattini L., Ghislandi S., 2006: 79-83). A lungo, i medicinali generici/equivalenti hanno costituito un'opportunità non del tutto utilizzata per dare stabilità alla spesa farmaceutica e svincolare risorse economiche per il Servizio Sanitario Nazionale.

Nel territorio nazionale il generico ha un'incidenza limitata e distante da quella rilevata nei principali mercati farmaceutici europei, nel quale rappresenta il 60% delle unità venute, crea il 20% della spesa con un risparmio di 18 miliardi di euro l'anno. In Italia li utilizza ancora un paziente su 10 contro 5 su 10 in Europa. È stato stimato che se l'Italia si allineasse alla media dei paesi dell'Unione Europea, quali Germania o Regno Unito, il SSN gioverebbe di risorse incrementali non di poco conto per l'adozione del generico, dovute alla dinamica concorrenziale sui prezzi, ma destinabili all'innovazione. Un altro caso positivo è il mercato americano che registra l'80% in volumi ed il 20% di spesa originata (Market review EGA 2007).

Il generico/equivalente perfino a livello regionale può raffigurare uno strumento utile per ottimizzare la spesa regionale sui farmaci in quanto esiste una stretta correlazione tra il basso consumo di farmaci generici e la probabilità che si arrivi a sfiorare il tetto fissato per la spesa farmaceutica territoriale (la Legge Finanziaria del 2006 ha previsto che per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale le singole regioni non devono superare il tetto del 13,3% del

fondo messo a disposizione dello Stato). Le regioni si ritrovano perciò a dover maggiormente razionalizzare la spesa sanitaria così come la spesa per l'acquisto di farmaci. Il «tetto» di spesa del Ssn per i farmaci è dato dal rapporto dei conti del settore (sul territorio e in ospedale) rispetto all'intera spesa sanitaria pubblica. Il budget è distinto in due valori: per la farmaceutica territoriale (convenzionata in farmacia, distribuzione diretta dalle strutture Ssn, ticket e pay back a carico delle industrie) il «tetto» è del 13,3% (l'eventuale deficit è carico delle imprese). Per la farmaceutica ospedaliera invece il «tetto» è del 2,4% e il rosso lo pagano le Regioni (fonte: Assogenerici).

In particolare, alla luce di alcuni dati pubblicati sul più autorevole settimanale economico, *Todaro, Turno* (2011: 6) mettono in luce una disparità fra regioni del nord, dove le percentuali d'incidenza sono superiori alla media, e le regioni del sud, dove il generico stenta a decollare. La Corte dei Conti ha segnalato che nel 2010 la spesa farmaceutica è stata l'unica voce in calo, questo per un mix combinato di diversi fattori; oltre all'effetto del generico, vi sono i ticket pagati dai cittadini che continuano a crescere (per ora solo nelle Regioni con i conti in rosso) e per l'applicazione del "prezzo di rimborso" che il cittadino paga nel caso preferisca acquistare la specialità griffata al posto del farmaco equivalente.

Nel prossimo futuro si rileva la necessità di adottare strumenti di gestione della spesa farmaceutica convenzionata non solo in un'ottica di breve periodo, come il taglio dei prezzi, ma anche sulla stimolazione di "un'abitudine prescrittiva" che predilige il generico in una prospettiva di lungo periodo (Assogenerici, 2012; www.assogenerici.it).

Il trend della spesa farmaceutica è strettamente legata alla dinamica di prezzo all'interno di alcune classi terapeutiche. Di conseguenza la minore spesa che può provenire dall'introduzione del generico, dipende in sostanza dall'impatto che ha la classe terapeutica a cui appartiene sulla spesa farmaceutica a carico del SSN. I farmaci generici o equivalenti si ritrovano ormai in tutte le classi terapeutiche in misura diversa: vanno dal 40% tra gli ormoni non sessuali al 4,2% tra gli antitumorali.

L'impatto dei farmaci unbranded nelle classi più rilevanti è circa il 12% per i cardiovascolari, il 20% nel sistema nervoso, non di poco conto nei gastro-metabolici, negli antibiotici e nell'apparato respiratorio (Tabella 1.6.).

TABELLA 1.6. – *L'impatto dei generici nei farmaci con obbligo di ricetta. Anno 2010.*

<i>Q.m.</i> %	<i>Categorie terapeutiche</i>	<i>Altri farmaci</i>		<i>Generici</i>	
		<i>Assorb. %</i>	<i>Var. %</i>	<i>Assorb. %</i>	<i>Var. %</i>
100,0	Totale mercato	82,8	-1,4	17,2	5,6
29,3	Apparato cardiovascolare	88,1	-2,4	11,9	12,3
14,7	Sistema nervoso	80,0	2,8	20,0	4,0
14,1	App. digerente metabolismo	80,3	2,1	19,7	12,5
8,1	Apparato respiratorio	82,4	2,4	17,6	-6,5
7,4	Antinfettivi gener. sistem.	80,0	-12,1	20,0	1,5
6,7	App. genito-urinario orm. Sessuale	88,4	-2,6	11,6	11,4
5,7	Apparato muscolo-scheletrico	74,2	3,4	25,8	0,6
4,2	Sangue + org. Ematopoietici	76,3	-6,0	23,7	1,0
2,8	Antineoplast./immunomodul.	95,8	-4,6	4,2	3,1
2,4	Organi di senso	84,2	-0,8	15,8	13,2
2,3	Dermatologici	72,9	0,5	27,1	-1,7
1,7	Ormoni non sessuali	60,3	-5,1	39,7	7,6
0,3	Soluzioni ospedaliere	100,0	-6,3	-	-
0,2	Varie	100,0	4,5	0,0	19,4
0,1	Antiparassitari	100,0	3,0	0,0	-100,0
0,0	Agenti diagnostici	100,0	-44,1	-	-

FONTE: dati IMS Health.

Come si evidenzia dalla tabella 1.6, l'impatto tendenziale del generico è in crescita rispetto ai valori dell'anno precedente in tutte le categorie di farmaci, eccetto in quelli riferiti all'apparato respiratorio e nei dermatologici. Le principali categorie che registrano tassi di sviluppo particolarmente significativi sono i cardiovascolari (+12,3%), i farmaci dell'apparato digerente e del metabolismo (+12,5%), dei genito-urinari (+11,4%) e degli organi di senso (+13,2%).

1.4 Il processo di distribuzione dei farmaci

Il processo di distribuzione dei farmaci costituisce un fattore determinante la performance del sistema farmaceutico. A seconda della natura dei processi di distribuzione che vengono posti in essere il sistema farmaceutico può sperimentare livelli diversi di efficienza, di efficacia, di qualità, in sintesi performance differenti.

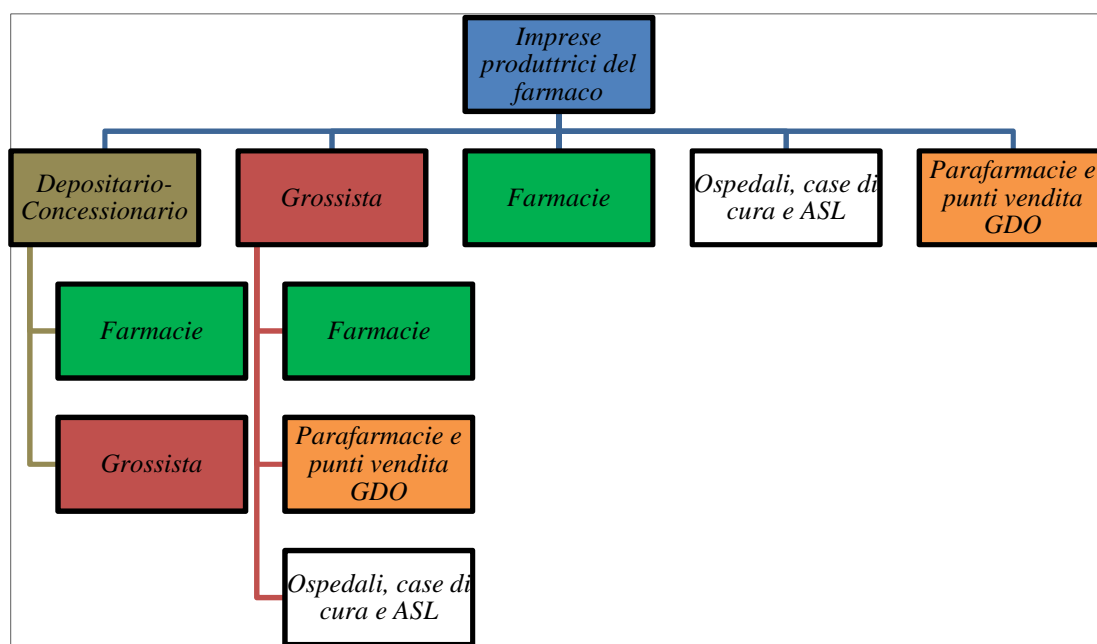
In Italia, la filiera⁽³⁾ farmaceutica è caratterizzata da vincoli normativi stringenti data la peculiarità del bene farmaco, riconosciuto come bene speciale poiché soddisfa fabbisogni fondamentali dei cittadini e può condizionare lo stato di salute di essi, aspetto costituzionalmente tutelato nella nostra Costituzione.

Tra i principali attori della filiera del farmaco, dal lato dell'offerta, è possibile individuare: le industrie del farmaco, le filiali commerciali importatrici, le aziende di distribuzione primaria (concessionari e depositari), le aziende di distribuzione intermedia (i grossisti), e le aziende di distribuzione finale (le farmacie, le parafarmacie, i punti vendita della Grande Distribuzione Organizzata – GDO -, gli ospedali e le case di cura).

La filiera del farmaco si caratterizza per la forte integrazione e collaborazione tra i diversi attori coinvolti nelle varie fasi in cui questa si articola (figura 1.8). Questi sono tenuti a rispettare norme che tendono a definire ex-ante le loro condotte gestionali fino a stabilirne i margini commerciali: questo costituisce, in sostanza, una particolarità nel nostro ordinamento.

³ Con il termine “filiera” si fa riferimento al sistema di articolazione tra attività di produzione, trasformazione e distribuzione. Cfr. PANATI G., GOLINELLI G., (1998), *Tecnica Economica industriale e commerciale*, NIS La Nuova Scientifica, Roma.

FIGURA 1.8. – *Il sistema di distribuzione dei farmaci.*



FONTE: personale elaborazione.

Le industrie farmaceutiche

L'industria farmaceutica costituisce nel panorama nazionale, quella con il più alto valore aggiunto, la più alta percentuale di occupati qualificati, la più alta percentuale di ricerca. Nel 2008 ha registrato un valore della produzione pari a 22.729 milioni di euro (12,1% del totale in Europa), in crescita dell'1% rispetto al 2007. Sono state rilevate in Italia 336 imprese, con circa 70.000 addetti impiegati, a fronte di 770 imprese operanti nel 1962 (595 nel 1970, 395 nel 1980 e 287 nel 1999) (Farminindustria, 2009). Si evidenzia nel corso degli ultimi decenni un trend decrescente, gli studiosi del settore hanno interpretato questo dato come fenomeno fisiologico, non preoccupante, di uscita dal mercato d'impresе marginali.

La produzione dell'industria farmaceutica italiana viene destinata per il 47% al mercato nazionale, mentre il restante 53% è destinata all'export. Il comparto, nel 2008, ha registrato una bilancia commerciale in attivo, avendo esportato medicinali per oltre 9300 milioni di euro a fronte di importazioni pari a circa 8778 milioni di euro (Farminindustria, 2009).

Le aziende della distribuzione primaria

Nella prima fase di distribuzione dei farmaci, due attori giocano un ruolo chiave: il depositario e il concessionario.

Il depositario riceve la maggior parte dei prodotti non distribuiti direttamente ai canali di sbocco dall'industria farmaceutica; esso svolge funzioni di stoccaggio, ricezione degli ordini e

consegna delle merci ai clienti e per questo viene remunerato direttamente dall'industria attraverso una quota fissa per pezzo consegnato o per bolla di spedizione, oppure una percentuale sul ricavo lordo industriale. La caratteristica del depositario è che non diventa proprietario della merce, detiene un portafoglio clienti ampio e questo gli permette di conseguire elevate economie di scala. Molto spesso l'industria farmaceutica delega al depositario solo l'evasione gli ordini richiesti dalla clientela. Per le caratteristiche appena elencate vengono definiti attori "anomali" della filiera (Colombo, 2002).

Il concessionario, a differenza del depositario, diventa proprietario della merce che riceve dall'industria farmaceutica, si tratta di un'agente industriale che ha il compito di stimolare le vendite dei farmaci di un'area geografica ai distributori o alle farmacie. Questi sono circa 150, che utilizzano circa 200 depositi distribuiti sul territorio nazionale.

Infine, vi sono gli operatori logistici e i trasportatori, che sono circa 5000 in Italia e movimentano oltre 2,4 miliardi di confezioni all'anno.

Nel complesso la distribuzione primaria è caratterizzata da una discreta concentrazione, si rilevano infatti cinque operatori che servono oltre il 70% del mercato nazionale, e assorbe circa il 92% delle specialità farmaceutiche immesse in commercio dall'industria farmaceutica.

Le aziende della distribuzione intermedia

Si considera nel settore farmaceutico distribuzione all'ingrosso qualsiasi attività volta a procurarsi, fornire o esportare medicinali, salvo la fornitura di medicinali effettuata dalle farmacia (art. 1 d.l. 30/12/1992 n. 538).

I grossisti sono distributori che hanno la proprietà dei medicinali che distribuiscono. Essi acquistano i medicinali dai titolari A.I.C.⁴ e li rivendono alle farmacie territoriali pubbliche e private, alle parafarmacie e altri esercizi commerciali istituiti in seguito alla Legge Bersani ed infine ad altri enti, ospedali, case di cura che svolgono assistenza farmaceutica. A loro è quindi affidato il compito della distribuzione secondaria, ovvero la distribuzione a circa 18.000 farmacie pubbliche attraverso 241 unità distributive di 110 imprese censite.

⁴ Procedura nazionale (AIC): le attività connesse all'autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci con procedura nazionale, sono finalizzate ad assicurare l'unitarietà dell'assistenza farmaceutica su tutto il territorio nazionale, l'accesso ai farmaci innovativi e per le malattie rare.

Con il supporto di un "pool" di esperti interni ed esterni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e della Commissione Tecnico scientifica (CTS), su ciascun farmaco destinato ad essere immesso sul mercato italiano vengono effettuate valutazioni chimico-farmaceutiche, biologiche, farmaco-tossicologiche e cliniche al fine di assicurarne i requisiti di sicurezza ed efficacia.

Tali valutazioni, che iniziano all'atto della prima autorizzazione all'immissione in commercio, si protraggono per l'intero ciclo di vita del farmaco e, in particolare, per ogni successiva modifica dell'autorizzazione stessa (estensioni di linea, estensioni di indicazioni terapeutiche, ecc).
www.agenziafarmaco.gov.it

Colombo (2002) sistematizza l'articolazione delle imprese che garantiscono il collegamento tra Industria e Farmacia nel territorio nazionale, articolandole in tre categorie più generali:

- i grossisti privati, in genere imprese con azionariato di controllo concentrato;
- i gruppi d'acquisto, come cooperative di farmacie o consorzi di grossisti;
- e le aziende municipalizzate, in genere create per gestire e rifornire le farmacie comunale.

Anche con riferimento a questo livello distributivo si rileva un significativo grado di concentrazione, dato che la funzione all'ingrosso comporta costi elevati⁵, esattamente i primi quattro grossisti nazionali servono il 60% del mercato e il numero di addetti si attesta di 12.300 unità.⁶

La normativa vigente, oltre ad imporre apposita autorizzazione per la distribuzione all'ingrosso, regola nel dettaglio l'attività dei grossisti che deve essere efficiente, capillare e tempestiva. Essa impone dei vincoli come le dimensioni del magazzino, che deve avere un assortimento pari ad almeno il 90% delle specialità farmaceutiche perché ad ogni paziente deve essere assicurata la disponibilità di qualunque medicinale anche se raro, nel minor tempo possibile e perfettamente conservato; sulle modalità di pagamento; sui margini di utile e al rispetto dei tempi di consegna che deve avvenire entro 12 ore dall'invio dell'ordine del farmacista.

La distribuzione intermedia in Italia, infine, comporta costi d'esercizio molto contenuti e margini commerciali fra i più bassi in ambito Europeo. Essa contribuisce a razionalizzare l'economia del comparto farmaceutico sia a monte, a vantaggio delle industrie che adeguano la produzione alle reali esigenze del mercato, che a valle, a beneficio delle farmacie in quanto a loro assicura un rilevante supporto logistico, l'80% dei rifornimenti, e un notevole supporto finanziario per i restanti prodotti salutistici che gestiscono come magazzino commerciale.⁷

La redditività generale dei grossisti farmaceutici è legata essenzialmente al volume complessivo delle vendite, alla configurazione degli sconti concessi alla propria clientela e all'efficienza del servizio offerto.

⁵ L'attività all'ingrosso comporta costi elevati poiché richiede cospicui investimenti nello stoccaggio, nelle spese del personale, nel trasporto e nel miglioramento dell'efficienza dei servizi.

⁶ Fonte: www.federfarmaservizi.it e www.adfsalute.it (2009), Associazione Distributori farmaceutici.

⁷ Fonte sito www.adfsalute.it.

La distribuzione finale

Le farmacie costituiscono il canale di dispensazione al dettaglio del farmaco ai pazienti, e rappresentano l'anello terminale della distribuzione. Molti aspetti gestionali della farmacia sono regolamentati a livello normativo⁸, questo per l'importanza che ricopre il servizio farmaceutico, come le scelte sull'assortimento, la composizione del personale e l'approvvigionamento. Inoltre, la numerosità delle farmacie presenti e di prossima apertura è connessa al rispetto di una "pianta organica"⁹ attraverso la quale viene definita la dislocazione delle farmacie rispetto al numero di abitanti per una distribuzione omogenea sul territorio. Sono scelte imprenditoriali di ciascun farmacista, invece, la dimensione della farmacia, la presenza di servizi aggiuntivi, l'assortimento di diversa ampiezza e profondità che vanno oltre la dispensazione dei farmaci per conto del SSN e la vendita di OTC/SOP.

Fino a pochi anni fa, in base all'art. 122 del Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934, le farmacie territoriali detenevano l'esclusiva per la vendita al consumatore finale dei farmaci etici e degli OTC, dall'entrata in vigore nel 2006 del cosiddetto "decreto Bersani" si è allargata la distribuzione al dettaglio anche alla grande distribuzione per i farmaci senza obbligo di prescrizione a condizione che avvenga nel rispetto delle regole previste dalla normativa.

Le modifiche legislative intervenute nel corso degli ultimi anni, e appena citate, hanno permesso di estendere la distribuzione finale del farmaco, limitatamente ad alcuni particolari servizi, alle parafarmacie e ai punti vendita della GDO. Per la prima volta in Italia, nel 2006 con l'applicazione della Legge n. 248, - "Decreto Bersani", si è reso possibile vendere al pubblico farmaci OTC e SOP, purché prodotti a livello industriale, in luoghi diversi dalla farmacia. Si è realizzato così un ampliamento della platea dei soggetti coinvolti nella distribuzione con un effetto fisiologico di ampliamento dei punti vendita. La rilevanza di questi distributori nel mercato è rimasta a lungo marginale; infatti, analizzando un confronto nel 2008 tra distributori sul mercato di farmaci senza obbligo di ricetta in termini di sell out si evidenzia che il 93,2% delle vendite è realizzato dalle farmacie, mentre il restante 6,8% dalle parafarmacie ed il 3,1% della GDO¹⁰. La rilevanza delle parafarmacie e della GDO è però andata crescendo nel corso degli anni, aumentando sia la presenza dei punti vendita, sia la quota di distribuzione.

⁸ Art. 122 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934 e successive disposizioni.

⁹ La pianta organica, prevista dal Regio Decreto n. 1265 del 1934 e dalla legge n. 475 del 1968, predisposta in ogni comune, contiene informazioni sulla popolazione residente di un comune, sul numero di farmacie presenti e una descrizione analitica delle circoscrizioni territoriali di ciascuna sede farmaceutica.

¹⁰ Elaborazioni ANIFA su dati IMS Health e IRI (2009).

Infine, gli ospedali e le case di cura sono una parte importante del mercato, e rappresentano un altro canale di dispensazione dei farmaci. Questi però hanno modalità d'esercizio molto diversa rispetto agli altri operatori precedentemente elencati: ospedali e case di cura spesso attuano la distribuzione diretta dei farmaci, vale a dire la consegna del farmaco al momento della dimissione dal ricovero o in seguito alla visita specialistica e altro ancora, a seconda di quello che è il modello regionale di distribuzione, e conseguentemente le indicazioni definite dall'azienda sanitaria territoriale.

Gli attori dal lato della domanda

Nella filiera del farmaco tra gli attori della domanda e dell'offerta ritroviamo il medico prescrittore che, in considerazione della propria professionalità, pone in atto azioni che influenzano le decisioni d'acquisto del consumatore ultimo (il cittadino – paziente) che non ha le competenze necessarie per risolvere il suo problema di salute. Difatti il mercato dei farmaci non segue la dinamica dei mercati concorrenziali poiché la domanda di farmaci è “mediata”: per legge dall'intermediazione del medico proscrittore e, se non previsto, dal farmacista quale professionista per un'adeguata dispensazione del farmaco che svolge un'attività di consiglio per orientare la corretta scelta del farmaco. In particolare, se il paziente necessita di farmaci etici o di fascia A la domanda viene accolta dallo Stato nella figura di Terzo Pagante. Si evidenzia, però, che il prezzo a carico del SSN, che incorpora la remunerazione di tutti gli attori dal lato dell'offerta, non è determinato sul mercato in regime di libera concorrenza, ma mediante un processo di negoziazione tra l'azienda titolare dell'autorizzazione d'immissione al commercio (AIC) e un organismo di diritto pubblico guidato e controllato dal Ministero della Salute, l'Agenzia Italiana del Farmaco ⁽¹¹⁾ (Legge n. 326/2003) ⁽¹²⁾. Ne deriva che il prezzo del farmaco che dovrà pagare lo Stato è determinato ex ante.

Se il consumatore richiede farmaci senza obbligo di prescrizione allora esso si rivolge direttamente agli attori della distribuzione finale, quali le farmacie, le parafarmacie e i punti vendita della GDO, per acquistare il farmaco. In questo contesto lo Stato non partecipa alla

¹¹ La determinazione del prezzo dei farmaci rimborsati dal SSN è un'attività che l'Agenzia svolge sulla base delle modalità e dei criteri indicati nella deliberazione CIPE del 01/02/2001 “Individuazione dei criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci”. Per ulteriori approfondimenti si consiglia di visitare il sito dell'agenzia: www.agenziafarmaco.gov.it.

¹² Sul punto si veda: PASTORE A., VERNUCCIO M. (2002), L'impresa farmacia. Evoluzione del contesto e dinamiche reddituali. Un focus sulla regione Lazio. Paper - Università La Sapienza di Roma, Facoltà di Economia.

fissazione del prezzo del farmaco, perché non è previsto per legge, pertanto esso viene determinato direttamente dall'esercizio preposto alla vendita ⁽¹³⁾.

1.5. Le dinamiche di contesto e le sfide della Farmacia territoriale

Da un esame del mercato di riferimento della farmacia, i dati consuntivi di IMS Health presentano un giro d'affari nei punti vendita in crescita dell'1,6%, pari a 26 miliardi di euro. I cittadini hanno acquistato in farmacia quasi 2,5 miliardi di confezioni, 1,2% di consumi in più nel canale rispetto al 2009.

In particolare nel giro d'affari della farmacia la quota di mercato dei farmaci con obbligo di ricetta si attesta al 66% del valore complessivo del mercato, più 0,5% rispetto al 2009 con un fatturato pari ad oltre 1,5 miliardi di euro (+0,5%) (Brambilla, Gatti, 2011).

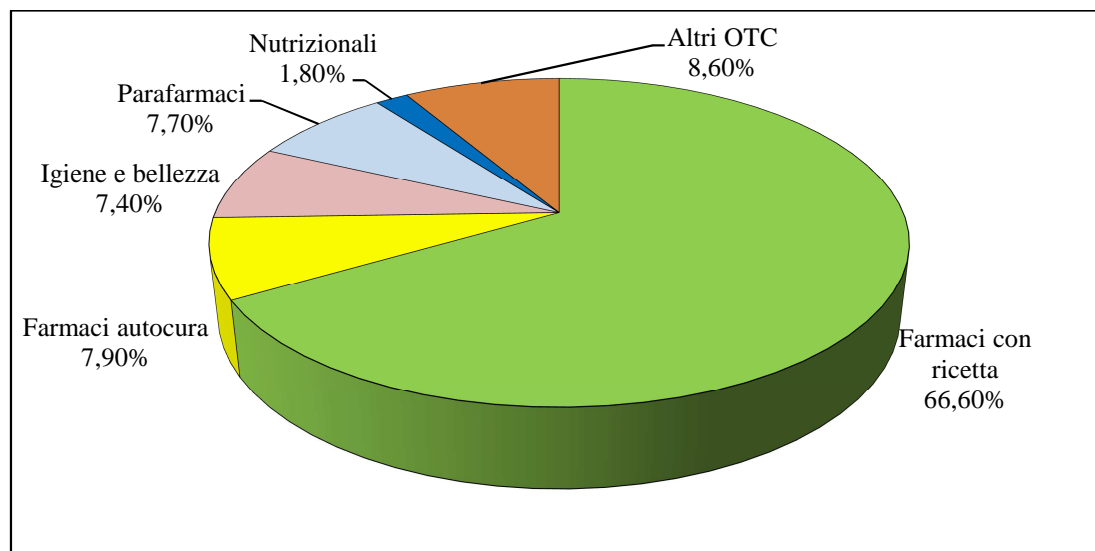
Per effetto della crisi economica, all'interno della categoria dei farmaci etici, si registra un trend diverso rispetto al 2009 tra specialità rimborsabili e non rimborsabili dal SSN: aumentano sia la spesa che i consumi dei farmaci a carico del SSN, mentre si contraggono quelli privati. Dei 1.515,2 milioni di confezioni vendute tramite prescrizione medica nel 2010, l'81% (1.228 milioni) è rappresentato da specialità a carico del SSN, mentre il restante 19% a carico dei cittadini.

Complessivamente le vendite dei farmaci etici sono cresciute del 2,2%, complice la contrazione del prezzo medio di vendita nel 2010 (-1,7%) dovuto essenzialmente alle ulteriori misure volte al taglio dei prezzi delle specialità rimborsabili. Difatti, si rileva una differenza fra le due categorie di medicinali etici: quelli rimborsabili sono aumentati del 3,2%, mentre quelli non rimborsabili hanno subito una contrazione dell'1,5%.

Tuttavia, la farmacia è anche impegnata nel mercato dei farmaci di libera vendita (figura 1.9) che ha un giro d'affari pari a circa 8,7 miliardi di euro. In questo segmento di mercato, il settore merceologico più importante è dato dai prodotti di automedicazione formati dai farmaci d'autocura, che coprono il 7,90% del mercato, e dagli altri prodotti da banco non registrati che rappresentano l'8,6% delle vendite, quest'ultimi registrano notevoli tassi di sviluppo (+6,2% consumi, spesa +10,1%). Seguono i parafarmaceutici e i prodotti d'igiene e bellezza che detengono rispettivamente il 7,70% ed il 7,40% del mercato in farmacia, in coda vi sono i nutrizionali con l'1,40%.

¹³ Legge n. 296/2006 (Legge finanziaria del 2007). Prima di questa legge il prezzo dei medicinali di classe C, a carico del cittadino, era stabilito direttamente dall'azienda farmaceutica che stabiliva un prezzo massimo applicabile al pubblico.

FIGURA 1.9. – La suddivisione del mercato in Farmacia nell'attività di dispensazione delle specialità farmaceutiche. (Anno 2010, in prezzi al pubblico).



FONTE: dati IMS Health.

Questo stato dell'arte, considerato alla luce delle caratteristiche del contesto farmaceutico descritte nei precedenti paragrafi permette di effettuare alcune considerazioni relative all'impatto di queste sulle attività della farmacia.

- (a) Nell'ottica della farmacia la scadenza di molti brevetti e la maggiore diffusione dei farmaci generici sta comportando la riduzione del costo del venduto (costo di acquisto delle merci) ma, al contempo, potrebbe avere dei riflessi sull'assortimento. Difatti da qualche anno in farmacia non si trovano più i farmaci innovativi risultanti da molecole con costi elevati che potrebbero essere dispensati con la "distribuzione in nome e per conto".
- (b) Inoltre, l'ampia diffusione dei generici determina un incremento dei costi di gestione del magazzino a causa dell'aumento di referenze in stock; nell'ipotesi in cui il farmacista decida di ordinarle a seconda della richiesta potrebbe incrementare i costi logistici e beneficiare di minori sconti data la modesta dimensione media del lotto d'acquisto.
- (c) Il farmacista è tenuto a gestire un numero crescente di attività, quindi una maggiore complessità che genera anche maggiori costi, ma il meccanismo di remunerazione conduce a minori redditi (crescono il numero delle confezioni vendute ma non altrettanto i ricavi e quindi i margini). Il trend di costante riduzione dei prezzi delle specialità con obbligo di ricetta impatta negativamente sui margini operativi delle farmacie in quanto, se da un lato aumentano il numero delle ricette e quindi le vendite

in quantità, per effetto dell'invecchiamento della popolazione e della maggiore incidenza di patologie croniche-degenerative nonché per una tendenza legata alla crisi economica; dall'altro, diminuisce il fatturato globale del mercato etico, anche per l'effetto dell'incremento dei generici (+5,6% a valori) conseguentemente le vendite globali degli etici in valore (Tramontana, 2011).

- (d) Il crescente ricorso da parte delle regioni a meccanismi di distribuzione diretta dei farmaci, fa sì che non vengano più distribuiti dalle farmacie i farmaci a più alto costo, contribuendo ad abbassare i ricavi delle farmacie, e conseguentemente i margini di redditività delle stesse.
- (e) L'invecchiamento progressivo della popolazione, unitamente al fenomeno del continuo progredire della scienza medica, conduce la farmacia ad essere una struttura che sempre più si rivolge a cittadini anziani, affetti da co-morbidità, e talvolta anche che vivono da soli. In buona sostanza, i clienti delle farmacie territoriali si connotano come pazienti complessi e sempre più affetti da patologie croniche.

Il nuovo scenario che oggi si va profilando impone alla professionista, farmacista, di evolversi coerentemente con le dinamiche dell'ambiente istituzionale e competitivo, nella consapevolezza che ripensare al proprio ruolo non è solamente un'esigenza dettata da valutazioni economiche contingenti, ma è anche una modalità per far sopravvivere quel sistema di valori che da sempre caratterizza la professione

Capitolo 2

La Farmacia territoriale: caratteristiche e ruolo

Sommario: 2.1. Introduzione; 2.2. Il profilo storico; 2.3. Le caratteristiche della Farmacia oggi: profilo normativo; 2.4. Il ruolo della farmacia; 2.4.1. La relazione farmacia-utenti; 2.5. La “farmacia dei servizi” – il recente quadro normativo; 2.5.1. Prestazioni analitiche di prima istanza; 2.5.2. Prestazioni professionali da parte d’infermieri e fisioterapisti; 2.6. Riflessioni e problematiche aperte; 2.7. L’azienda farmacia; 2.7.1. Le tipologie di farmacie in Italia; 2.7.2. La farmacia territoriale nel rapporto con l’ambiente di riferimento; 2.7.3. La misurazione dei risultati; 2.7.4. Le determinanti dell’equilibrio economico della farmacia; 2.8. La professione del farmacista; 2.9. Il modello di remunerazione della farmacia; 2.9.1. La remunerazione della farmacia nel contesto internazionale.

2.1 Introduzione

Il ruolo della farmacia territoriale nel contesto sanitario nazionale affonda le proprie radici nei percorsi storici che hanno segnato nel tempo la progressiva istituzionalizzazione del SSN e del servizio farmaceutico. Da una disamina della normativa in materia, infatti, emerge chiaramente come l’evoluzione della farmacia sia fortemente connessa ai passaggi evolutivi che il nostro paese ha vissuto per arrivare a strutturare infine quello che è l’attuale SSN. Alla luce del processo costitutivo, oggi la farmacia si caratterizza di certo per essere una entità aziendale che opera in parte nel rispetto dei vincoli e delle norme definite dal sistema salute, e in parte in qualità di impresa. Assumendo l’ottica economico-aziendale, la farmacia costituisce un’azienda di produzione/erogazione di servizi aventi finalità di lucro. In tal senso, il rispetto della condizione di equilibrio economico costituisce aspetto imprescindibile affinché questa continui ad esistere, e a prestare la propria attività sul territorio.

L’analisi degli aspetti di contesto e delle numerose modifiche che sono intercorse, conduce oggi a configurare un’azienda farmacia con ruolo e attività parzialmente diversi rispetto al passato. Questo elemento costituisce una criticità dell’epoca attuale: si osservano spinte legislative che conducono alla c.d. farmacia dei servizi, fino a sposare la logica internazionalmente riconosciuta della Pharmaceutical Care, mentre gli strumenti operativi affinché il sistema accolga tale sfida sembrano essere ancora non noti. Meglio dire, che il

contesto operativo non ha avviato ancora routine che permettano di concretizzare un ruolo diverso. Tali aspetti evolutivi impattano in modo diverso a seconda della tipologia di farmacia, e in considerazione delle attività da queste svolte. Pertanto, nel corso di questo capitolo, dopo aver ripercorso il percorso storico evolutivo della farmacia, e discusso l'attuale configurazione legislativa, si passa ad analizzare la farmacia secondo la teoria economico-aziendale, evidenziando le esigenze gestionali della stessa, e connotando le diverse tipologie di azienda farmacia. Infine, viene presentato il modello di remunerazione della farmacia, in quanto fattore che condiziona l'equilibrio economico della stessa, e la natura delle attività che la farmacia può decidere di attivare o meno.

2.2 Il profilo storico

Negli anni immediatamente successivi all'unità d'Italia non esisteva una normativa che regolamentasse l'esercizio della farmacia. La legge Crispi (legge 22 dicembre 1888, n. 5849) rappresentò il primo passo per uniformare tale materia su tutto il territorio nazionale. All'epoca, il farmacista che assumeva la qualifica di "Speciale" era colui che preparava, con il medico, i medicinali necessari per la cura della malattia. Questa prima forma di regolamentazione della farmacia, la legge Crispi, si ispirò principalmente alla massima libertà nell'apertura ed esercizio delle farmacie, senza limiti a carico del proprietario. Il proprietario doveva essere laureato e non poteva avere la proprietà di più farmacie, inoltre vigeva l'obbligo della direzione responsabile di un farmacista. Tutto ciò provocò nell'arco di un ventennio una elevatissima concentrazione di farmacie nelle grandi città o nei centri altamente popolati ed il parallelo abbandono dei centri a bassa densità di popolazione.

Un'altra fase del percorso di istituzionalizzazione delle farmacie, si sviluppa a partire dal 1913, con la riforma Giolitti (Legge del 22 maggio 1913, n. 468). Viene affermato il principio secondo cui l'assistenza farmaceutica alla popolazione, e quindi l'esercizio della farmacia, è un'attività primaria dello Stato, esercitata direttamente dallo stesso attraverso gli Enti locali (comuni), oppure delegata a privati per l'esercizio, in regime di concessione governativa. Si passa, quindi, da un diritto di natura patrimoniale ad un diritto di natura ordinaria: l'esercizio farmaceutico è una concessione governativa "ad personam", ottenuta attraverso concorso pubblico, per esami, senza possibilità d'acquisto, vendita, o trasferimento per successione. La concessione durava quanto la vita del titolare. A seguito di tali provvedimenti venne istituita la pianta organica per l'apertura di nuove farmacie, secondo un criterio che si basava sul

numero di residenti; l'apertura delle farmacie non era più discrezionale, ma avveniva sulla base della pianta organica delle sedi farmaceutiche.

La legge Giolitti rappresentò uno strumento legislativo estremamente importante per la successiva stesura del Testo unico delle leggi sanitarie in materia di servizio farmaceutico, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e del Regolamento per il servizio farmaceutico, approvato con il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706. L'ordinamento Giolitti restò in vigore sino al 1968, quando le leggi 221/68 e 475/68 (Riforma Mariotti), nel rivedere l'assetto della sanità in Italia e nel tentativo di fornire norme di coordinamento e programmazione, apportarono diverse e sostanziali modifiche all'istituto della farmacia. Tale riforma reintroduce la facoltà di trasferire le farmacie, condizionandola però ad un insieme di vincoli e limitazioni, successivamente modificati dalla legge 362/91. Con tale riforma si è stabilito il diritto di trasferire una concessione dello Stato, conseguita per concorso, contestualmente alla vendita dell'esercizio commerciale. Il trasferimento all'inizio era consentito solo ai privati e vietato per le farmacie comunali, ma nel 1991 è stata definitivamente consentita la vendibilità anche delle farmacie gestite dal Comune.

L'intervento pubblico, che era del tutto discrezionale nell'ordinamento precedente, è ricondotto nell'ambito della pianta organica, mediante il diritto di prelazione da parte dei Comuni sul 50% delle farmacie da porre a concorso. La gestione della farmacia deve essere personale e diretta da parte del titolare. La conduzione economica è inscindibile dalla gestione professionale. Il concorso non è più espletato per soli titoli, ma per titoli ed esami, con prevalenza di questi ultimi nella determinazione del punteggio, e con una maggiorazione del punteggio nella valutazione dei titoli per quei farmacisti che abbiano prestato la loro opera nelle farmacie rurali, proporzionato al loro livello professionale.

La legge 833 del 23.12.1978, istitutiva del SSN, stabilisce che i rapporti fra farmacie pubbliche e private e SSN sono disciplinati da una Convenzione (Accordo Nazionale triennale), stipulata fra le associazioni di categoria e le Regioni. La legge di riforma riafferma un principio già contenuto nell'articolo 122 del TULS 1934, cioè l'attribuzione esclusiva al farmacista e alla farmacia d'ogni competenza e funzione nella dispensazione dei farmaci al pubblico. Difatti, nel dare facoltà alla USL, ai suoi presidi e servizi, di acquistare direttamente medicinali dal produttore, in deroga alla disciplina generale, la legislazione appena richiamata vieta agli stessi ogni forma di distribuzione al pubblico, che rimane prerogativa esclusiva delle farmacie.

Con la legge 22 dicembre 1984, n. 892 sono state apportate delle significative modifiche in materia di farmacie. L'idoneità alla titolarità, requisito indispensabile all'acquisto o al

trasferimento per successione, diventa conseguibile sia partecipando ad un pubblico concorso e superando la relativa prova, sia mediante due anni di pratica professionale certificata dall'Autorità Sanitaria Locale; il periodo intercorrente tra il momento in cui il farmacista ha ceduto la propria farmacia e quello in cui può ricomprarne un'altra, per una sola volta nella sua vita, è elevato da uno a due anni; il periodo di gestione provvisoria in caso di morte del titolare, qualora il figlio o il coniuge superstite risultino iscritti alla Facoltà di Farmacia è portato da sei a sette anni; il limite della distanza dalla farmacia più vicina, in caso d'adozione del criterio topografico, per la formazione o revisione della pianta organica, è elevato da 500 a 1000 metri.

Qualche anno più tardi, la legge di riordino del settore farmaceutico del 8.11.1991, n. 362 apporta alcune modifiche ai principi introdotti dalla riforma Mariotti nel 1968. La titolarità della farmacia è estesa anche alle società di persone, sebbene con vincoli precisi e purché tutti i soci siano farmacisti iscritti all'Albo e idonei alla titolarità. Viene mantenuta la pianta organica, ma ne sono modificati alcuni criteri di formazione con particolare riguardo all'introduzione del criterio urbanistico, relativo al decentramento delle farmacie. Si stabilisce che vi sia una farmacia ogni 5000 abitanti nei comuni con popolazione fino 12.500 abitanti e una ogni 4000 abitanti negli altri comuni.

Con tale legge di riordino permane la distinzione tra farmacie urbane (farmacie situate in comuni o centri abitati con popolazione superiore a 5.000 abitanti) e rurali (farmacie ubicate in comuni, frazioni o centri abitati con popolazione non superiore a 5.000 abitanti) prevista dall'art. 1 della legge 8 marzo 1968, n. 221, recante "provvidenze a favore dei farmacisti rurali", così come permane l'indennità di residenza, divisa in tre fasce, per quelle farmacie che sono ubicate in Comuni sino a 3.000 abitanti. Vengono però ampliate le norme relative alla successione: si prevede un'estensione a tre anni del periodo di gestione provvisoria che può intercorrere tra la morte del titolare e l'assegnazione della nuova titolarità; il periodo per l'erede iscritto alla facoltà di farmacia è esteso da sette a dieci anni e viene stabilita la possibilità per l'erede in linea diretta entro il secondo grado (cioè rapporti padre-figlio e nonno-nipote) di mantenere la farmacia fino al compimento del trentesimo anno di età.

L'articolo 2 della nuova legge stabilisce che il limite di distanza per l'apertura di nuove farmacie in base al cosiddetto criterio topografico (o della distanza) è derogatorio rispetto al criterio demografico o della popolazione. In base a tale norma, allorché lo richiedono particolari esigenze dell'assistenza farmaceutica, in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità, le Regioni o le Province autonome possono autorizzare l'apertura di nuove farmacie

nel rispetto di un limite di distanza per la quale la farmacia di nuova istituzione disti almeno 3.000 metri dalle farmacie esistenti, anche se ubicate in Comuni diversi.

Le norme appena richiamate hanno contribuito a strutturare il servizio farmaceutico e a dare contenuto alla funzione farmaceutica nell'ambito del SSN. In sintesi, l'articolazione delle farmacie rispetta i principi del SSN che già dalla riforma Mariotti annoveravano l'accessibilità ai servizi, l'uguaglianza, il coordinamento delle strutture. La configurazione della farmacia territoriale dunque prende piede in concomitanza con la progressiva formazione organica del SSN, e nel rispetto dei principi e dei criteri che progressivamente caratterizzano la sanità in Italia. A monte di tutto ciò, rimane l'aspetto centrale di un diritto alla salute costituzionalmente garantito, intorno a quale si forgia il SSN che nasce trent'anni dopo che la carta costituzionale è stata varata.

2.3 Le caratteristiche della Farmacia oggi: profilo normativo

A seguito delle numerose norme che si sono succedute, si è giunti alla configurazione di un capillare servizio farmaceutico sul territorio nazionale. Si contano infatti circa 18.000 farmacie, di cui circa 16.000 private e 2.000 pubbliche. Il rapporto abitanti per farmacia è al di sotto di 1 ogni 4000 abitanti.

Ciascuna farmacia, succursale, dispensario o dispensario stagionale è registrata con un codice univoco, che ne individua la collocazione geografica, nell'Anagrafe delle farmacie, realizzata sulla base di accordi di collaborazione tra Federfarma (l'associazione che raggruppa le farmacie territoriali private) e Assofarm (l'associazione che raggruppa le farmacie comunali). L'Anagrafe delle farmacie è stata istituita con la finalità di individuare in modo puntuale i luoghi fisici in cui vengono movimentati i medicinali, al fine di monitorare adeguatamente l'intera rete di distribuzione dal punto di vista territoriale, indipendentemente dagli aspetti organizzativi o gestionali che possono essere modificati nel tempo (Decreto ministeriale 15 luglio 2007).

Gli anni più recenti, hanno visto una serie di modifiche nell'assegnazione e nella gestione delle farmacie, oltre a dare origine all'Anagrafe sopra richiamata. In particolare, a partire dal 2006, il c.d. Decreto Bersani ha introdotto la possibilità per le società di essere titolari dell'esercizio di non più di quattro farmacie ubicate nella provincia in cui hanno sede legale, ha stabilito il termine di due anni per la cessione di quote di partecipazione in una società, acquisite a titolo di successione e per la vendita della farmacia privata da parte degli eredi.

Naturalmente le quote di partecipazione o la farmacia possono rimanere intestate all'eventuale erede farmacista iscritto all'albo professionale.

Inoltre il decreto ha eliminato:

- ✓ l'incompatibilità tra l'esercizio dell'attività di fornitura al pubblico di medicinali in farmacia e l'attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali (sia per il farmacista titolare di farmacia sia per il farmacista in possesso di una quota di partecipazione di una società titolare di farmacia);
- ✓ l'incompatibilità tra la partecipazione a società titolari di farmacia e attività nel settore della distribuzione.

Come accennato nel corso del capitolo 1, La legge 248/2006, art. 5, vale a dire il c.d. decreto Bersani, ha modificato la natura degli attori che giocano un ruolo nella distribuzione di farmaci e prodotti salutistici. Di fatto, ha esteso la possibilità di vendita di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica anche agli esercizi commerciali diversi dalle farmacie, previa comunicazione al Ministero della Salute e alla regione in cui ha sede l'esercizio e secondo le modalità previste nel decreto. In particolare, la vendita è consentita durante l'orario di apertura dell'esercizio e deve essere effettuata in un apposito reparto, alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione e iscritti al relativo ordine; sono, comunque, vietati i concorsi, le operazioni a premio e le vendite sotto costo aventi ad oggetto farmaci. Il Ministero ha fornito indicazioni particolareggiate per l'inserimento degli esercizi commerciali diversi dalle farmacie che intendono vendere farmaci di automedicazione e senza obbligo di ricetta medica nel sistema della tracciabilità del farmaco.

Il decreto legislativo 153/2009 ha poi stabilito che l'uso della denominazione "Farmacia" e del marchio distintivo, corrispondente alla croce di colore verde, apponibile su qualsiasi supporto cartaceo, elettronico o di altro tipo, è riservato alle farmacie aperte al pubblico e alle farmacie ospedaliere" (art. 5). I Decreti ministeriali del 16 dicembre 2010 hanno, infine, previsto l'erogazione servizi e di prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie.

2.4 Il ruolo della farmacia

Il ruolo tradizionale di distribuzione del farmaco costituisce l'asse portante dell'attività delle farmacie territoriali, ancora oggi. Intorno a tale attività si incentra il rapporto con il SSN e,

conseguentemente, obbligazioni da rispettare, accordi e convenzioni, disposizioni di vario genere che regolano l'ambito di azione delle farmacie.

Come evidenziato nel paragrafo precedente, il ruolo della farmacia è la risultante delle diverse azioni che hanno condotto alla costituzione del SSN, ed è proprio nei principi che oggi caratterizzano il SSN che va ricercata la circoscrizione del ruolo che la farmacia oggi svolge. Il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro. In sintesi, questi i principi fondamentali su cui si basa il SSN:

- responsabilità pubblica della tutela della salute;
- universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari;
- globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza;
- finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale;
- "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Il SSN assicura quindi un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse. I cittadini effettuano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate ed esercitano il proprio "diritto alla salute" per ottenere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

In base al principio di sussidiarietà, il SSN è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

- livello centrale - lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso l'assicurazione dei Livelli essenziali di assistenza;
- livello regionale - le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Le Regioni hanno competenza *esclusiva* nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

I DD. LL.vi 30 dicembre 1992, n. 502, e 7 dicembre 1993, n. 517, hanno avviato il riordino del SSN. Questi decreti hanno accentuato il ruolo delle Regioni, per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità del servizio e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso ad ottimizzare le potenzialità di tutti gli attori del SSN (Borgonovi, 2004: 2-6). Tra tali attori si annoverano le farmacie.

La farmacia è tradizionalmente considerata il primo punto di accesso dei cittadini al SSN proprio per via della presenza capillare sul territorio.

Sulla base dei contenuti della Convenzione nazionale tra SSN e farmacie aperte al pubblico, le farmacie sono chiamate a:

- ✓ “qualificare e razionalizzare il servizio reso dalle farmacie convenzionate;
- ✓ attuare l'informazione al cittadino (prevenzione, educazione sanitaria);
- ✓ attuare le prenotazioni di prestazione specialistiche per via informatica (CUP);
- ✓ monitorare i consumi farmaceutici anche ai fini di indagini di farmacovigilanza;
- ✓ erogare ausili, presidi e prodotti dietetici utilizzando in via prioritaria il canale distributivo delle farmacie a condizione che i costi e la qualità delle prestazioni rese al cittadino siano complessivamente competitivi con quelli delle strutture delle Aziende U.S.L.;
- ✓ attuare l'integrazione della farmacia con le strutture socio sanitarie deputate alla effettuazione dell'assistenza domiciliare”.

La convenzione appena citata, resa esecutiva con il DPR 8 luglio 1998, n. 371, pubblicato sulla G.U. n. 251 del 27 ottobre 1998, è scaduta da diversi anni, ed è stata conseguentemente prorogata. Tuttavia, un nuovo testo è in discussione da anni tra le parti interessate. La convenzione ricopre un ruolo molto importante proprio nella configurazione del ruolo delle farmacie nell'ambito del sistema salute. I contenuti della Convenzione nazionale del 1998 chiaramente disegnano una farmacia la cui azione va oltre l'atto dispensatorio del farmaco, e riconosce alla farmacia un ruolo in una serie di azioni di tipo intangibile, quali sono quelle connesse alla prevenzione, all'educazione sanitaria, o anche alla comunicazione con il cittadino/paziente.

Nella configurazione del ruolo, inoltre, con il testo del 1998 si apre ai servizi ai cittadini connessi alla prenotazione. La riforma del SSN degli anni '90 va nella direzione di ricercare economicità, efficienza delle organizzazioni sanitarie nel rispetto dei principi di accessibilità alle prestazioni e ai servizi. La capillarizzazione dei punti di prenotazione delle prestazioni tra

le farmacie permette di decongestionare le strutture delle ASL e nel contempo di avvicinare un servizio ai cittadini.

Seppure il testo della Convenzione nazionale sia ancora in fieri, il contesto di riferimento della farmacia è andato rapidamente modificandosi – come accennato per taluni aspetti nel corso del capitolo 1 – facendo emergere criticità in quello che è il ruolo formalmente disegnato e nella prassi consolidata. La legge n. 69/2009 che reca misure in materia di razionalizzazione riferisce della possibilità di individuare nuove servizi e prestazioni che possano essere erogati dalle farmacie al fine di ottimizzare l'economicità del SSN. In tal senso, rimanda a decreti specifici. I decreti ministeriali sono stati poi emanati nel corso del 2010 e configurano una farmacia il cui ruolo sempre più abbraccia l'erogazione di determinati servizi. Ciò è condotto ad un ampio dibattito nazionale, tuttora in corso, sintetizzando il ruolo che il legislatore disegna nell'espressione "farmacia dei servizi".

2.4.1 La relazione farmacia-utenti

La Farmacia gestisce in modo attento le relazioni con gli attori precedentemente osservati, SSN-Industria-distribuzione intermedia, nella prospettiva di creare valore riconosciuto dagli utenti finali.

Nel corso degli ultimi decenni il concetto di salute si è ampliato ed arricchito, si sono modificati consumi e stili di vita, il livello medio di benessere delle popolazioni avanzate si è incrementato generando una nuova idea di salute non più ricollegabile alla sola assenza di malattia ma come "benessere" in senso più ampio, un bisogno più evoluto rispetto a quello di salute, che esprime tutta la propria potenzialità psico-fisica.

A tal riguardo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1948, così definì il concetto di salute: «lo stato di completo benessere fisico-spirituale e sociale, e non solo l'assenza di malattie ed infermità.»

I consumatori finali, hanno evoluto la loro coscienza d'acquisto ⁽¹⁴⁾ e aumentato i loro bisogni che sono in continuo cambiamento come naturale conseguenza dell'evoluzione economica, sociale e culturale della popolazione, quindi cresce la domanda di salute e

¹⁴ Il mercato farmaceutico è sempre stato caratterizzato da una carenza informativa del consumatore. Oggi tale tendenza si sta via via attenuando per i grandi sforzi compiuti in favore all'accessibilità e capillarità della diffusione delle informazioni, in virtù di campagne di sensibilizzazione collettiva per un utilizzo più consapevole dei prodotti farmaceutici.

benessere: il consumatore è sempre più attento a cosa acquista e a quale servizio gli viene proposto ⁽¹⁵⁾.

È in questo processo evolutivo della popolazione che la farmacia territoriale cerca continuamente di migliorarsi ed incrementare il valore del servizio offerto agli utenti, sviluppando un'offerta di prodotti e servizi sempre più calibrata sulle sue aspettative: nel contesto internazionale, laddove tale processo è già stato intrapreso, si è sviluppato il concetto di *pharmaceutical care*. I comportamenti, dapprima orientati quasi esclusivamente alla terapia medica, si sono estesi all'automedicazione, alla prevenzione degli inestetismi da invecchiamento della pelle, alla pratica di diete, all'assunzione d'integratori alimentari e vitaminici, al ricorso a medicinali alternativi, come l'omeopatia e la fitoterapia.

Pertanto, «alla figura del farmacista edotto esclusivamente in preparazioni magistrali, ora si affianca la capacità del laureato di dare maggior valore ai servizi della professione per renderli parte essenziale della farmacia» (Zanetta, Casalegno, 1999: 7), quindi la farmacia risentirebbe dei cambiamenti della società.

Per il cittadino-consumatore il valore risiede nella soddisfazione e fiducia che esso ripone nella farmacia. La farmacia moderna quindi rivede le regole dell'interazione con l'utente-paziente in un'ottica di ascolto, affidabilità, fiducia, effettua un riposizionamento strategico importante e si pone come obiettivo primario lo sviluppo della qualità socio-sanitaria del Paese, quindi creazione di valore per la collettività in senso più ampio (Cuomo et al., 2010). D'altra parte, però, essa sembra respingere al tempo stesso l'eventualità di un modello di farmacia esclusivamente commerciale che pone i suoi obiettivi in un'ottica di mero profitto (Aa.Vv., 2007).

La farmacia moderna offre una molteplicità di servizi all'utente-paziente finale, assicurando qualità del servizio e rispetto degli standard qualitativi, alla luce dell'attuale Carta della qualità della farmacia, sottoscritta per la prima volta da Federfarma e dal Tribunale per i diritti del malato nel 1994 ⁽¹⁶⁾.

¹⁵ Ad evidenziare questa crescita c'è l'incremento della disponibilità nelle famiglie italiane dell'accesso a internet che è passato dal 35,6% nel 2006 al 38,8% nel 2007. L'utilizzo di internet è cresciuto soprattutto tra i giovani: ne fa uso il 68,4% degli individui tra i 20 e i 24 anni. Fonte: ISTAT (2007), "Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione: disponibilità nelle famiglie e utilizzo degli individui", in www.istat.it.

¹⁶ FARMAONLINE, La qualità in farmacia, www.farmaonline.it.

2.5 La “farmacia dei servizi” – il recente quadro normativo

La Legge del 18 giugno 2009, n. 69, recante disposizioni per lo sviluppo economico, la competitività, nell’art. 11 delega il Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, ad adottare dei decreti legislativi attuativi “*finalizzati all’individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell’ambito del SSN*”.

Il provvedimento riconosce alle farmacie nuovi e importanti ruoli nell’assistenza sanitaria ai cittadini. Una farmacia sempre più inserita nel SSN, anche se, per comprendere la valenza innovativa della legge occorre esaminare i decreti legislativi e i contenuti dei singoli piani regionali socio-sanitari.

Ripercorrendo le tappe salienti della normativa sui servizi appare significativo citare la data del 3 ottobre 2010 in cui il Consiglio dei Ministri ha approvato il D.lgs. 153/2009 che attua, tra gli altri, l’art. 11 della Legge delega 69/2009 in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell’ambito del SSN. Successivamente, il 18 novembre 2010 il Ministro Ferruccio Fazio raccoglie il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, riguardo la possibilità di introdurre nuove prestazioni erogabili dalle farmacie territoriali. Perciò sostanziale approvazione ai tre decreti attuativi del D.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, sulla nuova farmacia dei servizi, tecnicamente: “*intesa*” per quanto riguarda le attività di prenotazione visite ed esami e l’erogazione di diagnostica di prima istanza e “*parere*” sull’erogazione in farmacia di prestazioni di altri professionisti sanitari.

Da lì si sono susseguiti schematicamente i seguenti decreti del Ministero della Salute attuativi dell’Accordo, pubblicati in Gazzetta Ufficiale:

- I. Decreto Ministeriale del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011: “*Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell’ambito dell’autocontrollo ... e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali*”.
- II. Decreto Ministeriale 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011: “*Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali*”.
- III. Decreto Ministeriale 8 luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011: “*Erogazione da parte delle farmacie di attività di prenotazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative*

quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro referti a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”.

I tre decreti sono attualmente in vigore, ma la loro piena attuazione richiede il rinnovo della Convenzione nazionale delle farmacie con il SSN, la quale dovrebbe recepire molti dei contenuti dei decreti. Tuttavia, recenti studi (Vagnoni, 2008; Vittorini, 2011) confermano come le farmacie di fatto erogano già molti servizi, talvolta anche alcuni di quelli che i decreti sopra richiamati disciplinano. Si tratta di una attivazione su base volontaria, che caratterizza in modo eterogeneo le diverse aree geografiche del paese. Tale aspetto, però, permette di evidenziare la presenza di un gap, nel ruolo della farmacia, tra il contesto normativo specifico (o meglio la convenzione nazionale) e la realtà operativa che le stesse farmacie hanno spontaneamente attivato in risposta alle caratteristiche del contesto di riferimento.

Poiché nel recente quadro normativo, le prestazioni analitiche di prima istanza e le prestazioni professionali costituiscono gli elementi di maggiore novità, questi vengono specificamente trattate nei prossimi sottoparagrafi.

2.5.1 Prestazioni analitiche di prima istanza

Il Decreto del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011, ha per oggetto i test “autodiagnostici”: si tratta di test gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo a domicilio, o che possono, in caso di condizioni delicate di non completa autosufficienza, essere utilizzati mediante il supporto di un operatore sanitario, presso le farmacie territoriali pubbliche e private. È vietato l’utilizzo di apparecchiature che prevedano attività di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti, restando in ogni caso esclusa l’attività di prescrizione e diagnosi (art. 1).

Il decreto attuativo della Legge 69/2009 ha aperto la strada a questo importante servizio sul territorio che potrebbe generare benefici e migliorare l’efficacia del SSN nel suo complesso, contribuendo, eventualmente, ad accorciare le liste di attesa per alcuni frequenti esami di laboratorio nelle strutture delle Asl.

Nello specifico, il decreto all’art. 2 elenca le *prestazioni analitiche di prima istanza* che gli utenti delle farmacie potranno richiedere, ovvero:

- test per glicemia, colesterolo e trigliceridi;
- test per misurazione in tempo reale di emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi, ematocrito;

- test per la misurazione di componenti delle urine quali acido ascorbico, chetoni, urobilinogeno e bilirubina, leucociti, nitriti, pH, sangue, proteine ed esterasi leucocitaria;
- test ovulazione, test gravidanza, e test menopausa per la misura dei livelli dell'ormone FSA nelle urine;
- test colon-retto per la rilevazione di sangue occulto nelle feci.

Il farmacista non può fare diagnosi, né visite mediche, ma deve essere di “supporto” all'autodiagnosi. Questi risponde ad una esplicita indicazione e richiesta del cliente per una prima verifica, o per un controllo periodico, di valori che dovranno poi essere valutati dal medico, e quindi sottoposti a questo dal paziente.

Poiché i test diagnostici richiedono apparecchiature specifiche, lo stesso Decreto all'art. 3 fornisce indicazioni tecniche relative all'uso in farmacia di dispositivi strumentali. In particolare, determina che per *l'erogazione dei servizi di secondo livello* in farmacia sono utilizzabili i seguenti dispositivi strumentali:

- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa;
- dispositivi per la misurazione della capacità polmonare tramite auto-spirometria;
- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della saturazione percentuale dell'ossigeno;
- dispositivi per il monitoraggio con modalità non invasive della pressione arteriosa e dell'attività cardiaca in collegamento funzionale con i centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali;
- dispositivi per consentire l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di telecardiologia da effettuarsi in collegamento con centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali.

Oltre a ciò, le stesse farmacie potranno avere a disposizione un defibrillatore semiautomatico (c. 2, art. 3).

Inoltre, come disciplinato all'art. 4, le farmacie pubbliche e private, per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti, devono utilizzare spazi dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano l'uso, la manutenzione e la conservazione delle apparecchiature in condizioni di sicurezza.

L'utilizzo delle apparecchiature e l'erogazione delle prestazioni analitiche richiamate, rimanda anche agli aspetti connessi alle competenze e conoscenze necessarie. La normativa infatti, pone un'altra rilevante condizione d'applicazione, laddove sostiene che il personale sanitario addetto al supporto per l'esecuzione degli esami deve avere conoscenze necessarie

per la corretta esecuzione dei test, per l'eventuale manutenzione delle apparecchiature, e, a tal fine, deve frequentare corsi di aggiornamento professionale per utilizzo delle tecnologie usufruite, con cadenza almeno triennale.

Una volta approntata la struttura per l'erogazione delle prestazioni, il farmacista è tenuto anche al rispetto di specifici criteri nella comunicazione al pubblico: ha infatti l'obbligo informativo di esporre nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni analitiche disponibili agli utenti.

Infine, l'art. 8 che ha ad oggetto la *remunerazione dei nuovi servizi e i requisiti minimi* afferma che i principi ed i criteri per la determinazione della **remunerazione**, da parte del Servizio Sanitario Nazionale, da applicarsi nei correlati accordi di livello regionale, sono definiti dall'**accordo collettivo nazionale** (art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni), che definisce, altresì, i principi ed i criteri in base ai quali i correlati accordi regionali fissano i requisiti minimi di **idoneità dei locali** nel cui ambito le prestazioni sono erogate. L'attivazione e l'effettuazione dei nuovi servizi **non può comportare oneri aggiuntivi** per la finanza pubblica.

Nel tentativo si svolgere qualche considerazione a margine della disamina legislativa, si richiama come il contesto ha sì ampliato il perimetro di azione, ma di fatto rimanda l'effettiva evoluzione in tal senso delle attività delle farmacie ai livelli di regolamentazione regionali e locali. Infatti, è in tali ambiti che si possono ricercare gli accordi sui livelli di volumi e qualità delle prestazioni da erogare, sui costi e le remunerazioni, e sui risultati attesi.

2.5.2 Prestazioni professionali da parte d'infermieri e fisioterapisti

Il Decreto del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011, ha per oggetto l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali, quindi regola l'attività degli operatori sanitari in farmacia. L'art. 1 sancisce che gli operatori abilitati all'erogazione dei servizi previsti da tale decreto, sono esclusivamente gli **infermieri** e i **fisioterapisti**, in possesso di titolo abilitante, ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista, titolare o direttore, è tenuto ad accertare il possesso dei **requisiti**¹⁷.

¹⁷ Lo stesso decreto recita come Il farmacista può effettuare il controllo sulle competenze avvalendosi, se necessario, degli Ordini provinciali dei medici, dei Collegi provinciali degli infermieri e delle associazioni più rappresentative dei fisioterapisti, così come individuate dal Ministero della salute.

Inoltre, le **attività** erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente devono essere effettuate dai professionisti sanitari nel rispetto dei propri profili professionali, con il coordinamento, organizzativo e gestionale, dello stesso farmacista, titolare o direttore.

Le **prestazioni in farmacia** possono essere elargite a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nella sfera degli accordi specifici regionali, previa prescrizione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta (art. 2). Tuttavia, si precisa che le eventuali prestazioni e funzioni assistenziali fuori dai limiti di spesa stabiliti dagli accordi regionali sono a carico del cittadino richiedente.

Infermiere

In particolare, il Decreto all'art. 3 prevede l'obbligo dell'infermiere di provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche e gli consente di avvalersi del supporto di operatori socio-sanitari, ove operanti presso la farmacia.

Sono erogabili dagli infermieri **presso le farmacie le seguenti prestazioni:**

- a) supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- b) effettuazione di medicazioni e di cicli inattivi intramuscolo;
- c) attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche a livello personalizzato;
- d) iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

Sono altresì erogabili dagli infermieri **a domicilio del paziente**, le prestazioni prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, oltre che da medici chirurghi appartenenti ad altre discipline che desiderino usufruire utilmente i servizi forniti dalle farmacie (c. 4, art. 3).

Di continuo, l'art. 3, prevede che, sempre con obbligo di prescrizione, l'infermiere possa erogare, sia all'**interno della farmacia che a domicilio del paziente**, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale.

Fisioterapista

Su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, il fisioterapista può erogare, all'interno della farmacia e a domicilio del paziente, le seguenti prestazioni professionali (c. 1, art. 4):

- a) definizione del programma prestazionale per gli aspetti di propria competenza, volto alla prevenzione, all'individuazione ed al superamento del bisogno riabilitativo;

- b) attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive e viscerali utilizzando terapie manuali, massoterapiche ed occupazionali;
- c) verifica delle risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Da parte sua la farmacia deve rispettare tutti gli specifici requisiti minimi, relativi ai settori professionali, sanitari e tecnico-strutturali, previsti dalle vigenti disposizioni di legge (c. 2, art. 4).

Il Decreto dell'8 luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011, prevede che le farmacie, sia pubbliche che private, Le farmacie che operano in convenzione con il SSN (art. 1).

Per le prestazioni richiamate, come per i servizi di prenotazione, le norme individuano modalità operative e responsabilità a carico della farmacia.

2.6 Riflessioni e problematiche aperte

Con le prospettive che apre la legge 69/2009, alla farmacia è richiesto di abbracciare cambiamenti nella direzione di un punto multifunzionale della salute, maggiormente integrato nel territorio e in più stretta collaborazione con il SSN, le ASL e le Aziende ospedaliere. Quindi vi è una prospettiva interessante di rinnovamento della professione, di creazione di valore aggiunto, di sostegno al SSN nell'azione di deospedalizzazione. La direzione disegnata sembra proprio coincidere con i percorsi già intrapresi da altri Paesi, quale il recente modello della farmacia *multiservice* in Francia, già in regime di sperimentazione da alcuni anni.

Il legislatore francese ha dato la possibilità alla farmacia *multiservice* di organizzare le prestazioni di *long-term-care* deospedalizzandole – l'ospedale in prospettiva dovrà accogliere e gestire solo i casi gravi, quindi non più centro unico e affollato ma struttura per la risoluzione delle patologie - e portandole il più possibile vicino al domicilio o addirittura a domicilio nel pieno interesse dell'assistito, e ricercando un'ottimizzazione di risorse e delle spese (CERM: 2010). Questo assetto organizzativo nella prospettiva tendenziale di forte crescita della spesa sanitaria può dare la possibilità di rendere l'assistenza adeguata e sostenibile sul livello delle spese.

Finora i servizi aggiuntivi nelle farmacie, anche se diffusi, sono stati un elemento economicamente marginale rispetto all'attività di dispensazione del farmaco. La normativa sui servizi prevede spazi "dedicati e separati" e prevede altresì una serie di funzioni, che

richiedono tempo, attenzione e soprattutto risorse. Occorre valutare la sostenibilità dei servizi, valutando costi e ricavi correlati e i livelli di indebitamento sostenibili. Tuttavia, offrire servizi può essere considerato un investimento. Abbandonare le tradizionali logiche commerciali per incrociare le esigenze delle Asl e fornire servizi che i cittadini richiedono è un investimento. Investire nei servizi in farmacia non ha un costo imprenditoriale elevato. Occorre comprendere quali siano le esigenze del cittadino, gestire i servizi e offrirli a pagamento perché permettano un margine.

I servizi rappresentano una grande opportunità per far rivivere il sistema in quanto rappresentano un valore aggiunto agli occhi dell'utente, migliora l'immagine della farmacia stessa, si accentua l'aspetto professionale e porta ad una fidelizzazione del cliente. Possono consentire già nel breve periodo di migliorare il tasso di rotazione grazie all'attrazione in farmacia di un maggior flusso di persone, mentre nel medio periodo, con una adeguata politica di prezzo, saranno in grado di contribuire all'incremento della redditività complessiva.

In tal senso, il testo della nuova Convenzione dei farmacisti con il SSN costituisce un aspetto cruciale per definire chiaramente e fattivamente il nuovo ruolo della farmacia e definire, conseguentemente, la remunerazione dei nuovi servizi e il modello di remunerazione in generale.

L'ampliamento dell'attività della farmacia nella direzione dei servizi sembrerebbe permettere alla farmacia di recuperare un ruolo di primo piano nel contesto socio-economico, aspetto questo che è andato indebolendosi nel corso degli ultimi anni per via dei cambiamenti che il contesto di riferimento ha subito. Di certo, la farmacia si trova davanti alla necessità di modificare il profilo da azienda commerciale-professionale a impresa di servizio pubblico, volta a soddisfare i bisogni di carattere sanitario della popolazione. Però occorre che il sistema sanità appronti i presupposti adeguati sia legislativi, sia economici, tali da garantire la remunerazione necessaria per assicurare gli attuali standard di professionalità e qualità. In tal senso, già prima dell'emanazione degli ultimi provvedimenti normativi, si erano espressi Castellini, Vagnoni (2008). Le autrici avevano sottolineato come l'introduzione di nuovi servizi in farmacia, come le prenotazioni CUP, la consegna dei referti ecc. inevitabilmente comporta, sotto il profilo economico, un incremento delle spese di gestione degli stessi. Pertanto, quanto all'erogazione di servizi in farmacia ci si chiede se il vigente modello di remunerazione del farmacista sia soddisfacente o occorre ripensare al modo in la farmacia territoriale è remunerata. Sicuramente, le prestazioni e i servizi offerti andrebbero inclusi

nell'algoritmo di remunerazione, divenendo una determinante della remunerazione complessiva.

Il modificarsi delle attività svolte dalla farmacia pone quindi punti di domanda sulla natura del ruolo della stessa, ma pone ulteriori interrogativi quando si osserva la farmacia territoriale da un punto di vista gestionale, nella prospettiva economico aziendale.

2.7 L'azienda farmacia

Molte sono le definizioni di azienda riscontrabili nell'ambito della disciplina economico-aziendale. In ognuna di esse l'autore ha cercato di cogliere alcuni dei principali aspetti di quel complesso fenomeno da essa rappresentato. Col passare del tempo è stato sottolineato l'aspetto dinamico dell'azienda operante come entità di un sistema ambiente che ne stimola le azioni e da essa viene a sua volta stimolato. Si passa così alla definizione dell'illustre Fabio Besta che vede l'azienda come somma di fenomeni, negozi e rapporti da amministrare, a quella di Gino Zappa in cui l'azienda viene vista come un istituto economico atto a perdurare che, per il soddisfacimento dei bisogni umani, ordina e svolge in continua coordinazione la produzione o il procacciamento e il consumo della ricchezza.

Per Aldo Amaduzzi, invece, gli aspetti dinamici assumono maggiore rilevanza identificando l'azienda come un sistema di forze economiche che sviluppa, nell'ambiente in cui è parte complementare, un processo di produzione e di consumo o di produzione e di consumo insieme, a favore del soggetto economico e altresì degli individui che vi operano. L'azienda appare in definitiva come un sistema aperto e finalizzato: sistema perché insieme di parti e di relazioni intercorrenti tra le parti stesse, aperto perché organismo operante nel sistema ambiente verso il quale e dal quale partono e arrivano sollecitazioni di ogni genere anche di carattere non strettamente economico e, finalizzato in quanto l'insieme coordinato delle azioni è rivolto al perseguimento degli obiettivi strategici od obiettivi primari stabiliti dal vertice imprenditoriale.

Ogni azienda, indipendentemente dalle dimensioni e dal tipo di attività svolta, è caratterizzata da una struttura organizzativa destinata a durare nel tempo, poiché la funzione economica dell'azienda è proiettata nel futuro, da un insieme di persone che forniscono all'azienda le proprie energie lavorative o altre risorse necessarie allo svolgimento dell'attività, da un insieme di beni economici materiali o immateriali, che sono impiegati nei processi di produzione e consumo, da operazioni programmate e compiute dalle persone

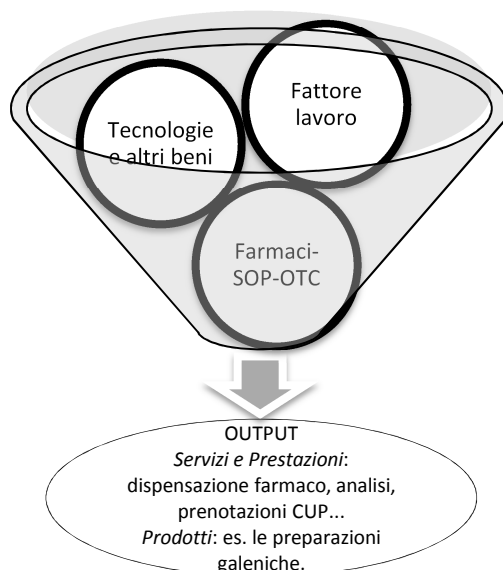
utilizzando beni per conseguire il fine aziendale e, appunto, quest'ultimo che è il soddisfacimento diretto, attraverso il consumo, o indiretto, attraverso la produzione e lo scambio, dei bisogni umani. Gli elementi costitutivi dell'azienda sono fra loro collegati e coordinati in modo da concorrere al raggiungimento di un preciso scopo, per questo l'azienda è un sistema (Bertini, 1990).

L'attività della farmacia risente del sistema politico, economico ed istituzionale, ovvero dall'ambiente che la circonda (Borgonovi, 2004), difatti il cambiamento delle condizioni ambientali esterne nel corso del tempo, hanno comportato una riorganizzazione dei servizi che la farmacia è chiamata ad erogare, incrementandone così la complessità gestionale.

La concezione dell'azienda farmacia come sistema aperto evidenzia come quest'ultima abbia relazioni continue d'interscambio con diversi attori dell'ambiente in cui opera: industrie del farmaco, grossisti, SSN, Stato, utenti-pazienti; essi condizionano l'operare dell'azienda farmacia ma, a sua volta, essa stessa è in grado d'incidere su di loro. In tal senso Castellini, Vagnoni (2008: 100) sottolineano come «la farmacia può contribuire al perseguimento di un impiego efficiente ed efficace delle risorse del SSN adottando un ruolo sostitutivo e/o integrativo nell'erogazione dei servizi di prenotazione di visite specialistiche, di diagnosi sulle patologie minori, di farmaco vigilanza, di prevenzione.»

Per ogni azienda risulta fondamentale conoscere attraverso quali attività raggiunge la remunerazione dei fattori produttivi impiegati nell'attività economica. Alla luce di ciò, l'attività dell'azienda farmacia è molteplice perché oltre alla distribuzione del bene farmaco, essa eroga prestazioni aggiuntive nella sfera del SSN, il suo agire è vincolato istituzionalmente e questo si riflette sulle scelte decisionali. Stante le evoluzioni del contesto di riferimento, e assumendo una visione più allargata rispetto al passato, la mission dell'azienda farmacia si connota sia nell'attività di dispensazione dei farmaci e di altri prodotti legati alla salute e al benessere, sia all'erogazione di servizi finalizzati al mantenimento e miglioramento dello stato di salute e benessere e sia nell'attività di prevenzione di patologie note.

FIGURA 2.1. – Il processo di trasformazione input-output dell'azienda Farmacia.



FONTE: personale elaborazione.

Nelle attività di produzione, di dispensazione di farmaci etici e “da banco”, di erogazione delle prestazioni aggiuntive e dei servizi, la Farmacia impiega risorse economiche, tecniche e umane (figura 2.1), in modo coordinato e continuativo per una adeguata gestione dell'equilibrio economico a valere nel tempo. L'output dell'attività economica dell'azienda farmacia è rivolto in parte al soddisfacimento dei bisogni di pubblica utilità, attraverso i farmaci etici e i servizi per il SSN, e in parte al mercato, con la vendita dei prodotti parafarmaceutici, ne deriva che questa peculiarità incide direttamente nell'ambito della remunerazione dei fattori produttivi (Mussari, 2002).

In particolare, la remunerazione dei fattori produttivi impiegati è direttamente riconducibile al prezzo di vendita dei prodotti al mercato per l'attività commerciale che svolge la farmacia per i farmaci “da banco” in cui il margine è più ampio e libero; invece non è così per l'attività di dispensazione dei farmaci etici, rimborsabili direttamente dal SSN in qualità di terzo pagante, secondo il meccanismo di remunerazione vigente senza considerare precisamente quali e quanti fattori produttivi abbiamo contribuito all'attività di produzione, in quanto vi è un margine alla distribuzione definito per legge e puntualmente corroso da una serie di provvedimenti per il contenimento della spesa farmaceutica nazionale. Ne deriva che per quest'attività viene meno la diretta correlazione tra ricavi e costi sostenuti. Onde evitare di compromettere l'equilibrio economico della farmacia, equilibrio necessario ad assicurare la sopravvivenza della stessa nel tempo, l'attività di erogazione di prestazioni e servizi sanitari per conto del SSN necessita di essere opportunamente remunerata.

Data la rilevanza dell'equilibrio economico per il perdurare dell'attività nel tempo, è fondamentale che anche la farmacia ricerchi una gestione efficiente delle risorse impiegate nelle sue varie attività correlato all'efficacia dell'attività svolta, in grado di soddisfare i bisogni richiesti dalla collettività. Pertanto, in quanto azienda, la farmacia è sottoposta agli stessi vincoli economico-gestionali che caratterizza una qualsivoglia attività economica esercitata in forma organizzata. La rilevanza della farmacia quale azienda non è stata finora sottolineata: a riprova di ciò basti considerare la forte carenza di letteratura economico-aziendale che abbia per oggetto la farmacia. Tuttavia, i mutamenti di contesto richiamati nel primo capitolo hanno fortemente cambiato l'ambiente di riferimento, ponendo in una situazione di crisi i tradizionali processi attraverso cui la farmacia, da sempre, in modo apparentemente implicito, conseguiva il soddisfacimento dell'obiettivo economico.

2.7.1 Le tipologie di farmacie in Italia

Volendo analizzare il mondo delle aziende farmacia, queste possono essere classificate in vario modo. Una prima articolazione, a sfondo amministrativo e riferita all'origine della stessa, vede il riferimento alla farmacia di diritto ordinario e di diritto patrimoniale. Questi due raggruppamenti originano dalle Leggi Giolitti (1913), Mariotti (1968) e dalle norme TULS (1934):

1. la farmacia di diritto ordinario: rappresenta la situazione amministrativa della quasi totalità delle farmacie operanti in Italia. La titolarità di una farmacia di diritto ordinario è conseguita per concorso, per atto di trasferimento tra vivi (vendita) o per successione, in caso di decesso del precedente titolare. La titolarità di un esercizio farmaceutico può essere trasferita nei limiti e con i vincoli imposti dalla legge in vigore, è soggetta alla tassa di concessione regionale e a quella di esercizio. La conduzione patrimoniale e la gestione professionale devono far capo ad un'unica persona fisica, il titolare o il Direttore, che è il responsabile dell'esercizio nei confronti dell'Autorità Sanitaria Locale;
2. la farmacia di diritto patrimoniale: residua dalle norme transitorie della Legge di riforma Giolitti che, dovendo tutelare il carattere di bene personale, riconosciuto dal precedente ordinamento alle farmacie allora esistenti, stabilì che le farmacie in questione potessero essere trasferite una sola volta ad un farmacista iscritto all'Albo. Poiché questa disciplina transitoria non è stata abolita dalle successive legislature, queste farmacie possono attualmente essere trasferite per vendita o per successione. Tuttavia una volta avvenuto il trasferimento, questo tipo di farmacie divengono di

diritto ordinario, come tutte le altre. Pertanto i successivi passaggi di titolarità sono soggetti ai vincoli ed alle restrizioni della normativa vigente. Questo sta portando gradualmente le farmacie di diritto patrimoniale a scomparire proprio perché si stanno trasformando in farmacie di diritto ordinario.

In considerazione della localizzazione, le farmacie si distinguono anche in “urbana” e “rurale”: la farmacia è definita “urbana” quando si trova ubicata in Comuni o centri abitati con popolazione superiore a 5.000 abitanti; in tutti gli altri casi la farmacia viene detta “rurale”. Le farmacie rurali sono ulteriormente distinte in *ordinarie*, se si trovano in centri con più di 3.000 abitanti, e *sussidiate* (*Le farmacie sussidiate ricevono un contributo finanziario annuale, indennità di residenza, alla quale concorrono in diversa misura la Regione, il Comune e i titolari di farmacia urbana*), se la popolazione non supera questo limite.

Inoltre, secondo la classificazione amministrativa vigente in Italia, le farmacie si classificano in *farmacie ospedaliere* e *farmacie pianificate sul territorio*. Pertanto:

- La farmacia istituita all’interno dei presidi dell’Azienda Ospedaliera o delle ASL è la farmacia ospedaliera interna che era destinata a soddisfare le esigenze terapeutiche dei ricoverati. Negli anni i servizi delle farmacie ospedaliere si sono orientati all’identificazione ed alla somministrazione di specifici schemi terapeutici contribuendo a offrire migliori possibilità di cura. Inoltre la farmacia interna non è più istituita su richiesta discrezionale dell’ospedale, ma è prevista istituzionalmente come obbligatoria negli ospedali generali o specializzati, sia provinciali che regionali. Nel 1978, uno stesso farmacista rivestiva la duplice funzione di Direttore della farmacia ospedaliera e Responsabile del servizio farmaceutico territoriale. Tuttavia la definizione delle discipline di Farmacia Ospedaliera e Farmaceutica Territoriale attribuite alla categoria professionale dei farmacisti (D.P.R. 483/97 e 484/97), ha sancito la specificità delle due funzioni e posto le condizioni per le separazioni delle stesse. In effetti, il servizio di farmacia ospedaliera non è finalizzato ad assicurare l’assistenza farmaceutica del territorio, per cui per la sua istituzione non trovano applicazione la pianta organica ed i relativi criteri di formazione. Le diverse attività della farmacia sono effettuate a favore dei pazienti ricoverati. Inoltre, la Legge del 16 novembre 2001, n. 405, all’articolo 8, definisce la modalità di erogazione dei medicinali agli assistiti, dando la possibilità alle strutture pubbliche di fornirli direttamente limitatamente al primo ciclo terapeutico completo e per il periodo immediatamente successivo alla dimissione.

- Per quel che riguarda la farmacia pianificata sul territorio (pianta organica delle farmacie), a cui viene attribuito un servizio pubblico e sociale di assistenza sanitario, troveremo:
 1. Farmacia ospedaliera esterna: queste, ove ancora esistono, sono farmacie aperte al pubblico a tutti gli effetti, il cui titolare è una persona giuridica anziché fisica. Tuttavia con l'intervento della Legge Regionale sul decentramento amministrativo, si ha una diversa destinazione di tali farmacie, la maggior parte delle quali sono state trasferite ai Comuni, mentre alcune devono ancora essere attribuite e vengono gestite dalle ASL attraverso il bilancio dell'ospedale, altre ancora sono state allineate
 2. Farmacia Comunale (o pubblica): è quella il cui titolare è una persona giuridica, cioè il Comune rappresentato dal Sindaco. Le norme speciali dettate per le farmacie pubbliche sono intese a garantire l'intervento pubblico nel settore e non hanno lo scopo di assicurare l'acquisizione di beni patrimoniali da parte del Comune. La riforma Mariotti del 1968, riconduceva nell'ambito della pianta organica l'apertura delle farmacie pubbliche ed istituiva il diritto di prelazione da parte dei Comuni sul 50% delle farmacie poste a concorso. La farmacia pubblica può essere gestita dal Comune in diversa maniera:
 - tramite delega all'Azienda municipalizzata;
 - direttamente (servizio in economia);
 - a mezzo consorzi tra Comuni di cui questi ultimi siano solo titolari;
 - a mezzo di società di capitali (prevalenza di partecipazione pubblica) fra il Comune ed i farmacisti che prestano servizio presso farmacie di cui sono titolari i Comuni stessi e che all'atto della costituzione della società cessano ogni rapporto di dipendenza;
 - a mezzo di società di capitali, anche senza prevalenza di partecipazione pubblica.
 3. Farmacia Privata: è quella il cui titolare è una persona fisica o una società di persone. Può essere di diritto ordinario o patrimoniale, viene conseguita per concorso, o per atto di vendita, o per successione. Può essere trasferita in base alle norme transitorie della Legge Giolitti, se è di diritto patrimoniale, secondo le disposizioni emanate successivamente, se è di diritto ordinario. Nel caso della farmacia privata il cui titolare è un singolo farmacista, la titolarità della farmacia e la proprietà dell'azienda sono inseparabili. Per cui non è consentito il trasferimento

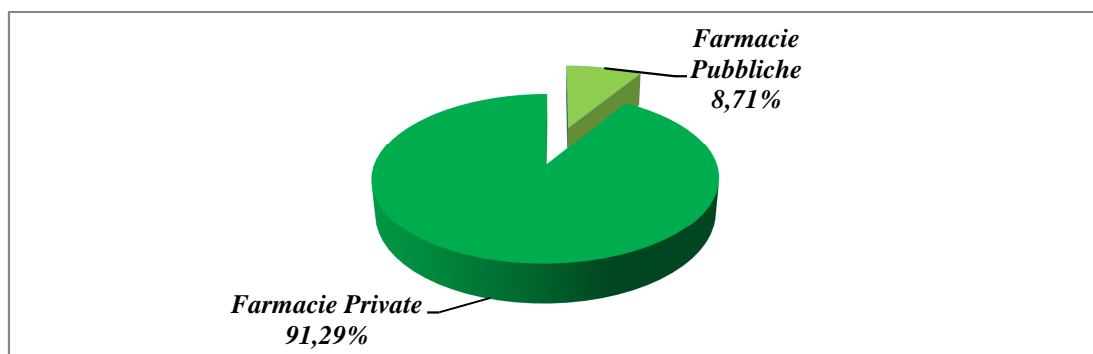
della titolarità senza la cessione della proprietà. Inoltre la farmacia può essere venduta dopo almeno tre anni dal rilascio dell'autorizzazione all'apertura della stessa. Il titolare è soggetto alla vigilanza diretta dell'Autorità Sanitaria Locale, preventiva, ordinaria e straordinaria, nonché centrale attraverso gli organi di polizia giudiziaria. Le eventuali sanzioni sono erogate dall'Ordine Professionale di appartenenza.

Accanto a tali principali tipologie di farmacie, nel nostro paese, sono riscontrabili altre forme meno frequenti:

- farmacie delle cooperative: inizialmente queste rappresentavano una categoria residuale il cui esercizio era consentito con esplicita esclusione di ogni facoltà di trasferimento della titolarità (vendita). La Legge Bersani ha ridato valore a questo tipo di società riservando anche ad esse la titolarità dell'esercizio. Ciascuna farmacia deve essere diretta in modo continuativo da un farmacista responsabile iscritto all'Ordine professionale. Le disposizioni che disciplinano l'esercizio delle farmacie cooperative sono identiche a quelle dettate per le altre farmacie;
- farmacie in soprannumero: sono quelle in eccesso rispetto ai parametri stabiliti dalla pianta organica. Queste farmacie traggono origine dalle situazioni antecedenti il TULS 1934, ma sono destinate ad essere riassorbite nella pianta organica con l'accrescimento della popolazione, oppure alla chiusura, qualora alcune sedi vengano dichiarate decadute;
- farmacie succursali: vengono istituite nei centri abitati dove si verificano significative fluttuazioni annuali della popolazione residente. È gestita dal titolare di altra farmacia ubicata nel Comune o nella Provincia, con l'obbligo di nominare un farmacista Direttore responsabile. In effetti, queste farmacie sono aperte solo per periodi limitati dell'anno;
- dispensario farmaceutico: è una struttura e non una farmacia, destinata alla distribuzione di medicinali ad uso comune e di pronto soccorso già confezionati.

Le farmacie private rimangono quindi in Italia la maggioranza: ciò è in parte dovuto al fatto che queste farmacie hanno radici storiche ed in parte al fatto che la legislazione ha permesso questo tipo di permanenza con il trasferimento per successione. Si registra, quindi, una presenza maggiore di farmacie con assetto proprietario di tipo privato, che a differenza del passato, rappresentano circa il 91% del totale delle farmacie nel territorio nazionale (figura 2.2.).

FIGURA 2.2. – La natura proprietaria delle farmacie in Italia.



FONTE: personale elaborazione su dati Federfarma (aprile 2010)

Come si evince dalla figura 2.2. e dai dati della tabella 2.1., le farmacie pubbliche nel 2010 sono l'8,71% del totale delle farmacie a livello nazionale, in particolare la loro presenza è diversificata da regione a regione e si nota prevalentemente un maggiore intervento nel centro-nord rispetto al sud.

Rispetto al passato la loro presenza si è ridotta notevolmente, difatti, negli anni '90 le farmacie comunali erano il 20% del totale delle farmacie nazionali, la loro origine deriva dalla così detta Legge Giolitti che disciplinava l'assunzione diretta dei servizi pubblici locali da parte dei comuni che ne aveva permesso la diffusione (Castellini, Vagnoni, 2008).

TABELLA 2.1. – *Il rapporto farmacie, pubbliche e private, e abitanti per farmacia in Italia (aprile 2010).*

Regione	Numero Farmacie			Pubbliche/ Totale	Abitanti	Abitanti per farmacia
	Totali	Private	Pubbliche			
Valle d'Aosta	49	42	7	14,29%	127.065	2.593
Piemonte	1.536	1.432	104	6,77%	4.432.571	2.886
Liguria	593	570	23	3,88%	1.615.064	2.724
Lombardia	2.782	2.357	425	15,28%	9.742.676	3.502
Veneto	1.316	1.211	105	7,98%	4.885.548	3.712
Bolzano	118	118	0	0,00%	498.857	4.228
Trento	165	138	27	16,36%	519.800	3.150
Friuli V. G.	366	345	21	5,74%	1.230.936	3.363
Emilia R.	1.230	1.028	202	16,42%	4.337.979	3.527
Marche	493	419	74	15,01%	1.569.578	3.184
Toscana	1.109	889	220	19,84%	3.707.818	3.343
Lazio	1.474	1.321	153	10,38%	5.626.710	3.817

Abruzzo	501	468	33	6,59%	1.334.675	2.664
Umbria	269	218	51	18,96%	894.222	3.324
Molise	168	164	4	2,38%	320.795	1.909
Campania	1.606	1.556	50	3,11%	5.812.962	3.620
Puglia	1.097	1.071	26	2,37%	4.079.702	3.719
Basilicata	204	201	3	1,47%	590.601	2.895
Calabria	760	759	1	0,13%	2.008.709	2.643
Sicilia	1.419	1.407	12	0,85%	5.037.799	3.550
Sardegna	541	532	9	1,66%	1.671.001	3.089
Italia	17.796	16.246	1.550	8,71%	60.045.068	3.374

FONTE: elaborazioni Resc su dati Federfarma (aprile 2010), dati Assofarm popolazione residente al 1/01/2009 – fonte ISTAT.

2.7.2 La farmacia territoriale nel rapporto con l’ambiente di riferimento

Come anticipato nel precedente paragrafo, la farmacia, in quanto azienda, ha finalità economica e quindi “ricerca l’equilibrio economico duraturo”. Questa opera per il mercato ed è orientata all’ottenimento di un profitto, seppure una parte consistente della sua finalità trova ragion d’essere nei confini del SSN. A lungo la farmacia si è configurata come un’azienda che per una buona parte del proprio business opera in un ambiente regolamentato e protetto.

L’obiettivo di economicità, però, non si esaurisce semplicemente nella copertura di tutti i costi, ovvero il valore delle risorse consumate, da parte di tutti i ricavi, cioè il valore di quanto prodotto attribuito dal mercato, ma richiede anche la capacità di soddisfare nel tempo tutte le categorie di interessi che insistono sull’azienda (Marchi, 2009: 19-24). La farmacia deve rendere efficiente ed economico il processo di dispensazione di farmaci e l’erogazione di prestazioni e servizi aggiuntivi per garantire margini di profitto nel lungo termine, ma nel contempo, deve rispondere alla comunità per la capacità che ha di rispettare i valori etici e sociali. In al senso, la letteratura economico-aziendale fa riferimento alla cosiddetta responsabilità sociale d’azienda, spesso nota come “corporate social responsibility”. Porre in essere azioni che permettono di far apprezzare ai diversi portatori di interesse – gli stakeholders – la responsabilità sociale e ambientale dell’azienda, consente a questa di trovare legittimazione sociale, aspetto quest’ultimo che a sua volta produce un effetto sulla performance economica (Adams et al., 1996: 32-36).

Pertanto, l’equilibrio economico in quanto condizione di esistenza dell’azienda, si esplicita oggettivamente in tre dimensioni:

- Insieme dei risultati economico-finanziari dell’azienda;

- Posizione nel mercato e/o nell'ambiente di riferimento, misurabile attraverso la "reputazione" sociale presso la comunità di riferimento;
- Potenzialità di sviluppo nel medio/lungo periodo.

Di fatto dato il contesto ambientale in cui opera la farmacia, non appare possibile perseguire l'idea secondo cui un'elevata remunerazione è ottenuta soddisfacendo gli interessi della sola proprietà. La farmacia non opera in un contesto "sotto socializzato", ma interagisce con i propri stakeholders e ciò influisce sui risultati finali. Nel concreto del comportamento tra farmacia e stakeholder si rilevano "segnali" che vanno in direzione diversa, perché i portatori d'interesse sono attori indipendenti che cercano nella relazione con l'organizzazione di soddisfare i propri bisogni.

La letteratura prevalente condivide l'idea che lo sviluppo delle relazioni fra l'organizzazione e i suoi stakeholders rappresenti un fattore determinante per generare extra-valore nel medio-lungo periodo. Quindi l'attenzione per tutti gli stakeholders può generare, nel lungo periodo, conseguenze positive sui valori di bilancio. Si tratta di un approccio multistakeholders per cui si valutano esplicitamente i loro bisogni, si prevedono modalità per monitorarne la soddisfazione e si effettuano oculate scelte di trade-off fra benefici degli uni e degli altri.

La farmacia ha responsabilità etiche e legali nei confronti degli stakeholders importanti per la difesa della reputazione e dell'immagine aziendale; inoltre tra la farmacia e i suoi portatori d'interesse vi sono relazioni di scambio reciproche, come sintetizzato nella tabella 2.2. In considerazione della sua natura di azienda di servizi, e della complessità del contesto di riferimento, va da sé che l'orientamento strategico della farmacia richiede la considerazione dei diversi portatori d'interesse: e occorre coinvolgere i diversi attori che operano lungo l'unica catena del valore – tutela della salute – nel percorso di misurazione della performance. Conseguentemente, i risultati della farmacia non possono essere apprezzati solo in termini di costi e ricavi, ma richiedono la considerazione di altre variabili di tipo non quantitativo-monetario, quali qualità, tempo e sviluppo di conoscenze (Baraldi, 2000: 336-339).

Tra i più importanti portatori di interesse della farmacia figurano certamente gli utenti-cittadini che rappresentano i clienti del processo di dispensazione del farmaco e dei servizi extra. L'attenzione della farmacia verso questo particolare stakeholder è testimoniata dall'inserimento, tra gli obiettivi strategici prioritari, della qualità dei servizi percepita dal cliente-cittadino. Quindi l'agire della farmacia si caratterizza nella maggiore apertura verso il mondo circostante, con particolare riguardo ai bisogni dei principali portatori di interesse.

Pertanto, per l'imprenditore-farmacista il fattivo monitoraggio dell'andamento economico delle attività presidiate passa attraverso un insieme di misurazioni non riferite soltanto ai risultati economico-finanziari, ma anche a quei fenomeni che si ritiene possano favorire la crescita della soddisfazione dei clienti o il sostegno da parte della comunità.

Il valore generato dalla farmacia è insito anche nell'efficacia generata, nella riduzione del numero dei fumatori, nel miglioramento dell'aderenza al trattamento farmacologico, nella segnalazione alle autorità preposte di effetti indesiderati riportati dai fruitori di farmaci, nella consegna di farmaci a domicilio di utenti anziani, etc. In quanto attore del SSN, la farmacia può contribuire a migliorare lo stato di salute di una comunità, e questo costituisce un aspetto che va oltre 'la semplice dispensazione del farmaco'. A margine di tali considerazioni, quindi, occorre sottolineare come il solo bilancio d'esercizio, o la contabilità di magazzino e di cassa, a cui tutte le farmacie sono tenute, non permettono di misurare in modo completo il valore generato dalla farmacia, né dal punto di vista dell'azienda, né dal punto di vista di stakeholders quali il SSN o i cittadini.

TABELLA 2.2. – Schema delle relazioni con gli stakeholders critici nel “Nuovo” ruolo della farmacia.

CATEGORIA	CONTRIBUTI OFFERTI	BENEFICI ATTESI
Cittadino-utente	Pagamento dei prodotti o servizi.	Qualità dei servizi e ottimo rapporto costi benefici. In tal senso, anche capacità di consulenza da parte del farmacista.
Fornitori	Rapporti contrattuali agevolati con riferimento a prezzi, dilazioni, ritiro farmaci scaduti, etc.	Puntualità nel pagamento delle forniture e preferenza di fornitura. Visibilità.
Farmacisti-collaboratori	Professionalità.	Occasioni di crescita e miglioramento della professionalità, stabilità nei rapporti di lavoro.
ASL e SSN	Erogazione di alcune prestazioni (prenotazione CUP, servizi di prima istanza, etc.) e coordinamento in ambito sanitario.	Rafforzamento equilibri economici e finanziari, controllo socio-sanitario, ottimizzazione gestione utenti-cittadini che richiedono un servizio.
Associazioni di categoria	Eventuale sostegno diretto o indiretto per l'affermazione dell'unicità e della necessità delle farmacie.	Professionalità, correttezza nel trattamento degli utenti-cittadini, dei collaboratori-farmacisti.

FONTE: parziale adattamento da Francesconi, Zappulla (2010: 69-72)

Un approccio strategico alla gestione richiederebbe quindi un sistema di misurazione dei risultati più organico, completo, ed esplicito, tale da permettere alla proprietà di orientare le scelte relative alle diverse attività in considerazione degli obiettivi di equilibrio economico che si intendono perseguire.

2.7.3 La misurazione dei risultati

La misurazione dei risultati è un aspetto funzionale al monitoraggio dell'andamento economico, ovvero – nel rispetto di un approccio razionale alla gestione - al controllo della performance organizzativa. La performance organizzativa è una dimensione della performance che considera l'azienda nel suo complesso. Il processo di misurazione della performance organizzativa stabilisce in che misura l'azienda raggiunge i propri obiettivi, si tratta di una necessità di misurazione più immediata rispetto alla dimensione individuale e collettiva (Baraldi, 2000: 6). Quindi la misurazione è strettamente connessa alle scelte di gestione, alle decisioni aziendali. Come più volte richiamato da uno dei massimi esperti di management, Peter Drucker, “you get what you measure”, a sottolineare l'importanza di misurare alcuni aspetti al fine di poterli poi gestire e far sì che producano valore.

Le scelte strategiche compiute dall'organizzazione si riflettono sulle pratiche di management accounting, in tal modo solo così quest'ultime diventano rilevanti; la misurazione della performance organizzativa è il punto di riferimento per lo sviluppo di efficaci sistemi di controllo di gestione (Anthony et al., 2008). Difatti, se un'azienda vuole livelli di remunerazione del capitale investito più elevati necessariamente ha l'esigenza di dotarsi di strumenti che monitorino la performance organizzativa dell'azienda, in quanto aumenta la necessità di sistemi di controllo tanto più vi è complessità interna e dell'ambiente esterno.

In particolare, il controllo/monitoraggio dei risultati di gestione funge da orientamento delle scelte dei manager ed è funzionale a responsabilizzare quest'ultimi sui risultati conseguiti. Il controllo di gestione ha il compito di raccogliere, elaborare e valutare informazioni per il management, cioè informazioni utili al monitoraggio della gestione. Il monitoraggio della gestione avviene misurandone i costi; utilizzando indicatori di risultato, o lagging indicator, che misurano la prestazione già realizzata; e verificandone sistematicamente attraverso indicatori di tendenza, o driver, o leading indicator, il grado di efficienza, quale attitudine ad acquisire e impiegare risorse ottimizzando i risultati, e di efficacia, ovvero la predisposizione a raggiungere gli obiettivi prefissati (Baraldi, 2000).

Gli strumenti di misurazione della performance di un'organizzazione vengono scelti in funzione del contesto in cui opera l'azienda, considerando i vincoli esterni, la complessità aziendale e gli obiettivi di lungo termine. Perciò un framework attraverso il quale la performance viene misurata focalizza l'attenzione su specifici oggetti della performance che caratterizzano l'azienda, quindi viene "tarato" considerando la natura del processo produttivo o di servizio, il settore nel quale l'azienda opera, l'ambito di competizione e le caratteristiche di governo aziendale che definisce gli obiettivi strategici.

Le farmacie, nello svolgere la loro attività, devono poter contare su una serie di aspetti che risulta poi rilevante gestire e monitorare:

- L'equilibrio economico-finanziario nel breve e nel medio-lungo periodo;
- L'esistenza di processi e attività efficienti e di qualità sia in ambito sanitario sia in ambito gestionale;
- Il valore delle risorse umane, ovvero avere la disponibilità di personale dotato di appropriate competenze (commessi, infermieri, collaboratori farmacisti, fisioterapisti, ...) e motivato.
- La qualità del servizio percepita dal cliente e la gamma dei servizi offerti;
- La capacità di sviluppare e preservare nel tempo le competenze distintive e reputazionali della Farmacia attraverso efficaci risultati e l'innovazione continua.

In ragione delle considerazioni fatte e dei richiami alla teoria economico-aziendale fatti nei paragrafi precedenti, la farmacia deve definire degli obiettivi di lungo termine per meglio realizzare la redditività del capitale investito. La farmacia può migliorare i propri margini agendo su due livelli (Cuomo et al., 2010):

- Accrescere il valore percepito dal cliente (il valore differenziale è dato dai servizi aggiuntivi offerti oltre all'offerta di prodotti di marche note);
- Controllare e contenere i costi di gestione (controllo dei prezzi di acquisto che variano in relazione alla forza contrattuale del farmacista-imprenditore rispetto ai grossisti o produttori; gestione efficiente del magazzino e delle forniture/logistica di entrata del prodotto; controllo dei costi generali di gestione del punto vendita per l'area personale, per i costi di energia-acqua-gas, oneri bancari e finanziari, ...).

Il monitoraggio dei livelli di risultato implica l'individuazione dei fattori critici di successo dell'azienda farmacia che sono le variabili su cui il management può agire con sue decisioni e che possono incidere in modo significativo sulla posizione competitiva

dell'impresa all'interno del settore in cui essa opera e conseguentemente sulla possibilità di raggiungere determinati risultati. Tali fattori variano e hanno importanza diversa a seconda del settore in cui un'azienda opera, e a seconda del contesto di riferimento.

Nel corso del capitolo 1 si è cercato di evidenziare come il contesto di riferimento della farmacia territoriale stia vivendo un periodo di forte trasformazione. Conseguentemente, sul piano aziendale, vengono a modificarsi le variabili critiche per il raggiungimento del successo, dunque per il raggiungimento del miglior risultato dal punto di vista dell'equilibrio economico. La tabella 2.3. costituisce il tentativo di sottolineare come a fronte della prospettiva di un diverso ruolo della farmacia nel contesto socio-sanitario, i fattori critici di successo della stessa possono modificarsi.

Con riferimento al nuovo ruolo che si sta prospettando per la farmacia territoriale, Cuomo et al. (2010: 29) così si esprimono: *«Il successo della new pharmacy dipende fortemente dall'attrattività, dal consenso, dalla fiducia che essa riesce ad ottenere presso gli interlocutori sociali e di mercato. Tali fattori sono attivati proprio da una immagine adeguata (...) Nell'attuale scenario competitivo alla farmacia con atteggiamento proattivo corre l'obbligo di cercare nuovi ambiti in cui rilanciare la propria immagine medico-sanitaria nei confronti del cittadino, per tornare a essere considerata il centro della sanità locale.»*

TABELLA 2.3. – I fattori critici di successo della farmacia nel ruolo tradizionale e nell'ipotesi di nuovo ruolo.

I FATTORI CRITICI DI SUCCESSO	
Ruolo "tradizionale"	Ruolo "Evoluto"
Fatturato di vendita	Efficienza della gestione
Fatturato per classi di farmaci	Assortimento prodotti
Capacità consulenziale/competenza e professionalità del farmacista	Capacità consulenziale/competenza e professionalità del farmacista
	Gamma dei servizi offerti
	Immagine e reputazione della farmacia

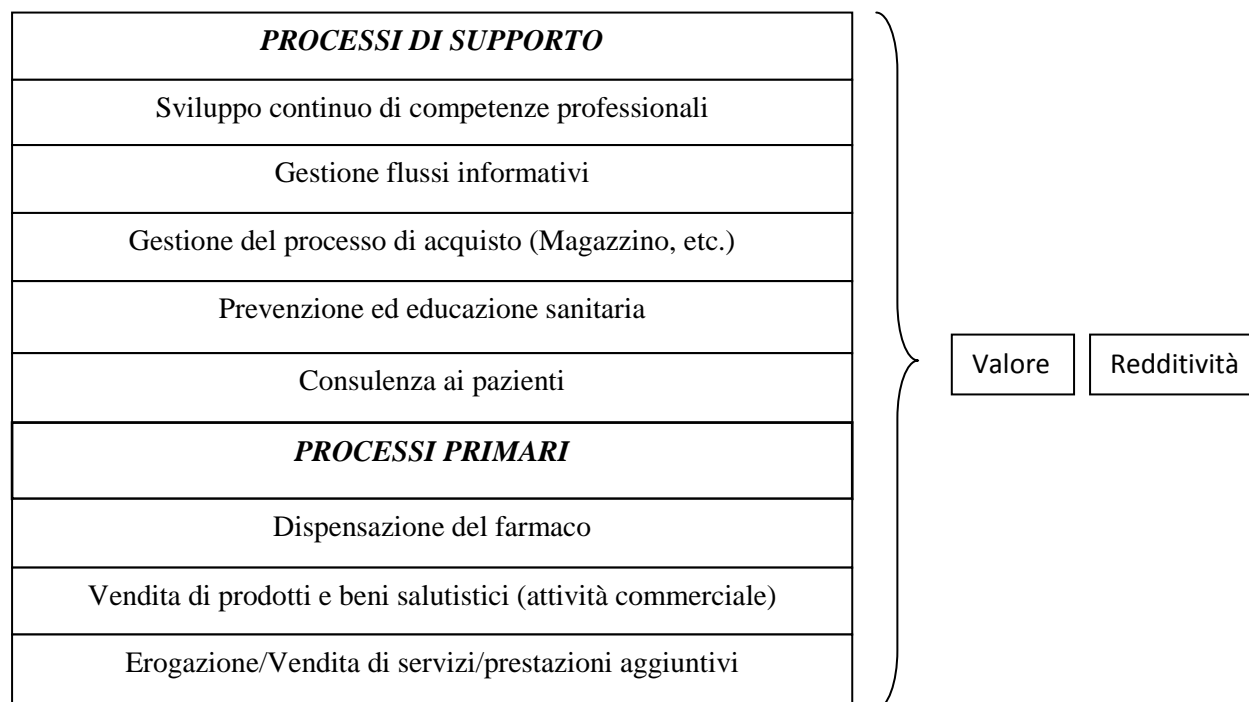
I fattori critici di successo rappresentano punti di forza se la farmacia li possiede e, di riflesso, punti di debolezza se ne è carente. Essi non rimangono immutati nel tempo, ma si modificano. Si tratta di fattori che determinano il successo, anche economico, della farmacia stessa. Pertanto, se a lungo il successo della farmacia è stato generato dalla capacità del

farmacista di relazionarsi professionalmente con i cittadini (attraverso consigli, avvisi, etc.) e dal fatturato dei farmaci venduti, in particolare i farmaci etici più costosi - in ragione del meccanismo di remunerazione in essere sul piano nazionale - oggi i fattori critici di successo sembrano essere altri, visto il cambiamento del contesto di riferimento. Come conseguenza dei diversi fattori critici di successo, diverrebbe necessario implementare diversi strumenti di misurazione a supporto delle decisioni strategiche dei titolari di farmacia.

2.7.4 Le determinanti dell'equilibrio economico della farmacia

Vista la rilevanza del monitoraggio della performance, l'attenzione corre immediatamente ai fenomeni ritenuti le determinati (driver) della prestazione economica attesa della farmacia, ampliando in tal modo il focus della misurazione. I driver del risultato della farmacia affondano le radici in quelli che sono i processi fondamentali di gestione, vale a dire l'insieme delle attività che svolte in modo organizzato permettono di generare valore. La figura 2.3 evidenzia i fondamentali processi della farmacia territoriale: processi primari, quali la dispensazione del farmaco o la vendita di beni/servizi; e processi secondari o di supporto, quali lo sviluppo continuo di competenze professionali, la gestione dei flussi informativi, senza i quali i processi primari non potrebbero realizzarsi (Porter, 1985).

FIGURA 2.3. – I processi della farmacia moderna.



Come scritto in precedenza, l'output dell'attività economica della farmacia è rivolto:

- sia al mercato nello svolgere attività commerciale di prodotti parafarmaceutici e, più in generale, ai prodotti legati alla “sfera salute” - per questo la remunerazione dei fattori produttivi deriva direttamente dal prezzo di vendita dei prodotti;
- sia al soddisfacimento dei bisogni di salute della collettività nel praticare la dispensazione del farmaco etico ed erogare servizi rimborsati direttamente dal SSN in qualità di Terzo pagante - per la remunerazione dei fattori produttivi impiegati nella gestione non è possibile fare riferimento al prezzo di mercato, viene a mancare il legame diretto tra ricavi e costi sostenuti, in quanto la remunerazione dipende dal modello di remunerazione adottato che si lega agli obiettivi di salute (Castellini, Vagnoni, 2008: 250).

L'equilibrio economico dell'azienda farmacia, considerando la moltitudine di attività che può effettuare, è determinato da:

- a) *Margine per il servizio di dispensazione dei farmaci di classe A e C* che consenta di coprire le spese di struttura quali le spese per il personale, i costi per il mantenimento della struttura, l'ammortamento, ecc ... considerando anche gli sconti del SSN previsti per legge;
- b) *Margine di profitto dell'attività commerciale* svolta dal farmacista-imprenditore che fissa un prezzo al pubblico, in coerenza con l'approccio al marketing, considerando il valore che il cliente assegna all'offerta ed è disponibile a pagare; che tiene presente i costi di acquisto e i costi di gestione diretti e le quote di costi generali e comuni in modo tale da conseguire un margine di profitto;
- c) *Gamma dei servizi offerti al cittadino dalla Farmacia* che può scegliere tra un pool di servizi individuati dalla normativa dei servizi, quindi a seconda delle valutazioni economiche che effettuerà la singola farmacia si rileverà un:
 - a) Margine per prestazioni di I istanza;
 - b) Margine per servizio prenotazione, pagamento e ritiro referti del CUP;
 - c) ...

Alla luce dell'attuale contesto, le determinanti della redditività della farmacia sono collegabili concettualmente a quanto previsto dalla legge 69/2009 e decreti attuativi, e ai processi di supporto alla dispensazione del farmaco quale l'attività di consulenza ai pazienti, di educazione sanitaria e di prevenzione.

All'origine delle operazioni di gestione ci sono sempre delle decisioni che l'imprenditore deve adottare considerando la scelta tra più alternative. L'imprenditore decide in base agli obiettivi prefissati e in base alle informazioni che ha a disposizione.

Le informazioni a supporto del processo decisionale per l'utilizzo di risorse economiche devono essere affidabili e tempestive. Elemento di supporto alle decisioni è quindi il sistema informativo inteso come l'insieme dei dati organizzati ed elaborati in funzione delle attività di direzione aziendale. L'incertezza tipica dell'ambito decisionale d'impresa è ridotta utilizzando accanto alle tradizionali rilevazioni contabili e di attività, anche rilevazioni extra-contabili, normalmente più analitiche. Queste ultime scaturiscono da forme contabili (di tipo sistemico e non) che definiscono oggetti di costo specifici e diversi dalla farmacia nel suo complesso.

La farmacia territoriale, nella nuova accezione che si va definendo, dunque nel ruolo che si sta progressivamente articolando, potrebbe reputare fondamentale monitorare:

- Costi e ricavi per tipologia di servizio;
 - Ricavi e costi diretti;
 - Incidenza dei costi di struttura;
 - Costi pieni unitari delle singole prestazioni;
- Fedeltà del cliente;
- Qualità dei servizi;
- L'outcome dell'attività di prevenzione, di educazione sanitaria e di consulenza agli utenti.

Naturalmente, a seconda delle scelte che la farmacia svolgerà, e del posizionamento che deciderà di ritagliarsi sul mercato, saranno diversi fattori critici di successo, le determinanti dell'equilibrio economico, e le variabili da monitorare.

2.8 La professione del farmacista

Il settore sanitario in generale e quello farmaceutico in particolare stanno affrontando una fase di considerevole e profonda evoluzione legata a cambiamenti istituzionali, sociali e di mercato: dalla progressiva armonizzazione legislativa con le politiche europee alle politiche di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, dalla richiesta di collaborazione alle farmacie per l'erogazione di nuovi servizi assistenziali da parte dei Servizi Sanitari Regionali ai nuovi indirizzi dell'AIFA, dalla globalizzazione delle aziende

farmaceutiche alle nuove articolazioni della supply chain del farmaco, fino ad arrivare al mutamento sociale del rapporto di fiducia tra le professioni sanitarie e i pazienti.

La dimensione economica è entrata prepotentemente nelle scelte di settore, e ciò sta impattando sul ruolo e sull'immagine del farmacista sia ospedaliero, sia territoriale, sia operante nelle aziende farmaceutiche e di distribuzione intermedia.

Il nuovo scenario che oggi si va profilando impone alla figura del farmacista di evolversi coerentemente con le dinamiche dell'ambiente istituzionale e competitivo, nella consapevolezza che ripensare al proprio ruolo non è solamente un'esigenza dettata da valutazioni economiche contingenti, ma è anche una modalità per far sopravvivere quel sistema di valori che da sempre caratterizza la professione.

Le diversità tra i vari sistemi sanitari regionali incidono, anche se in maniera e per ragioni differenziata, su tutte le categorie di farmacisti. Si pensi, ad esempio, a come le differenti strategie socio-sanitarie e le diverse organizzazioni delle strutture delle ASL, implicheranno standard differenziati per area geografica in merito a attività e competenze svolte dai farmacisti nell'ambito dei servizi previsti dalla Legge 69/09. Per di più, nell'ambito di una stessa ASL, alcune farmacie potrebbero decidere di specializzarsi su alcune attività o patologie, mentre altre potrebbero sceglierne diverse, oppure ancora decidere di non convenzionarsi affatto e di limitarsi alla dispensazione del farmaco. Ma già oggi, la distribuzione per conto di alcuni farmaci innovati in PHT, determina una diversificazione nelle conoscenze dei prodotti meno diffusi.

Il contesto istituzionale condiziona non solo il farmacista di comunità, ma anche il farmacista che opera nelle strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, pubbliche e private:

- ci sono Regioni in cui c'è una maggiore tendenza ad attivare Commissioni per l'inserimento dei farmaci nei prontuari, e ciò implica per il farmacista la necessità di sviluppare competenze specifiche in termini di farmacoeconomia;
- Regioni in cui sono fortemente diffusi i farmaci innovativi in ambito ospedaliero o in ADI, per cui il farmacista deve aggiornare le proprie competenze dal sistemico al biologico;
- Regioni in cui gli approvvigionamenti sono stati centralizzati, per cui il farmacista ospedaliero e di ASL non necessitano o necessitano meno di competenze in merito agli acquisti, alla logistica, alle predisposizione di bandi di gara;
- Regioni in cui l'assistenza è caratterizzata da una maggiore dispersione geografica delle strutture e dei luoghi di assistenza (fino al domicilio del paziente), per cui il lavoro del farmacista esce dai confini strutturali aziendali.

La professione del farmacista risente molto anche dell'aspetto dimensionale. La dimensione aziendale, sia che si parli di farmacie, sia di aziende sanitarie, sia di aziende di distribuzione intermedia o di produzione, chiaramente incide sul numero di professionisti che l'azienda ha a disposizione e quindi sulla possibilità di specializzarli su attività differenziate. Altra variabile importante, affiancata alla dimensione, che incide sulla specializzazione del professionista, è il livello di innovazione dell'azienda.

Le farmacie più innovative, tendono ad avere personale specializzato per attività (ad esempio acquisti, marketing, vendita, formulazione dei prezzi, prenotazione visite specialistiche, diagnostica di prima istanza) e per categoria di prodotto trattato (ad esempio dermocosmesi, omeopatia, veterinaria). L'orientamento alla specializzazione richiede al titolare capacità manageriali e organizzative. Inoltre, tale tipologia di farmacie, hanno un più spiccato orientamento all'informatizzazione, usando lo strumento come supporto alla professione e alle proprie attitudini manageriali.

Cultura, orientamento strategico e background aziendale costituiscono un ulteriore fattore che incide sull'evoluzione della professione del farmacista. Nelle farmacie più orientate all'aggregazione, ad esempio, il ruolo del farmacista di comunità si focalizza più sugli aspetti di conoscenza del paziente, delle patologie e delle terapie farmacologiche, che non sugli aspetti imprenditoriali. Le funzioni manageriali tendono infatti a essere delegate a gruppi di acquisto o a network di vendita. Nelle farmacie in cui la cultura predominante è individualista, al contrario, il farmacista oggi deve rafforzare pesantemente le proprie competenze manageriali, in quanto i processi di deregulation in atto rendono indispensabile una gestione attenta e qualificata sotto il profilo economico e finanziario, come sottolineato nei precedenti paragrafi. Altri elementi culturali che incidono sulle competenze professionali sono: l'orientamento alla formazione; la predisposizione a condividere un concetto di salute più o meno ampio; la fiducia nelle terapie alternative, ad esempio omeopatia, fitoterapia, medicina naturale; e così via.

L'evoluzione che lo scenario normativo di riferimento sta prospettando, quindi, può condurre – come già avvenuto nel contesto internazionale – ad individuare figure professionali innovative, quali il farmacista responsabile per gli acquisti, o il farmacista responsabile per i servizi ex Legge 69/2009. La specializzazione comporta competenze specifiche, che si differenziano dal percorso formativo generalista.

Mentre all'estero osserviamo una rapida evoluzione verso la specializzazione del farmacista, questo non è altrettanto vero in Italia, dove, ad oggi, i percorsi formativi si limitano alla

tradizionale preparazione accademica, talvolta considerata non pienamente soddisfacente per supportare le nuove attività di competenza del farmacista.

A seconda delle attività svolte, alle aggiornate e specifiche competenze tecnico scientifiche, si affiancano competenze cognitive diversificate, quali ad esempio conoscenze di farmaco-economia, conoscenze cliniche, conoscenze di tipo legislativo, conoscenze di strumenti manageriali quali la programmazione e controllo, il marketing - inteso anche come strumenti per la definizione dei prezzi di prodotti e servizi -, il market access.

Ma oltre alle competenze cognitive, che implicano la padronanza dell'insieme delle conoscenze tecniche e professionali per adempiere a un determinato ruolo, diventano sempre più importanti anche: competenze di realizzazione e operative, riconducibili alla capacità di ricercare informazioni, all'accuratezza e all'orientamento al risultato; competenze di assistenza e servizio, oltre a capacità di lavorare in gruppo; competenze di influenza, anche intese come capacità di creare networking; competenze manageriali, quali capacità di problem solving, di organizzazione del proprio lavoro e di quello degli altri, di pianificazione delle attività; ed infine competenze di efficacia personale: impegno, fiducia in sé, flessibilità e autocontrollo.

Per sintetizzare, alla luce di una ricerca svolta dall'Università L. Bocconi in merito alle frontiere di innovazione della professione del farmacista, nel 2010, riferita non solo alle farmacie territoriali, ma ad ampio raggio, le macro-competenze più necessarie, nonché sulle quali si riscontra il maggiore gap di competenza sono le seguenti:

1. Cognitive

- ✓ Tecnico-scientifiche avanzate (diversificate a seconda del ruolo)
- ✓ Legislazione di settore (diversificate a seconda del ruolo)
- ✓ Farmaco-economia
- ✓ Market Access
- ✓ Strumenti di Management (diversificati a seconda del ruolo)

2. Manageriali

- ✓ Programmazione e controllo
- ✓ Pianificazione delle attività
- ✓ Gestione delle risorse umane

3. Assistenza e servizio

- ✓ Lavoro di gruppo
- ✓ Comunicazione

4. Lingua inglese

2.9 Il modello di remunerazione della farmacia

Le politiche sanitarie, e farmaceutiche di conseguenza, si sono prevalentemente sviluppate su due cardini specifici, da un lato il contenimento della spesa pubblica e dall'altro il miglioramento della qualità del servizio sanitario. Occorre però sottolineare che il comportamento delle farmacie territoriale è fortemente diretto dal modello di remunerazione che il Paese adotta. L'algoritmo attraverso il quale viene definito il modello di remunerazione delle farmacie reca gli incentivi o meno a svolgere determinate attività, e conseguentemente a realizzare servizi e prestazioni più o meno in linea con il sistema sanitario disegnato. Il modello di remunerazione assume, quindi, un ruolo chiave nell'orientare il comportamento delle farmacie, e dunque nel definire il ruolo della farmacia nel contesto sanitario.

In termini di politiche pubbliche, il modello di remunerazione costituisce, poi, lo strumento di regolazione del governo circa l'azione delle farmacie.

Pertanto, nell'attuale contesto, la configurazione di un ruolo nuovo della farmacia dipende molto dal modello di remunerazione che gli attori del sistema negoziano, dapprima in occasione del rinnovo della convenzione nazionale, e poi a livello regionale e locale.

I modelli di remunerazione delle farmacie possono essere raggruppati in due macrocategorie:

- i modelli di remunerazione orientati al prodotto,
- e i modelli di remunerazione orientati ai servizi (Castellini, Vagnoni, 2008).

I primi, utilizzati generalmente per fini di contenimento della spesa farmaceutica, prevedono che la remunerazione della farmacia per tutte le sue prestazioni derivi dal "mark-up", ovvero la percentuale sul prezzo del farmaco venduto. È possibile distinguere ulteriormente tra sistemi a "mark-up graduato", in cui la remunerazione del farmacista è calcolata in base a un'aliquota decrescente in relazione al prezzo del farmaco venduto; e sistemi a "mark-up percentuale", in cui il margine del farmacista è determinato da una aliquota costante per tutti i farmaci venduti.

I secondi, vale a dire i modelli di remunerazione orientati ai servizi, definiti anche modelli orientati al paziente, prevedono la remunerazione del farmacista per le prestazioni che svolge all'utente-paziente. Tra i principali vi sono il modello pro-capite, che determina la remunerazione del farmacista in base a una quota fissa per paziente "a carico"; e il modello a tariffa per servizio erogato o *fee for service*, calcola un ammontare fisso per servizio elargito.

La combinazione di opzioni diverse riconducibili ai due tipi di modello sopra elencati può dare origine ad un terzo sistema ibrido che viene chiamato "modello misto", che

considera simultaneamente i due diversi orientamenti e pone l'attenzione alla remunerazione del farmacista sia per l'attività di dispensazione del farmaco, sia per l'erogazione di una serie di servizi aggiuntivi.

Il modello implementato nel nostro Paese è sostanzialmente riconducibile a quello orientato al prodotto con mark-up percentuale, in cui per i farmaci etici prevede un'aliquota fissa per il farmacista pari al 30,35% sul prezzo del farmaco, ma il margine effettivo si attesta ad un valore inferiore per effetto degli sconti per fasce di prezzo e l'ulteriore scomputo previsto recentemente dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122. Ne deriva che questo modello non considera alcuna remunerazione diretta per i servizi forniti dalla farmacia, la sola entrata è data dalla dispensazione del farmaco, siano essi etici o meno. Il modello in uso, quindi, contempla una sola dimensione della performance della farmacia, e non i diversi driver evidenziati nel § 2.7.4, dimostrandosi – da un punto di vista teorico – disallineato rispetto al contesto di riferimento che il legislatore ha progressivamente disegnato negli ultimi anni.

La soluzione italiana potrebbe risiedere nell'implementare un modello misto «che permette di orientare entrambe le attività del farmacista, quella tradizionale di dispensatore di farmaci e quella più “innovativa” di erogatore dei servizi legati all'informazione, la prevenzione, l'autodiagnosi, ecc.» (Castellini, Vagnoni, 2008: 160).

2.9.1 La remunerazione della farmacia nel contesto internazionale

A livello internazionale, a partire dagli anni '80, si registra un modificarsi delle caratteristiche della farmacia, e un'evoluzione del suo ruolo all'interno del contesto sanitario. L'evoluzione è andata nella direzione della cosiddetta “farmacia dei servizi” con profondi cambiamenti delle attività e prestazioni erogate dalla stessa.

Essendo la farmacia e il farmacista attori del Sistema sanitario del paese di riferimento, alcuni paesi hanno introdotto meccanismi di incentivazione e remunerazione dei servizi che questi erogano così da favorire il recupero del ruolo professionale del farmacista nella direzione della cosiddetta *Pharmaceutical Care*.

Il termine “pharmaceutical care”, usato per la prima volta nel 1975 (Mikeal et al., 1975: 567-574), è divenuto poi un concetto di ampia diffusione 15 anni più tardi (Hepler, Strand, 1990: 533-543), tanto che oggi coinvolge tutto il mondo delle farmacie, rappresentando un approccio molto diffuso alla professione del farmacista, e connotando il ruolo della farmacia. La pharmaceutical care sta ad indicare un modo diverso di prendersi cura dei bisogni dei pazienti correlati al farmaco, ha contribuito allo sviluppo della professione, e presenta, da un punto di vista pratico, diverse modalità operative. Montgomery et al. (2007) hanno dimostrato

come la pharmaceutical care abbia avuto un effetto sulle attività quotidiane dei prescrittori di farmaci, sui farmacisti, e sulla loro concezione della propria professione. In un contesto di pharmaceutical care, hanno riscontrato che i farmacisti hanno ampliato le proprie responsabilità, hanno usato maggiormente le proprie conoscenze professionali, e si sono mostrati più consapevoli del proprio ruolo consulenziale nei confronti dei clienti/utenti. E i pazienti hanno percepito maggiori benefici.

Tale movimento ha progressivamente caratterizzato anche molti paesi europei, e non solo il nord America, introducendo caratteri operativi diversi e altrettanto vari modelli di remunerazione dei farmacisti. Già dal 1998, in Danimarca, in un documento di carattere generale la pharmaceutical care fu operazionalizzata come:

- (1) *“measures of medicine use outcome through quality-assured monitoring of medicine use and results,*
- (2) *patient counselling,*
- (3) *patient education, and*
- (4) *individual patient care”* (Rossing et al., 2005: 175-181).

Tali aree, in relazione alle quali era richiesta alle farmacie di assicurare la qualità, divennero responsabilità professionale dei titolari di farmacia, gettando le basi per un modello di remunerazione che oggi è pienamente legato ai servizi e alle prestazioni erogati, e alla capacità delle farmacie di perseguire specifici risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione. La farmacia, ormai ampiamente coinvolta nel sistema di public health e nei servizi c.d. “customer friendly” (Strandberg-Larsen et al., 2007), non incrementa la propria redditività per effetto della vendita di farmaci che recano un prezzo più alto, o per la vendita di maggiori volumi. Alla Farmacia è assegnato una remunerazione fissa per tutti i farmaci (costosi e non), e la remunerazione complessiva delle farmacie è fissata nell’ambito di un accordo con le autorità del settore sanitario della durata di due anni.

Le farmacie danesi sono impegnate nei seguenti processi e obiettivi:

- a) Promozione della salute
- b) Prevenzione di patologie
- c) Sicurezza dei pazienti
- d) Contenimento dei costi dei farmaci

Tali obiettivi vengono poi operazionalizzati per mezzo di progetti specifici che possono differire a seconda delle aree geografiche del paese.

Il progetto “Use Your Medicine Better” ha preso avvio alla luce del fatto che era stato rilevato come il 50% dei pazienti non rispettano le modalità di assunzione dei medicinali (spesso si verificano dimenticanze nell’assunzione del farmaco) con conseguenze quali ridotta qualità di vita, richiesta di ulteriori visite specialistiche, ospedalizzazione, etc..

Il servizio denominato “Dose Dispensed Medicine” permette al paziente di ricevere i farmaci in dosi uniche confezionate, evitando sprechi, migliorandone la sicurezza e agevolando le persone anziane croniche che spesso assumono più farmaci.

Il Progetto Jutland realizzato grazie alla collaborazione di farmacisti e MMG ha permesso di condurre alla riduzione del consumo di benzodiazepine attraverso consulenze e sensibilizzazione, in un gruppo di pazienti affetti da patologie psichiatriche.

A fronte di ciascun progetto o di ciascun servizio implementato, vengono implementati sistemi di misurazione dei risultati che permettono di valutare l’efficacia rispetto agli obiettivi di politica sanitaria, e in base a ciò remunerare le farmacie.

La scelta del contesto danese è originata proprio dal contesto di aumentata concorrenza: con l’avvento dei supermercati e la liberalizzazione della distribuzione, l’associazione delle farmacie danesi ha compreso che la Farmacia rimaneva l’unico posto dove il paziente poteva ricevere un “servizio di prima classe”, e mai uscire senza che il problema fosse stato risolto (Mason, 1999: 754-755). Il modello danese, articolato secondo le direttrici appena citate, ha permesso di conseguire i risultati che il paese aveva prospettato. Ad esempio, per quanto riguarda la sostituzione dei farmaci brand con farmaci generici, aspetto particolarmente attuale nel contesto italiano – ancor più con le disposizioni dell’estate del 2012 -, in Danimarca è stato possibile giungere a spendere circa 550 Euro di farmaci per abitante, il valore più basso dei Paesi OCSE (se si escludono Messico e Polonia). Il 55% dei farmaci consumati in Danimarca sono generici. L’impegno delle farmacie non è stato solo nel promuovere i farmaci generici, ma è stato anche molto ampio nel ridurre il consumo dei farmaci. Il modello olandese di remunerazione è sostanzialmente fondato sulla tipologia “fee for service”, e prevede:

- una fee fissa per prescrizione (non correlata al costo del farmaco, né alla quantità);
- una fee di sostituzione (poiché i prescrittori dovrebbero indicare il principio attivo e non il brand, il farmacista sceglie il farmaco da erogare, e ha diritto ad una fee pari ad 1/3 della differenza tra farmaco brand e farmaco generico);
- un margine in media del 20-30% sui prodotti farmaceutici c.d. ‘non etici’.

Altro paese dove le farmacie territoriali sono state ampiamente impegnate a collaborare nel perseguimento di obiettivi di salute pubblica, secondo standard definiti a livello centrale, è stata l'Olanda. Già nel 1996 sono stati emanati i Dutch Pharmacy Standards, criteri piuttosto stringenti in relazione ai quali valutare diversi aspetti della qualità del trattamento tra cui il concetto di appropriatezza della cura; tali standard sono stati poi spesso inclusi nel contratto tra assicurazioni (le principali detentrici del sistema sanitario) e farmacie (Mark, 2008: 353-359). Quanto alla dispensazione, nel luglio del 2008, il governo olandese ha approvato una nuova struttura remunerativa per le farmacie, che prevedeva:

€ 5.30 Normale prescrizione

€ 2,90 Week-dosing dispensing (dispositivo Baxter)

€ 1.50 Dispensazione medicinale per la prima volta (supplement)

€ 10.60 Dispensazione durante le ore di chiusura (supplement)

€ 10.60 Preparazioni medicinali (supplement)

€ 79.40 Preparazioni complesse (sterile, etc. supplement).

Come per l'esperienza della Danimarca, anche in Olanda il contesto di riferimento è centrato sulla pharmaceutical care. Le disposizioni legislative riconoscono ospedali e farmacie di comunità come erogatori di cure, "care givers". Inoltre:

- dagli anni '80 sono applicati standard di 'medication surveillance' in tutte le farmacie (MUR);
- vice un sistema di cooperazione delle farmacie con i MMGs nei cosiddetti FTO-groups (si incontrano ogni 2 mesi), denominati anche Consultazioni Farmacoterapeutiche;
- vengono fornite istruzioni strutturate per farmaco dispensato per la prima volta e per la seconda volta;
- le farmacie propongono 'Pacchetti' standard di cure base per alcune patologie che vengono individuate dai policy makers (asma, diabete, etc.), e servizi (travel advice, polipharmacy...).

La letteratura, internazionale e italiana, poi, riferisce dell'esperienza di altre realtà nazionali in materia di remunerazione della farmacia, proponendo naturalmente la connessa considerazione del ruolo della farmacia nello specifico del contesto sanitario del paese considerato. Castellini, Vagnoni (2008) trattano le esperienze di alcune province canadesi, dell'Inghilterra e del Canton Ticino in Svizzera, evidenziando come il sistema di remunerazione delle farmacie sia stato modificato nell'obiettivo di modificare il ruolo delle farmacie, di modo tale che queste contribuissero sia al miglioramento della qualità della salute

dei cittadini, sia al contenimento della spesa farmaceutica. Seppure le esperienze possono essere piuttosto diversificate, il denominatore comune è rappresentato dall'inclusione nel sistema di remunerazione di criteri che considerino i servizi e le prestazioni erogati, al di là della dispensazione dei farmaci. Al riguardo Burkard (2011) riferisce dell'esperienza delle farmacie svizzere, e dell'impatto del nuovo modello di remunerazione avviato fin dal 2001. In tempi più recenti, altri paesi in Europa hanno intrapreso la via di una revisione del modello di remunerazione basato sulla remunerazione dei servizi, tra questi la Francia e il Belgio (Association pharmaceutique belge, 2011).

In tale contesto, sembra ormai anacronistico un modello avulso dai caratteri della pratica professionale che potrebbe modificarsi anche solo sulla spinta di fattori non istituzionali, e dunque per effetto di azioni volontarie da parte delle farmacie.

Capitolo 3

Quadro teorico di riferimento

Sommario: 3.1. Introduzione; 3.2. Il razionale; 3.3. Il modello teorico di indagine; 3.4. Obiettivo della ricerca; 3.5. Disegno dello studio e il metodo di indagine; 3.5.1. Strategie di ricerca; 3.5.2. La misurazione delle variabili; 3.5.3. La popolazione di riferimento e il campione potenziale; 3.5.4. La scelta dello strumento di indagine: il questionario; 3.6. La modellizzazione; 3.6.1. Il modello di regressione lineare multipla; 3.6.2. Il modello di regressione multipla in termini matriciali; 3.6.3. Le ipotesi del modello classico; 3.7. L'elaborazione dei dati

3.1 Introduzione

Nel corso del capitolo 1 e 2 sono stati messi in evidenza sia le caratteristiche del contesto in cui la farmacia territoriale opera, sia i cambiamenti e le sfide che in tempi più recenti il paese ha posto per queste. Mentre in alcuni contesti nazionali, la farmacia territoriale costituisce una realtà che opera in un contesto relativamente stabile, ed ha una sua connotazione in termini di ruolo e attività svolta, in Italia, la farmacia territoriale presenta ancora caratteri di tipo tradizionale in un contesto che sta rivedendone il ruolo. Di fatto, in Italia, la realtà è molto magmatica e il trend intrapreso lascia chiaramente intravedere che il ruolo della farmacia debba cambiare per abbracciare maggiormente un ruolo e un modello di farmacia maggiormente orientato a produrre prestazioni a cui i cittadini riconoscono valore per il miglioramento del proprio stato di salute, il tutto al di là della dispensazione del farmaco.

In considerazione delle caratteristiche del contesto, e vista la rilevanza della farmacia sia da un punto di vista della tutela della salute, sia da un punto di vista socio-economico, il presente lavoro intende analizzare il grado di diffusione della cultura economico-manageriale nelle farmacie territoriali, e investigare la misura in cui queste potranno svolgere il ruolo di agenti di cambiamento e accogliere positivamente le sfide oggi poste dal contesto di riferimento.

A tal fine, è stato articolato un percorso di ricerca che verrà illustrato nei paragrafi successivi. Partendo dal razionale, viene poi descritto il framework teorico di riferimento, le research questions, la metodologia e i metodi utilizzati.

3.2 Il razionale

Il SSN ha attivato nel corso dell'ultimo decennio molti meccanismi volti a contenere i costi della sanità, nonché i costi per il servizio farmaceutico. Tra questi, la ricerca di una maggiore economicità del sistema salute ha condotto a ricercare efficienza del sistema anche per mezzo di una maggiore competitività dello stesso, che ha visto quindi aumentare il numero di attori (sempre più farmacie, GDO, etc. competono lungo un analogo segmento di mercato). Assumendo la prospettiva delle farmacie territoriali, tali azioni hanno comportato una erosione della quota di mercato, e conseguentemente dei margini di remunerazione. Rudholm (2008: 258-263) ha concluso come la modifica del mercato farmaceutico per effetto di nuovi attori che vendono farmaci, produca conseguenze sul piano dei costi e dei ricavi delle tradizionali farmacie di comunità.

In secondo luogo, la ricerca di una maggiore efficienza del sistema salute nel suo complesso ha condotto ad un'organizzazione diversa delle attività connesse al processo di distribuzione dei farmaci. Sempre più le regioni hanno optato per una distribuzione diretta del farmaco da parte delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, nell'intento di recuperare efficienza per via di un maggior potere nella gestione della funzione d'acquisto con le industrie farmaceutiche (Garattini L., Ghislandi S., 2006: 79-83). Conseguentemente, si è progressivamente ridotta la quantità di farmaci distribuiti attraverso le farmacie territoriali. Tale situazione ha contribuito ulteriormente ad una perdita di quota di mercato delle farmacie, e di conseguente remuneratività.

A questi aspetti si aggiunge la spinta sempre maggiore che il Paese ha dato alla diffusione di farmaci generici, attraverso cui – ancora una volta – realizzare un contenimento della spesa farmaceutica nazionale. La diffusione dei generici, anche favorita dalle progressive scadenze brevettuali, rischia di penalizzare le farmacie territoriali il cui modello di remunerazione è ancora basato sul mark-up. Pertanto, la vendita di farmaci a più basso prezzo, implica un più basso margine.

In tale contesto, il modello di remunerazione della farmacia basato sullo “sconto”, quindi commisurato al fatturato, rende la farmacia un'organizzazione aziendale statica e scarsamente orientata allo sviluppo in senso strategico del suo ruolo e delle sue attività. In più, le modifiche intervenute fanno emergere il problema connesso alla professionalità del farmacista, che in un contesto particolarmente statico rischia di essere sottoutilizzato, e di impoverirsi ulteriormente.

3.3 Il modello teorico di indagine

Le esperienze internazionali hanno dimostrato la capacità della farmacia territoriale di contribuire:

- (a) al contenimento della spesa farmaceutica attraverso un miglioramento dell'aderenza delle prescrizioni farmaceutiche, e una razionalizzazione nella somministrazione di farmaci in linea con i principi di costo-efficacia sottostanti le valutazioni di farmacoeconomia (Roila, Ballatori: 2009; van Hout, Klok, et al: 2002; Finders, 1997; Grabowski, Mullins: 1997);
- (b) alla valorizzazione delle competenze professionali del farmacista;
- (c) al raggiungimento degli obiettivi di clinical governance posti dal sistema sanitario (Silcock, Raynor, Petty: 2002).

La letteratura ha posto in evidenza come i cambiamenti nel ruolo istituzionale della farmacia generino dei cambiamenti in termini di professionalità e di competenze e conoscenze richieste.

Alla luce degli studi presenti in letteratura che hanno dimostrato l'efficacia e la rilevanza del ruolo della farmacia territoriale nel contribuire al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dello stato di salute di una popolazione, attraverso l'attiva partecipazione ad alcune fasi/attività del processo sottostante, viene proposto un quadro teorico di riferimento per analizzare il grado di diffusione della cultura economico-manageriale nelle farmacie territoriali, e investigare la misura in cui queste potranno svolgere il ruolo di agenti di cambiamento e accogliere positivamente le sfide oggi poste dal contesto di riferimento.

Orientamento manageriale

La farmacia è oggi ripositionata come provider di servizi sanitari che in molti paesi ha condotto allo sviluppo del movimento definito Pharmaceutical Care (Gebauer, 2008: 175-187; Oliva, Kallenberg, 2003). In altri contesti tale processo ha costituito l'occasione per rivedere le professioni operanti nella farmacia, talvolta in senso molto specialistico. Su questa scia, la farmacia ha subito cambiamenti anche in senso manageriale, rinnovando il profilo del farmacista e ricercando nuove fonti di vantaggio competitivo. L'orientamento manageriale dell'azienda si basa su un approccio razionale alla gestione che prende avvio dalla individuazione, non necessariamente in forma esplicita, degli obiettivi da perseguire nel medio-lungo termine, e conseguentemente delle azioni da porre in essere. La predisposizione al pensiero strategico quindi assume particolare rilievo nel condurre l'attività aziendale.

Secondo l'attention-based theory dell'impresa (Ocasio, 1997: 187-206; Ocasio, Joseph, 2005: 39-61), la formulazione della strategia costituisce un processo fluido e distribuito, dove le spinte ambientali, aziendali e individuali costituiscono forze che si intersecano, dando luogo ad un processo evolutivo guidato (Lovas, Ghoshal, 2000).

Chaganti, Sambharya (1987: 393-401) affermano come ogni azienda riflette la formazione dei suoi principali managers; ciò che un'organizzazione fa e il modo in cui assolve alle proprie funzioni può essere spiegato, almeno in parte, attraverso il profilo della sua alta direzione. Utilizzando l'approccio resource-based view, Aragon-Sanchez, Sanchez-Marìn (2005: 287-308) analizzano il legame tra orientamento strategico delle piccole e medie imprese e le conseguenze in termini di performance aziendale ed efficienza del business. A seconda dell'orientamento strategico adottato, l'azienda può enfatizzare o meno alcuni aspetti del management quali innovazione, disegno organizzativo, gestione delle risorse umane. Questi aspetti, di tipo manageriale, possono ampiamente determinare la performance aziendale e i livelli di efficienza. Gli Autori concludono come orientamenti strategici del tipo "prospector" e "defender" sono associati a risultati sostanzialmente diversi nelle imprese. Boeker (1997: 152-170) hanno poi evidenziato il ruolo delle caratteristiche manageriali nel generare il cambiamento strategico. Le caratteristiche dei manager, quindi, nella teoria manageriale, assumono particolare rilievo nell'orientare lo sviluppo di un'azienda. Pertanto, anche nelle farmacie territoriali, le caratteristiche dei titolari di farmaci e/o dei direttori, in quanto top manager di queste realtà aziendali, costituiscono variabili particolarmente importanti quando si vuole orientare lo sviluppo futuro.

A ciò si aggiunge anche che il processo di sviluppo di un servizio dipende dalle conoscenze manageriali (*management cognition*), come sottolineato con riferimento alle farmacie, da Pronk, Blom, Jonkers, Bakker, (2004: 221-226). La letteratura scientifica appena richiamata permette di sottolineare come le conoscenze manageriali siano rilevanti per sviluppare:

- a. Consapevolezza della struttura a migliorare il processo di sviluppo;
- b. Processi decisionali / valutazione economica, capacità di utilizzo informazioni;
- c. Modelli mentali / visione strategica, interpretazione del contesto di riferimento.

Conseguentemente assumono rilievo il grado di utilizzo che i manager fanno di determinati strumenti di controllo, quali sistemi contabili, bilancio, informazioni economiche e di attività. Dunque la capacità di controllo dei diversi elementi di costo, di ricavo relativi a singole aree di business, e all'azienda nel suo complesso costituiscono un'evidenza dell'orientamento manageriale.

Alla luce di quanto considerato, l'orientamento manageriale dei titolari e/o direttori di farmacia trova diretto riscontro con la performance della stessa.

Dall'esame della letteratura scaturisce la seguente *ipotesi*:

Hp1: L'utilizzo di dati e informazioni di carattere contabile e non, contribuisce a sviluppare il controllo e la capacità manageriale.

Visione del ruolo

Fincham, Clark (2009), Morgall, Almarsdóttir (1999) evidenziano come nel corso degli ultimi anni si sia assistito in molte realtà ad una diminuzione del ruolo professionale del farmacista, nonché ad un fenomeno di erosione dello status professionale, sottolineando come questo possa condurre alla diminuzione di potere del farmacista. Il potere costituisce, da un punto di vista organizzativo, una variabile particolarmente rilevante (Pfeffer, 1983) poiché da questo dipende la possibilità di esercitare influenza nelle attività connesse al business.

Altri autori hanno indagato la capacità del farmacista ad essere parte del network professionale dell'assistenza primaria (Chen Timothy, Crampton, Krass, Benrimoj, 1999: 134-144; Dobson, Taylor, Henry, Lachaine et al., 2009: 327-336) evidenziando come il farmacista possa realizzare con successo collaborazioni con infermieri e con MMG.

Inoltre, il modificarsi del ruolo del farmacista, già osservato in molti Paesi (per il Canada, Dobson, Taylor, Henry, Lachaine et al. 2009, 327-336; per l'Olanda, Mark 2008: 353-359; per l'Australia, Roberts, Benrimoj, Timothy Chen et al. 2005: 546-564; Roberts, Hopp, Sorensen et al. 2003: 227-234), conduce a cambiamenti nell'organizzazione del lavoro. La letteratura richiamata, infatti, ha rilevato come il cambiamento del ruolo del farmacista sia associato a:

- Cambiamento del tempo dedicato alle diverse attività da parte del farmacista (lavoro al banco, consulenze ai pazienti, gestione delle forniture, consegne a domicilio, etc.);
- Realizzazione di attività di consulenza ai pazienti con implicazioni sulle modalità di svolgimento e sul sistema delle informazioni necessarie (Bissell, Ward, Noyce, 2000: 343-359).

Pertanto, la percezione del ruolo della farmacia, e le attività a questo connesse, costituisce un aspetto predittivo della capacità della farmacia di abbracciare i cambiamenti richiesti dal contesto di riferimento.

Hp2. La capacità di introdurre un cambiamento e di assumere il ruolo di “agente di cambiamento” è associata all’utilizzo del sistema informativo e alla percezione del ruolo.

Hp3. La rilevanza assegnata a competenze e skill è funzione della rilevanza assegnata al ruolo professionale nelle diverse attività del business.

3.4 Obiettivo della ricerca

L’obiettivo della ricerca consiste nell’analizzare il grado di diffusione della cultura economico-manageriale nelle farmacie territoriali, e investigare la misura in cui queste potranno svolgere il ruolo di agenti di cambiamento e accogliere positivamente le sfide oggi poste dal contesto di riferimento. Più nello specifico il lavoro di ricerca intende rispondere alle seguenti research questions.

RQ1. Quali sono le variabili che permettono di spiegare la cultura economico-manageriale?

RQ2. Quali sono le variabili che permettono di spiegare la capacità di introdurre il cambiamento nelle farmacie?

RQ3. Quali sono le variabili che spiegano la rilevanza che i farmacisti assegnano a competenze e conoscenze?

L’analisi intorno alle research questions appena delineate è però preceduta da uno studio statistico che permetta di identificare le caratteristiche generali che le farmacie presentano nell’attuale contesto di riferimento, e più nello specifico:

- a. Quali sono le caratteristiche demografiche e formativi dei titolari di farmacia?
- b. Quali sono i servizi oggi erogati dalle farmacie, e quali le caratteristiche della loro gestione?
- c. Quali caratteri presenta la gestione economica della farmacia territoriale?
- d. Quale è la visione del contesto di riferimento che i titolari di farmacia hanno?

3.5 Disegno dello studio e il metodo di indagine

Lo studio oggetto della presente tesi si inserisce nell’ambito delle scienze sociali, avendo come oggetto d’indagine una entità aziendale, la farmacia di comunità. In quanto azienda, la farmacia si pone in una relazione omeostatica con l’ambiente di riferimento, il quale ne condiziona l’agire e i risultati. Inoltre, la farmacia presenta caratteri organizzativi, scelte,

ambiti di business, immagine, etc. che sono determinati dalle caratteristiche delle risorse umane che in essa operano. Il ruolo delle risorse umane è determinante per la qualità del servizio, per le relazioni con il mercato di riferimento, per il conseguimento di livelli di performance attesi.

Alla luce di tali caratteri, la definizione della strategia di ricerca, ovvero dell'approccio alla ricerca, risulta essere più complesso che nel campo delle hard science: nelle soft science, infatti, e tra queste le scienze sociali, occorre costruire l'impalcatura scientifica attraverso cui poi la realtà viene osservata e investigata. Pertanto, nel corso di questo paragrafo, viene dapprima definito l'approccio alla ricerca, come di tipo quantitativo, e successivamente vengono descritti i metodi utilizzati: la survey attraverso un questionario a risposte chiuse rivolto ai direttori/titolari di farmacia; la modellizzazione attraverso la regressione lineare multipla. Nell'articolare le caratteristiche dei metodi utilizzati, vengono chiaramente trattate la tecnica di campionamento e la popolazione di riferimento, nonché il dettaglio dello strumento per la raccolta dei dati.

3.5.1 Strategie di ricerca

Il riconoscimento della speculazione del pensiero che conduce ai concetti non esclude l'importanza del metodo sperimentale tra i metodi della ricerca scientifica, anzi ne esalta le potenzialità.

Ferraris Franceschi (1998) parla di approccio deduttivo-induttivo come tipico degli studi economico-aziendali. L'approccio deduttivo inizia da una relazione astratta e logica tra concetti e ci si muove verso la ricerca di evidenze empiriche concrete. L'approccio induttivo inizia dalla dettagliata osservazione del mondo per astrarre idee e generalizzazioni (Neuman, 1997), ma entrambi sono necessari per l'indagine della realtà sociale. Tuttavia, i metodi sperimentali e le modellizzazioni costituiscono strategie di ricerca frequentemente riscontrate nei lavori pubblicati nell'ambito delle scienze sociali.

Al di là degli estremi appena richiamati, la relazione tra teoria e ricerca presenta diverse sfaccettature, tra queste si ricorda gli sviluppi della 'grounded theory' e della 'middle-range theory'.

Lo studio dei problemi economico-aziendali in quanto problemi legati ad una scienza sociale porta ad interrogarsi sulla loro natura e quindi, a scegliere una prospettiva o un quadro di riferimento (cioè un insieme di concetti e assunti) attraverso il quale osservare il mondo.

Con l'espressione *metodologia* si intende la filosofia del processo di ricerca: «Essa comprende gli assunti e i valori che servono da base razionale per la ricerca, gli standard o i

criteri che il ricercatore utilizza per interpretare i dati e per pervenire alle conclusioni. Una metodologia di ricerca determina fattori come il modo di formulare le ipotesi e di definire il grado di conferma necessario per decidere se respingere o non respingere un'ipotesi» (Bailey, 1985, p. 52).

Per *metodo* si intende invece la tecnica o lo strumento di ricerca utilizzato per raccogliere i dati.

Parte della tradizione di ricerca nelle scienze sociali è legata al positivismo scientifico: Durkheim (1938) ad esempio, afferma che i fenomeni sociali sono dotati di un ordine (come i fenomeni della natura) e possono essere generalizzati. Il compito del ricercatore non è tanto quello di descrivere e spiegare eventi storici unici, ma è quello di scoprire le leggi scientifiche e le relazioni di tipo causale che stanno dietro al comportamento umano.

All'opposto si colloca la posizione di Dilthey il quale afferma che la volontà umana è libera e nessuno è perciò in grado di predirne le azioni o avanzare generalizzazioni. Mentre la posizione di Weber (1947) è favorevole all'indagine dei fenomeni sociali come il prodotto dell'azione volontaria dell'uomo che è situazionale e non semplicemente determinata da leggi universali.

Corbetta P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche – III Le tecniche qualitative*, Il Mulino, Bologna definisce *metodologia* come «un discorso sul metodo, una critica della ricerca scientifica, che non è né la descrizione o presentazione dei metodi stessi, né la riflessione critica generale intorno alla conoscenza scientifica che è invece l'oggetto dell'epistemologia o filosofia della scienza. Per “tecniche” (e in questo caso sottolineiamo l'utilizzazione del plurale contro il singolare di metodologia: le tecniche sono molte, ma la riflessione su di esse è una sola) intendiamo invece le specifiche procedure operative – riconosciute dalla comunità scientifica e trasmissibili per insegnamento – di cui una disciplina scientifica si avvale per l'acquisizione e il controllo dei propri risultati empirici. Metodologia e tecniche fanno parte di un continuum indissolubile, Weber (1947) ad esempio, avverte che «la metodologia può essere soltanto un'autoriflessione sui mezzi che hanno trovato conferma nella prassi, e l'acquisizione di una loro esplicita consapevolezza non è il presupposto di un lavoro fecondo più di quanto la conoscenza dell'anatomia sia il presupposto di una corretta andatura.

Bierstedt (1970) sostiene che in un approccio scientifico di tipo positivo, la scienza sociale diviene una disciplina categoriale e non normativa.

Secondo Creswell (2003, p. 18): «the knowledge claims, the strategies, and the method all contribute to a research approach that tends to be more quantitative, qualitative or mixed» (p. 18). In particolare, descrive Creswell (2003, p. 18):

- nell'approccio quantitativo il ricercatore utilizza il riduzionismo (definizione di variabili, supposizione di relazioni causali tra dette variabili, formulazione di ipotesi, test di ipotesi mediante misurazione e osservazione) per sviluppare la conoscenza di un dato fenomeno sociale e vi abbina metodi di ricerca quali esperimenti, surveys, ecc. passibili di fornire dati di tipo numerico e trattabili in modo statistico,
- nell'approccio qualitativo il ricercatore utilizza una prospettiva costruttivista (es. riconoscimento della molteplicità di significato dell'azione sociale, riconoscimento che la realtà osservata è socialmente e storicamente costruita, ecc.), o partecipativa (es. orientata all'esplorazione delle istanze politiche, di cambiamento, ecc.) e vi abbina strategie di ricerca quali la narrazione, l'etnografia, il caso studio di tipo qualitativo, per ottenere dati open-ended.

I due approcci non rappresentano necessariamente un'alternativa imprescindibile, ma semplicemente due modi complementari di ricerca, Zimmermann (1989, p. 82) sostiene che: «we do not have to reject quantitative methods to approve of qualitative methods. Posing one against the other is presenting a false choice [...] each way of doing research is a construction and has its bias». La tabella 3.1 sintetizza i due approcci.

TABELLA 3.1. – *Quantitative and Qualitative approach.*

<i>Quantitative</i>	<i>Qualitative</i>
Measure objective facts	Construct social reality, cultural meaning
Focus on variables	Focus on interactive processes, events
Reliability is key	Authenticity is key
Value free	Values are present and explicit
Independent of context	Situationally constrained
Many cases, subjects	Few cases, subjects
Statistical analysis	Thematic analysis
Researcher is detached	Researcher is involved

FONTE: adattamento da Creswell (2003, p. 19), Neuman, Kreuger (1999, p. 16), Denzin and Lincoln (1994), Guba and Lincoln (1994), Mostyn (1985), Tashakkory and Teddlie (1998)

Le esigenze conoscitive rispetto all'oggetto di ricerca Farmacie territoriali, così come descritte nei capitoli 1 e 2 inducono a intersecare un approccio di tipo quantitativo con un approccio di tipo qualitativo. Se molti degli aspetti che caratterizzano l'approccio quantitativo sono ben noti all'ambito delle hard science, tra cui le scienze farmaceutiche, gli aspetti che caratterizzano l'approccio di tipo qualitativo sono più inusuali. Se ne riportano, quindi, le cui caratteristiche come evidenziate da Rossman e Rallis (1998):

1. "qualitative research takes place in the natural setting. The qualitative researcher often goes to the site of the participant to conduct the research. This enables the researcher to develop a level of detail about the individual or place and to be highly involved in actual experiences of the participants,
2. qualitative research uses multiple methods that are interactive and humanistic. The methods of data collection are growing and they increasingly involve active participation by participants and sensitivity to the participants in the study".

Ragin (1994) spiega le differenze tra approccio quantitativo e qualitativo in questo senso: «the key features common to all qualitative methods can be seen when they are contrasted with quantitative methods. Most quantitative data techniques are data condensers. They condense data in order to see the big picture. Qualitative methods, by contrast are best understood as data enhancers. When data are enhanced, it is possible to see key aspects of cases more clearly».

Qualitative researcher look for involvement of their participants in data collection and seek to build rapport and credibility with the individuals in the study. [...]

- qualitative research is emergent rather than tightly prefigured [...],
- qualitative research is fundamentally interpretative. This means that the researcher makes and interpretation of the data. This includes developing a description of an individual or setting, analysing data for themes or categories, and finally making an interpretation or drawing conclusions about its meaning personally and theoretically, stating the lessons learned, and offering further questions to be asked (Wolcott, 1994) [...],
- the qualitative researcher views social phenomena holistically.

This explains why qualitative research studies appear as broad, panoramic views rather than micro-analyses, [...]

- the qualitative researcher systematically reflects on who he or she is in the inquiry and is sensitive to his or her personal biography and how it shapes the study [...],

- the qualitative researcher uses complex reasoning that is multifaceted, iterative and simultaneous. Although the reasoning is largely inductive, both inductive and deductive processes are at work. The thinking process is also iterative, with a cycling back and forth from data collection and analysis to problem reformulation and back. Added to this are the simultaneous activities of collecting, analyzing and writing up data.» (Creswell, 2003, pp. 181-183).

Sostanzialmente attraverso l'approccio qualitativo non si assume che esista una singola visione del mondo, ma differenti metodi di ricerca evidenziano differenti prospettive: nella ricerca qualitativa queste differenze vengono anticipate e trattate come una preziosa fonte di informazione rispetto alla vita sociale (Neuman, 1997, p. 336).

Nell'ambito della ricerca qualitativa Bryman e Burgess (1994, p. 2) più che di tecniche o fasi parlano di un processo dinamico che lega problemi, teorie e metodi, in una continua interazione tra mondo concettuale ed empirico, dove la deduzione e l'induzione si realizzano nello stesso tempo.

Merriam (1988), Marshall e Rossmann (1989) sostengono che la raccolta dati e la loro analisi deve essere un processo simultaneo nella ricerca qualitativa. Schatzman e Strauss (1973) e Jacob (1984) sottolineano che l'analisi dei dati qualitativi prevede innanzitutto una loro classificazione in categorie che possano aiutare ad identificare e a descrivere i patterns e i temi dalla prospettiva dei partecipanti per poi comprenderli e spiegarli (Agar, 1980).

Bryman e Bell (2007: 613 e ss) evidenziano proprio come i confini tra approccio qualitativo e quantitativo possano essere abbattuti, e al riguardo evidenziano diverse fasi della ricerca in cui i due approcci possono trovare funzionalità dell'uno verso l'altro.

Ai fini del presente lavoro, si realizza una parziale combinazione dei due approcci, nel momento in cui attraverso un set di 6 interviste e la partecipazione a due focus group vengono individuate le variabili rilevanti da investigare attraverso un questionario. Si ricerca quindi la collaborazione degli attori del contesto nella fase antecedente la predisposizione del questionario, per poi realizzare lo studio in via deduttiva.

Survey

Il metodo dell'indagine, conosciuto anche come survey nella letteratura internazionale, costituisce un metodo per raccogliere informazioni quantitative con riferimento ad una popolazione o a specifici oggetti. Quello dell'indagine è uno dei metodi che si possono scegliere in relazione ad approcci quantitativi o qualitativi alla ricerca. La tabella 3.2 mette in

evidenza le diverse opzioni in termini di metodi, evidenziando anche le più generiche forme di research questions associate.

TABELLA 3.2. – Strategie di ricerca ed opzioni metodologiche

<i>Strategy</i>	<i>Form of research Question</i>	<i>Requires control over behavioural events?</i>	<i>Focuses on contemporary events?</i>
Experiment	How, Why	Yes	Yes
Survey	Who, What, Where, How many, How much	No	Yes
Archival analysis	Who, What, Where, How many, How much	No	Yes/No
History	How, Why	No	No
Case study	How, Why	No	Yes

FONTE: Yin (1985: 17)

Il metodo della survey fornisce importanti dati e informazioni in tutti i campi di ricerca: nel marketing, in psicologia, nell'ambito delle professioni associate al settore della salute, in sociologia. Una survey può focalizzarsi su vari elementi, quali preferenze, comportamenti, dati di fatto, a seconda dell'obiettivo. Poiché il metodo dell'indagine è sempre basato su un campione di popolazione, il successo della ricerca dipende dalla rappresentatività della popolazione di riferimento. Il metodo dell'indagine richiede di identificare principi e criteri per il disegno dello studio, la raccolta dati, l'analisi dati. Come conseguenza, le sfide principali del ricercatore che adotta il metodo della survey sono riconducibili a come:

- identificare e selezionare il campione potenziale;
- contattare gli individui oggetto del campione e raccogliere dati da questi;
- valutare e testare le domande;
- individuare la modalità di porre domande e raccogliere le risposte;
- controllare l'accuratezza dei dati e la consistenza degli stessi.

Nel campo della sanità, il metodo della survey è stato ampiamente utilizzato in letteratura (Abernethy, Vagnoni, 2004; Abernethy, Stoelwinder, 1995). L'analisi della letteratura poi ha

permesso di evidenziare come la survey abbia supportato lavori scientifici anche con riferimento alle farmacie (Mark, 2008; Heidari, Vagnoni, 2010). Pertanto, il metodo dell'indagine è stato scelto in quanto efficace a supportare la raccolta dei dati, alla luce del disegno dello studio e degli obiettivi di ricerca.

3.5.2 La misura delle variabili

Orientamento economico-manageriale

L'attitudine manageriale dei farmacisti è stata misurata catturando la loro abilità di controllare l'andamento del business nelle diverse forme. Sulla base di Archer & Otley (1991), l'orientamento manageriale dei farmacisti è stato misurato attraverso la loro percezione rispetto a variabili di controllo. Considerando la letteratura in tema di controllo di gestione e sistemi di management accounting (Atkinson et al., 1997; Merchant and Van der Stede, 2003; Horngren et al., 2003) e gli studi empirici (Foster e Young, 1997; Garg et al., 2003; Sperckbacher et al., 2003), è stato creato uno specifico framework per valutare la misura in cui i farmacisti hanno il controllo dei ricavi, dei costi complessivi, dei fattori di consumo e degli ammortamenti, dei margini parziali per servizio o per area di business, dei volumi di vendita, del turn over.

Utilità del sistema informativo

Ci sono pochi studi nella letteratura economico manageriale che esaminano l'uso dei sistemi informativi, e informativo-contabili (Ansari e Euske, 1987). L'obiettivo dello studio risiede nel catturare la misura in cui i rispondenti utilizzano il sistema di informazioni disponibili per ragioni manageriali. La letteratura sui sistemi informativi ha messo molti sforzi nello sviluppare misure del grado di soddisfazione rispetto alle informazioni. Pertanto, è stata adattata una tecnica sviluppata da Doll, Torkzadeh (1998) in ragione delle caratteristiche del sistema informativo delle farmacie. La tecnica include domande che richiedono ai rispondenti di indicare la loro soddisfazione con informazioni provenienti dalle diverse componenti del sistema di informazioni. Queste includono le informazioni per il bilancio, le informazioni quotidiane di cassa, la contabilità di magazzino, le informazioni sui beni mobili e immobili.

Ruolo dei detentori di informazioni

Come per altri contesti economici, anche per le farmacie territoriali il sistema informativo è frazionato tra una serie di professionisti specializzati "as a natural consequence of functional specialization of the general management function" (Nolan, 1973). La letteratura

sull'information re source management (IRM) (Sullivan-Trainor, 1989; Kolekofski, Heminger, 2003) asserisce la rilevanza delle informazioni quale risorsa che dovrebbe essere utilizzata dai manager per migliorare la pratica e l'operatività della propria azienda. Inoltre, Hartwick e Barki (1994) hanno dimostrato la correlazione tra il grado di partecipazione degli utilizzatori delle informazioni e l'utilizzo dei sistemi informativi. Doinea et al. (2011) ha analizzato il ruolo degli 'accountant' nello sviluppo e nell'uso dei sistemi informativi. Pertanto, sulla base di tale letteratura, lo studio analizza il ruolo dei detentori di informazioni (siano essi interni sia esterni all'azienda farmacia), nel costruire un orientamento manageriale da parte dei farmacisti direttori e titolari. Sono state strutturate specifiche domande per captare la misura in cui i rispondenti considerano rilevante il ruolo del commercialista, del responsabile di magazzino, dei consulenti nel contribuire alla gestione della farmacia.

Le caratteristiche del processo decisionale

Il processo decisionale è stato analizzato attraverso un insieme di domande volte a captare la misura in cui il processo di scelta dei farmacisti rispondenti risente generalmente da un insieme di fattori sintetizzati in: il background del direttore, il sistema informativo, l'associazione professionale a cui è iscritto, il commercialista, gli informatori farmaceutici. Le misure sono state sviluppate sulla base della teoria manageriale (Taylor, 1975) e della letteratura in tema di accounting (Hopwood, 1992; Gordon e Miller, 1976).

La tendenza al cambiamento

Usando la resource/advantage theory, Jambulingam et al. (2005) hanno classificato le farmacie americane secondo il loro orientamento imprenditoriale. Sulla base di Lumpkin e Dess (1996), gli autori definiscono l'orientamento imprenditoriale come "the processes, practices, and decision-making activities that lead to the development and delivery of new and innovative services that can differentiate an organization from others in its market". Tra le dimensioni dell'orientamento imprenditoriale, gli autori annoverano l'abilità e la volontà di innovare. Pertanto, la volontà di innovare è stata misurata attraverso la rilevanza che i rispondenti assegnano ad investimenti in nuovi servizi, a in nuove aree di business.

La percezione del ruolo professionale

Nel corso degli ultimi decenni, molti autori hanno studiato il ruolo dei farmacisti in diversi contesti nazionali. Sulla base di precedenti indagini (Castellini, Vagnoni, 2008) e della letteratura sul ruolo del farmacista, e considerando la legislazione nazionale, sono state

selezionate una serie di attività correlate al ruolo del farmacista. Quindi, ai rispondenti è stato richiesto di indicare per ognuna di tali attività, in che misura reputano che questa rientri nel ruolo di un farmacista territoriale. L'approccio alla misurazione di tale variabile è coerente con quello sviluppato da Adamcik et al. (1986).

Leve di attivazione di nuovi servizi

In considerazione del ruolo imprenditoriale dei titolari di farmacia, sono state misurate le variabili alla base della decisione di sviluppare nuove aree di business legate a servizi di prevenzione, consulenza, esami di laboratorio. Considerando la letteratura di marketing riferita allo sviluppo di nuovi servizi e prodotti (John e Sorey, 1998, de Brentanni, 1991; Voss, 1992) sono state definite alcune misure relative alle motivazioni per riposizionare il business della farmacia, con riferimento alla dimensione finanziaria, competitività e qualità.

3.5.3 La popolazione di riferimento e il campione potenziale

In Italia sono presenti 18.021 farmacie, suddivise tra pubbliche e private. Le farmacie pubbliche rappresentano una piccola percentuale del totale, tuttavia in alcuni contesti regionali costituiscono una realtà molto consolidata e presente.

Considerando i dati riguardanti le farmacie aderenti a Federfarma all'ottobre 2011, è stato estratto un campione potenziale di 3.000 farmacie territoriali aderenti a federfarma, pari al 18,31% dell'intera popolazione delle farmacie private. Dall'intera popolazione di riferimento le 3.000 farmacie sono state scelte con metodo casuale semplice – quello che Bailey (1985: 89) individua come *simple random sampling* – vale a dire una volta estratta una farmacia dalla popolazione di riferimento, questa non viene sostituita con altra. L'estrazione ha avuto luogo assegnando dapprima un numero a ciascuna farmacia che costituisce la popolazione di riferimento, e successivamente sono stati generati 3.000 numeri random che associati alla numerazione progressiva della popolazione, ha permesso la formazione del campione. Questa procedura è stata posta in atto per evitare che vi fossero bias, influenze da parte di chi conduce la ricerca, nel processo di selezione.

Analizzando il campione potenziale, emerge come questo rispecchi in modo alquanto omogeneo i diversi ambiti territoriali del nord, del centro e del sud del Paese. Bailey (1995, cap. 5, pag. 82) evidenzia i vantaggi del campionamento rispetto allo studio di una popolazione, e rileva come sia importante ai fini dell'efficacia dello studio, l'adeguatezza del campione. Secondo Sudman (1976: 86) la comune dimensione del campione nazionale per ambiti di studio quali la finanzia, la medicina, le attitudini, ha una dimensione modale (la più

frequente dimensione riscontrata) pari a “1.000+”, con un 25% di studi nazionali in ambito medico-sanitario e con riferimento alle attitudini, che riportano un campione di 500.

TABELLA 3.3. – Popolazione di riferimento

NUMERO FARMACIE			
	COMPLESSIVE	PRIVATE*	PUBBLICHE^{oo}
VALLE D'AOSTA	49	43	6
PIEMONTE	1.538	1.438	100
LIGURIA	597	573	24
LOMBARDIA	2.837	2.382	455
VENETO	1.331	1.221	110
BOLZANO	124	118	6
TRENTO	165	141	24
FRIULI-V.GIULIA	385	361	24
EMILIA-ROMAGNA	1.245	1.036	209
MARCHE	505	424	81
TOSCANA	1.122	889	233
LAZIO	1.491	1.331	160
UMBRIA	271	219	52
ABRUZZO	503	465	38
MOLISE	170	164	6
CAMPANIA	1.617	1.559	58
PUGLIA	1.108	1.080	28
BASILICATA	206	202	4
CALABRIA	759	758	1
SICILIA	1.424	1.411	13
SARDEGNA	574	565	9
Totale nazionale	18.021	16.380	1.641

*dati Federfarma comprensivi dei 529 dispensari; ^{oo}dati Assofarm

3.5.4 La scelta dello strumento di indagine: il questionario

La costruzione del questionario ha preso avvio dai risultati di 6 interviste guidate rivolte a direttori farmacia, e dalla partecipazione a 2 focus group con esperti/direttori del mondo delle farmacie private e municipali. Nei 2 focus group (a cui hanno partecipato 6 esperti e 7 esperti rispettivamente) si è vista la partecipazione di esperti provenienti da diversi contesti aziendali e da diversi contesti geografici. Questa fase di interazione con attori del contesto di riferimento ha permesso di confermare le reaserch questions scaturite dall'analisi della letteratura e di focalizzare le principali categorie di variabili da indagare.

Avendo individuato la survey come metodo di indagine, le domande sono state strutturate in 37 quesiti facenti parte di un questionario rivolto ai direttori e/o titolari di farmacia. Il

questionario (si veda Allegato alla tesi), quale strumento di raccolta dati, è articolato in quattro distinte sezioni:

1. la prima sezione comprende 15 domande inerenti le caratteristiche generali del direttore/titolare della farmacia, tra cui dati demografici (età, genere, anzianità di lavoro), background (percorso di studio, titoli, esperienze al di fuori della specifica farmacia, formazione professionale), logistica, dimensione, abilità e capacità reputate rilevanti per svolgere la professione nell'attuale contesto;
2. la seconda sezione comprende 8 domande volte a rilevare la percezione del direttore/titolare del ruolo della farmacia nell'attuale contesto sociale e sanitario;
3. la terza sezione comprende 8 domande ed è finalizzata a raccogliere dati sulla natura dei servizi oggi erogati dalla farmacia, nonché sulle attività svolte, l'organizzazione del lavoro e la visione del business del direttore/titolare;
4. la quarta sezione comprende 6 domande finalizzate a rilevare le caratteristiche del sistema informativo, organizzativo e gestionale della farmacia.

Il questionario è stato sostanzialmente organizzato in close-ended questions, vale a dire in domande per le quali il ricercatore fornisce una serie di possibili risposte. Bailey (1995: 118) individua i vantaggi di tale forma di risposte: le risposte sono standard e possono essere comparate tra un rispondente e l'altro; le risposte sono semplici da codificare e analizzare; il rispondente rileva molto chiaramente il significato della domanda; le risposte sono relativamente complete e viene minimizzato il volume e l'effetto di risposte irrilevanti o insensate. Sono state invece utilizzate open-ended-questions con risposte articolate in categorie pre-definite per rilevare dati connessi a profilo demografico dei rispondenti, profilo professionale e formazione.

Tranne per le domande volte a rilevare dati demografici e di background, il questionario è organizzato secondo la scala Likert 1-7, dove la risposta pari a 1 sta a individuare "forte disaccordo" con l'affermazione relativa, mentre la risposta pari a 7 sta a significare "forte accordo" con la relativa affermazione.

Il questionario è stato predisponendo accogliendo le variabili reputate rilevanti dalla letteratura che costituisce il quadro teorico di riferimento dello studio. Una volta articolato il questionario, questo è stato testato con 6 farmacie al fine di valutare l'appropriatezza e la comprensibilità del linguaggio utilizzato. A seguito della fase di test, sono stati adottati pochi adattamenti per accogliere i suggerimenti ricevuti, e successivamente il questionario è stato somministrato al campione potenziale.

La somministrazione del questionario è stata effettuata per posta nel periodo ottobre 2011-aprile 2012. Un questionario cartaceo è stato inviato per posta ordinaria in una busta indirizzata al direttore della farmacia, accludendo una busta pre-affrancata e con l'indirizzo di ritorno già stampato, per rinviare il questionario compilato, e una lettera di presentazione della ricerca. Tale forma di somministrazione, piuttosto utilizzata nel campo delle scienze sociali, è reputata efficace (Bailey, 1995) per raccogliere dati nelle indagini a sfondo economico, seppure presenti un elevato costo di gestione. Ai rispondenti è stato assicurato l'anonimato dei dati e risposte forniti.

Il questionario, come forma di raccolta dati, presenta vantaggi e punti critici di cui si è consapevoli (Bryman e Bell, 2005: 231). Tra le critiche che vengono rivolte al questionario auto-compilato, strutturato nel modo sopra descritto, si riporta quella connessa all'acquisizione di dati attraverso la formulazione di categorie da parte del ricercatore. Tuttavia, la letteratura in materia di research methodology afferma che questa è un'osservazione mossa sulla base di intuizioni, ma che non ha trovato riscontro.

Una volta ricevute le risposte queste sono state aperte e il data-entry è stato effettuato in un data base in formato Excel, affinché poi potesse essere utilizzato per elaborazioni specifiche attraverso il software MINITAB®.

3.6 La modellizzazione

Una volta inseriti nel data base Excel, i dati raccolti sono stati sottoposti ad un processo di verifica del grado di completezza delle risposte, di modo tale da rilevare il data base utilizzabile per le elaborazioni successive.

I dati sono stati poi elaborati utilizzando:

- (1) tecniche di *statistica descrittiva*, condotta utilizzando il software SPSS, di modo tale da rilevare le frequenze relative;
- (2) un *modello di regressione lineare multipla*, di modo tale da individuare le variabili che spiegano il comportamento di alcune variabili definite dipendenti (Kleinbaum, 2007: 115 e ss.; Rawlings et al., 1998: 2 e ss.; Little, Rubin, 1989: 292-326).

3.6.1 Il modello di regressione lineare multipla

I modelli di regressione vengono utilizzati nella ricerca scientifica per rispondere ad una serie di quesiti (Kleinbaum, 2007: 36 e ss.), quali ad esempio:

- determinare quali delle principali variabili indipendenti sono importanti e quali non lo sono;
- determinare il miglior modello matematico che descriva la relazione tra una variabile dipendente e una o più variabili indipendenti;
- comparare alcune regressioni lineari derivate;
- valutare gli effetti dell'interdipendenza di due o più variabili indipendenti con riferimento ad una variabile dipendente.

L'analisi poggia quindi sulla individuazione di variabili dipendenti e variabili indipendenti, e su un processo di sviluppo a più livelli. Nell'ambito delle scienze sociali, l'analisi di regressione è molto utilizzata. Ogni anno, la letteratura riporta migliaia di analisi di regressione nelle riviste riguardanti le scienze sociali, e molte altre vengono svolte senza però essere pubblicate (Jackman, 2009: 99). L'analisi di regressione ricorre tutte le volte che si vuole stimare l'effetto di una variabile indipendente che ricorre su una variabile dipendente; i modelli di regressione inoltre, occupano un posto centrale tra le diverse tipologie di metodi di ricerca.

Nel modello di regressione semplice le variazioni della variabile dipendente sono spiegate mediante una sola variabile esplicativa. Si ottiene così un modello molto semplice che tuttavia non è sempre in grado di spiegare i fenomeni oggetto di ricerca, in maniera adeguata.

Un modello di regressione multipla spiega la variabile dipendente Y in funzione di k variabili esplicative o *regressori*, con $k > 2$,

$$Y = \beta_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon$$

Per convenzione la prima variabile esplicativa x_1 assume valore 1.

Il primo coefficiente di regressione b_1 rappresenta l'intercetta del modello. Gli altri coefficienti, costituiscono le derivate parziali della variabile dipendente rispetto alle variabili esplicative:

$$\frac{\partial Y}{\partial x_j} = \beta_j \simeq \frac{\Delta Y}{\Delta x_j} \quad \text{per } j = 2, \dots, k$$

Di conseguenza il coefficiente b_j esprime la variazione che subisce la variabile dipendente Y in seguito a una variazione unitaria della variabile esplicativa x_j , mentre il valore delle altre variabili esplicative rimane costante.

3.6.2 Il modello di regressione multipla in termini matriciali

Se si considera un campione di numerosità n sul modello di regressione lineare multipla, questo apparirà come segue:

$$Y = \beta_1 + \beta_2 x_{2i} + \beta_3 x_{3i} + \dots + \beta_k x_{ki} + \varepsilon_i \quad \text{per } i = 1, 2, \dots, n.$$

Il campione può essere rappresentato in termini matriciali. Sia Y un vettore le cui componenti sono costituite dalle n variabili casuali Y_1, Y_2, \dots, Y_n e X una matrice di dimensioni $n \times k$ con i valori delle variabili esplicative,

$$Y = \begin{bmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ \vdots \\ Y_n \end{bmatrix}, \quad X = \begin{bmatrix} 1 & x_{21} & \dots & x_{k1} \\ 1 & x_{22} & \dots & x_{k2} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ 1 & x_{2n} & \dots & x_{kn} \end{bmatrix}$$

Nella matrice X ogni colonna corrisponde ad un regressore: la prima colonna ha tutti elementi unitari, la seconda contiene i valori di x_2 e così via fino all'ultima colonna che contiene i valori di x_n . Si definisca quindi il vettore β , di dimensione k , con i parametri del modello di regressione e il vettore casuale ε , di dimensioni n , con gli errori

$$\beta = \begin{bmatrix} \beta_1 \\ \beta_2 \\ \vdots \\ \beta_n \end{bmatrix} \quad \varepsilon = \begin{bmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_2 \\ \vdots \\ \varepsilon_n \end{bmatrix}$$

Il campione è rappresentato in forma matriciale da

$$Y = X\beta + \varepsilon$$

che corrisponde a

$$Y_1 = \beta_1 + \beta_2 x_{21} + \beta_3 x_{31} + \dots + \beta_k x_{k1} + \varepsilon_1$$

$$Y_2 = \beta_1 + \beta_2 x_{22} + \beta_3 x_{32} + \dots + \beta_k x_{k2} + \varepsilon_2$$

...

$$Y_n = \beta_1 + \beta_2 x_{2n} + \beta_3 x_{3n} + \dots + \beta_k x_{kn} + \varepsilon_n$$

3.6.3 Le ipotesi del modello classico

Nel modello classico di regressione lineare multipla le ipotesi del modello di regressione lineare semplice diventano:

$$1. E[\varepsilon] = 0,$$

$$2. E[\varepsilon\varepsilon'] = s^2 I,$$

3. X è una matrice deterministica,

$$4. r(X) = k < n$$

La prima ipotesi afferma che il vettore degli errori ha valore atteso nullo, sicché $E[e_i] = 0$ per $i = 1, 2, \dots, n$.

La seconda ipotesi riguarda la matrice di varianza e covarianza degli errori; infatti gli errori hanno valore atteso nullo e pertanto si ha

$$\Sigma_\varepsilon = E[(\varepsilon - E[\varepsilon])(\varepsilon - E[\varepsilon])'] = E[\varepsilon\varepsilon']$$

Essa è una matrice scalare, in quanto è proporzionale alla matrice identica.

$$\Sigma_\varepsilon = E[\varepsilon\varepsilon'] = \sigma^2 I = \begin{bmatrix} \sigma^2 & 0 & \dots & 0 \\ 0 & \sigma^2 & \dots & 0 \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ 0 & 0 & \dots & \sigma^2 \end{bmatrix}$$

di conseguenza gli errori risultano omoschedastici e incorrelati, cioè

$$Var(\varepsilon_i) = \sigma^2 \quad \text{per } i = 1, 2, \dots, n$$

$$Cov(\varepsilon_i, \varepsilon_j) = 0 \quad \text{per } i \neq j$$

Questa ipotesi comprende le ipotesi (2) e (3) del modello di regressione semplice.

La terza ipotesi afferma che la matrice X è deterministica; ossia i regressori x_2, \dots, x_k sono variabili non stocastiche.

L'ultima ipotesi corrisponde alle ipotesi (5) e (6) del modello di regressione semplice. Assumere che la matrice X ha rango pieno significa assumere che la devianza di ciascuna variabile esplicativa x_2, \dots, x_k è positiva. Infatti se un regressore avesse devianza nulla la colonna corrispondente risulterebbe proporzionale alla prima colonna di X , sicché il rango risulterebbe minore di k . Inoltre se X ha rango pieno nessuna variabile esplicativa può essere espressa come combinazione lineare delle altre, in caso contrario risulterebbe ridondante. Questa ipotesi assume anche che il numero di osservazioni n è maggiore del numero di parametri da stimare k , il che costituisce una condizione necessaria per l'inferenza sul modello.

Le ipotesi implicano che il valore atteso della variabile dipendente si trova sulla funzione di regressione. Infatti:

$$E[Y] = E[X\beta + \varepsilon] = E[X\beta] + E[\varepsilon] = X\beta$$

poiché X è una matrice deterministica e $E[\varepsilon] = 0$. La variabile dipendente è una trasformazione lineare degli errori del tipo

$$Y = X\beta + \varepsilon$$

Di conseguenza Y ha la stessa distribuzione degli errori, traslata in modo che la media coincida con la funzione di regressione. Pertanto si ha

$$\Sigma_p = \Sigma_\varepsilon = \sigma^2 I$$

La matrice di varianze e covarianze di Y coincide con la matrice di varianza e covarianza degli errori.

3.7 L'elaborazione dei dati

Una volta inseriti nel data base Excel, i dati raccolti sono stati sottoposti ad un processo di verifica del grado di completezza delle risposte, di modo tale da rilevare il data base utilizzabile per le elaborazioni successive.

I dati sono stati poi elaborati utilizzando:

- tecniche di *statistica descrittiva*, condotta utilizzando il software SPSS, di modo tale da rilevare le frequenze relative;
- un *modello di regressione lineare multipla*, di modo tale da individuare le variabili che spiegano il comportamento di alcune variabili definite come dipendenti (Kleinbaum, 2007: 115 e ss.; Rawlings et al., 1998: 2 e ss.; Little, Rubin, 1989: 292-326).

Capitolo 4

Analisi descrittiva del campione

Sommario: 4.1. Introduzione; 4.2. Caratteristiche generali dei rispondenti; 4.3. Background e formazione; 4.4. Il ruolo e la professionalità del farmacista; 4.5. I servizi erogati dalla farmacia; 4.5.1. La gestione economica dei servizi; 4.6. La gestione della farmacia; 4.6.1 La gestione economico-aziendale; 4.6.2. La visione del contesto di riferimento; 4.6.3. L'orientamento strategico;

4.1 Introduzione

Alla luce degli obiettivi di ricerca, nel corso di questa sezione del lavoro si intende rispondere al primo quesito di indagine, fornendo un quadro delle caratteristiche delle aziende 'farmacia' oggetto di studio. Più nello specifico nel corso dei paragrafi successivi si intende osservare le farmacie territoriali da un punto di vista economico-aziendale, considerandone:

- (a) le caratteristiche generali;
- (b) il ruolo, la professionalità e le competenze a questi associati;
- (c) la natura dei servizi erogati, nonché la gestione economica degli stessi (le ragioni alla base dell'attivazione dei servizi, la capacità di monitoraggio dei risultati, etc.);
- (d) le caratteristiche della gestione e del processo decisionale;
- (e) la visione del contesto di riferimento e l'orientamento strategico.

Il questionario è stato inoltrato per la compilazione ai direttore e/o titolari di farmacia. Il tasso di risposta è stato del 24%, pari a 719 farmacie rispondenti. In considerazione della popolazione statistica di riferimento, del numero di questionari compilati e della distribuzione geografica degli stessi, oltre alla validità delle risposte ottenute in relazione anche ai valori mancanti, si ritiene il campione ampiamente significativo (Bailey, 1982: 103-130).

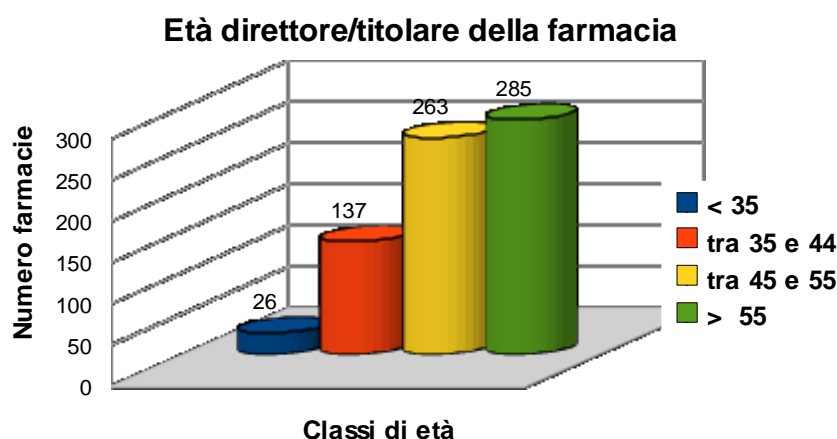
Nella prima sezione sono stati esaminati i caratteri generali, ma salienti del direttore/titolare della farmacia e della medesima, quali: età, sesso, logistica, dimensioni ecc., al fine di ottenere una fotografia sullo scenario di fatto presente oggi sul territorio nazionale. La seconda parte è finalizzata a rilevare la percezione de direttore/titolare del ruolo del farmacista nel contesto sociale e sanitario attuale. La terza sezione ha come scopo l'analisi della natura dei servizi attualmente erogati dalla farmacia, nonché le attività svolte e la visione strategica

del titolare/direttore. Nella quarta ed ultima parte del questionario vengono indagate le caratteristiche del sistema informativo, organizzativo e gestionale delle farmacie.

4.2 Caratteristiche generali dei rispondenti

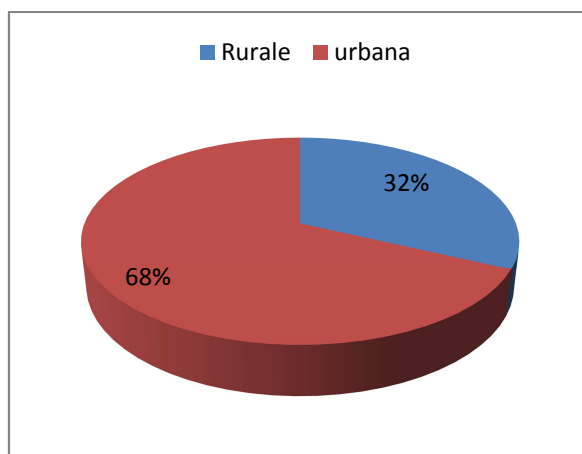
La prima variabile investigata è stata l'età del farmacista, suddivisa in quattro distinte classi: <35, fra 35 e 44, fra 45 e 55, e >55. Si registra la frequenza maggiore per l'ultima classe, >55, seguita con solo 23 unità di differenza dalla classe fra i 45 ed i 55 anni. Sono solo 26 i rispondenti appartenenti alla classe più giovane. L'andamento della variabile in esame è rappresentato nel grafico 4.1.

GRAFICO 4.1. – *Età dei titolari di farmacia.*



Dal punto di vista della rappresentazione del genere dei titolari di farmacia, il settore di studio si caratterizza per una presenza di maschi pari al 61,35%, mentre con riferimento all'ubicazione dell'attività, la maggioranza delle farmacie sono da considerarsi urbane, come riportato nel grafico 4.2. Tale composizione del campione è da considerarsi in linea con la caratteristica di localizzazione della popolazione nazionale di riferimento.

GRAFICO 4.2. – Localizzazione della farmacia.



Quanto all'anzianità di lavoro dei titolari nel settore farmaceutico (grafico 4.3), e nel ruolo (grafico 4.4), la maggior parte dei rispondenti risulta lavorare nel settore farmaceutico da più di 20 anni (73%), e svolgere la professione da più di 20 anni (41%). I dati lasciano considerare come il settore si caratterizzi per anzianità dei titolari e, dunque, per essere un settore maturo.

GRAFICO 4.3. – Anzianità di ruolo nel settore.

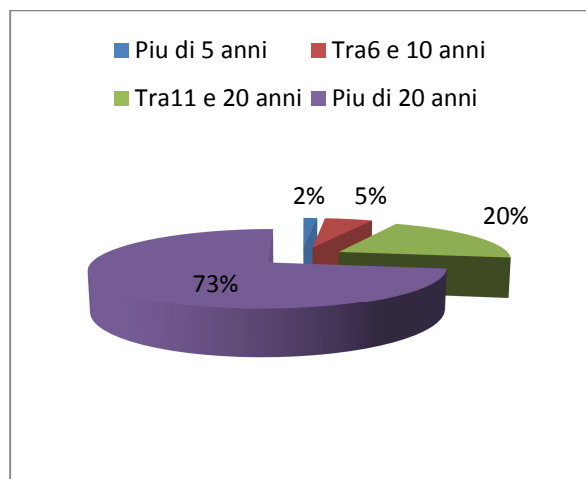
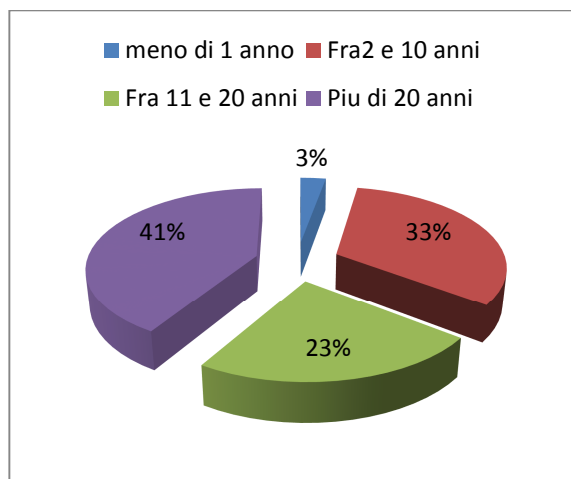
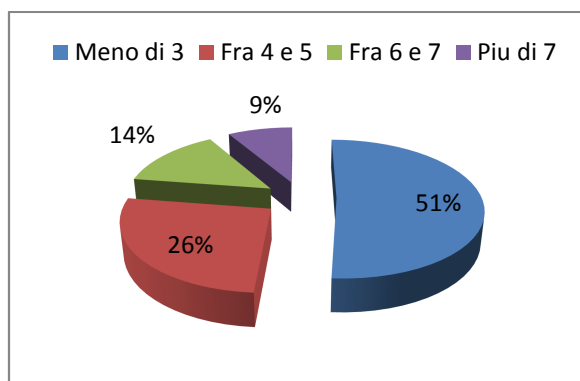


GRAFICO 4.4. – Anzianità nel ruolo.



In merito al numero dei collaboratori in farmacia, la maggioranza dei rispondenti, pari al 51%, ha un numero di collaboratori inferiore a 3, e comunque il 77% delle farmacie ha meno di 5 collaboratori (grafico 4.5). Il numero dei collaboratori costituisce una variabile attraverso cui leggere la complessità della struttura organizzativa interna della farmacia. Le farmacie possono essere annoverate tra le strutture organizzative semplici (Mintzberg, 1983), caratterizzate da un 'vertice strategico' e da un 'nucleo operativo'.

GRAFICO 4.5. – *Collaboratori in farmacia.*



4.3 Background e formazione

La formazione e l'esperienza pregressa costituiscono due determinanti attraverso cui viene analizzato il campione oggetto di analisi, trattandosi di un contesto professionale, ove la capacità di generare valore è sostanzialmente connessa alla professionalità dei farmacisti. Le variabili indagate sono le seguenti:

- formazione di base,
- coerenza delle competenze richieste dal contesto operativo rispetto alla formazione di base,
- esperienza al di fuori dell'attuale contesto lavorativo,
- rilevanza assegnata alle esperienze al di fuori dell'attuale contesto lavorativo,
- ruolo della formazione continua (ECM),
- frequenza di corsi di formazione manageriale.

Come evidenziato dal grafico 4.6, e in linea con l'articolazione dei percorsi di formazione per l'accesso alla professione di farmacista, il 98% dei rispondenti ha conseguito una laurea in farmacia, mentre il 2% è laureato in chimica e tecnologie farmaceutiche.

GRAFICO 4.6. – *Formazione di base.*

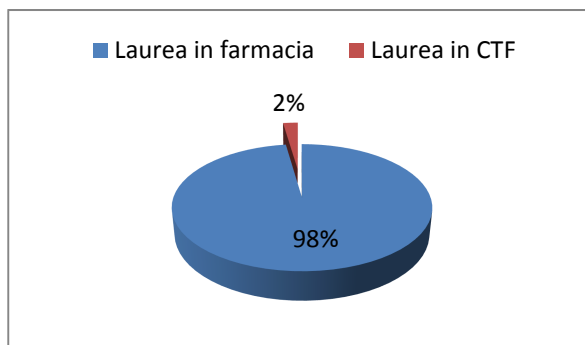


TABELLA 4.1. – *Coerenza tra formazione e contesto.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
<i>Coerenza con formazione di base</i>	4,05	4	4

I rispondenti evidenziano un gap tra la formazione di base ricevuta e la natura delle competenze richieste dalle attività connesse al ruolo che oggi viene esercitato. Di fatti, in tabella 4.1, si riportano i risultati della percezione espressa dai titolari rispondenti, secondo la scala Likert 1-7. Il valore risulta essere sostanzialmente pari a 4, sia se letto nella media, nella moda o nella mediana. Si tratta di un valore neutrale rispetto alla scala di giudizio utilizzata.

Con riferimento alla variabile esperienziale, il 65% dei rispondenti dichiara di aver avuto esperienza di lavoro al di fuori dell'attuale farmacia (grafico 4.7), e come in tabella 4.2, viene assegnata una buona importanza a tale esperienza lavorativa ai fini dello sviluppo della professionalità.

GRAFICO 4.7. – *Esperienza extra-farmacia.*

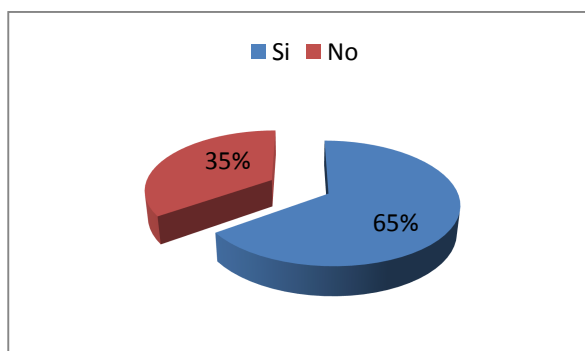


TABELLA 4.2. – *Rilevanza dell'esperienza.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
<i>Importanza delle esperienze professionali al di fuori della farmacia attuale</i>	5,41	7	6

Infine, con riferimento alla formazione professionale, i rispondenti reputano non particolarmente significativa l'utilità generata dalla formazione continua (del tipo ECM), esprimendone la percezione intorno ad un valore medio pari a 4,1 (tabella 4.3). È stata poi indagata la variabile formazione manageriale. Il 55% dei rispondenti ha frequentato corsi di formazione manageriale nel corso degli ultimi 5 anni (grafico 4.8). Tale dato trova riscontro nella percezione di rilevanza che a tale tipologia di formazione viene assegnata; la tabella 4.3, infatti, evidenzia un valore medio pari a 5,51 e un valore mediano pari a 6. La formazione

economico-manageriale viene percepita come rilevante dai titolari rispondenti, date le competenze richieste dall'attuale ruolo del farmacista.

GRAFICO 4.8. – *Formazione manageriale.*

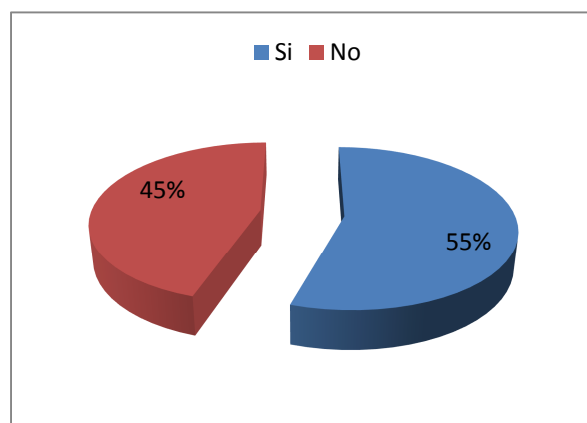


TABELLA 4.3. – *Rilevanza della formazione.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
<i>La rilevanza della formazione gestionale ai fini del ruolo</i>	5,51	7	6
<i>L'utilità della formazione che riceve attraverso i corsi ECM</i>	4,1	5	4

L'analisi delle percezioni dei farmacisti titolari, quindi, permettono di sintetizzare la decisa rilevanza del background professionale al di fuori della farmacia attuale per lo sviluppo della professionalità oggi richiesta dalle attività in farmacia. Naturalmente, lo sviluppo delle competenze professionali si realizza anche attraverso la formazione di base e continua. Al riguardo, si può sintetizzare come la formazione di base (quella universitaria) non risulti particolarmente aderente alle competenze oggi richieste dal contesto; la formazione continua del tipo ECM – seppure obbligatoria – non viene percepita come incisiva; la formazione manageriale costituisce un aspetto in relazione al quale i titolari percepiscono un gap di competenze e cercano di colmarlo, inoltre a questo genere di formazione assegnano importanza alla luce del contesto di riferimento in cui la farmacia oggi è inserita.

4.4 Il ruolo e la professionalità del farmacista

Il ruolo e la professionalità del farmacista costituiscono aspetti che connotano la natura dei servizi e delle prestazioni che possono essere rese, e quindi la modalità di svolgimento delle attività operative. Al riguardo, quindi, sono stati indagati:

- (a) la misura in cui alcune categorie di competenze sono oggi rilevanti per svolgere il ruolo di farmacista nell'attuale contesto;
- (b) la percezione della rilevanza della professionalità ai fini dello svolgimento di alcune

attività nella farmacia.

Inoltre, dati i cambiamenti del contesto nazionale, viste le spinte regolatorie nella direzione di ampliare e modificare il ruolo della farmacia, e considerata la letteratura sull'evoluzione del ruolo e della professionalità in altri contesti nazionali, sono stati indagati:

- a) la possibilità di un ampliamento degli ambiti di responsabilità del farmacista;
- b) la possibilità di leadership del farmacista nei network professionali sanitari;
- c) la possibilità di ampliamento della gamma delle informazioni a disposizione del farmacista per erogare diversamente o nuove prestazioni volte a tutelare la salute dei cittadini.

Competenze e ruolo del farmacista

Con riferimento alle competenze rilevate importanti per il ruolo che il farmacista oggi svolge, la tabella 4.4. evidenzia i risultati. Tra le capacità ed abilità fondamentali dato il ruolo ed il contesto attuale, spiccano, in ordine di percezione rilevata:

- capacità di comunicazione con gli utenti/clienti (m=6,74);
- capacità di comunicazione con il personale (m=6,34);
- capacità di riorganizzazione (m=6,29);
- capacità di decisione alla luce degli obiettivi economici della farmacia (m=6,27);
- capacità di innovare (m=6,25);

a seguire le altre che comunque rilevano valori intorno al 6.

TABELLA 4.4. – *Percezione della rilevanza di conoscenze, capacità e abilità alla luce del ruolo attuale.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Conoscenze di tipo informatico	5,92	7	6
Conoscenze di tipo legislativo e costante aggiornamento sulla normativa inerente il SSN	6,2	7	6
Capacità di innovare	6,25	7	7
Capacità di gestione del personale	6,18	7	7
Capacità di decisione dati gli obiettivi economici della farmacia	6,27	7	7
Capacità di comunicazione con il personale	6,34	7	7
Capacità di comunicazione con gli utenti/clienti	6,74	7	7
Capacità di riorganizzazione	6,29	7	7

Le competenze evidenziate rimandano a quelle richieste per gestire un contesto in cambiamento. I titolari che hanno formato il campione oggetto di studio, quindi, percepiscono la rilevanza delle competenze associate alla comunicazione, alla riorganizzazione, all'innovazione, oltre alla conoscenza degli aspetti legislativi e tecnico-informatici. La rilevanza delle capacità di comunicazione con gli utenti/clienti trova riscontro anche nella domanda II.2, dove i rispondenti assegnano un valore medio pari a 6,29 alla rilevanza del dialogo professionale tra farmacista e utente, facendo rilevare anche un valore mediano e una moda, entrambi pari a 7.

Professionalità del farmacista

In merito alla percezione della propria professionalità, nella tabella 4.5 sono sintetizzati i risultati circa la rilevanza della professionalità del farmacista nello svolgimento di una serie di attività che caratterizzano l'operatività della farmacia.

TABELLA 4.5. – *Rilevanza della professionalità del farmacista nello svolgimento di attività caratteristiche.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Distribuire i farmaci	6,16	7	7
Informazione al paziente sulle modalità di assunzione del farmaco	6,62	7	7
Fornire informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci	6,5	7	7
Fornire informazioni sull'interazione del farmaco con eventuali altri farmaci assunti	6,52	7	7
Proporre la sostituzione dei farmaci etici con i relativi farmaci generici	5,48	7	6
Vendere i prodotti cosmetici	4,83	5	5
Vendere i prodotti fitoterapici e naturali	5,5	6	6
Promuovere la salute attraverso l'adesione a campagne di prevenzione	5,67	6	6
Promuovere la salute attraverso la diffusione di materiale cartaceo volto alla sensibilizzazione del paziente	5,67	6	6
Promuovere la salute attraverso colloquio con i pazienti/clienti	5,07	7	7

Con riferimento ai valori medi per ambito di attività, quelle dove la professionalità del farmacista sembra assumere maggiore rilevanza risultano essere le seguenti:

- informare i pazienti sulle modalità di assunzione dei farmaci (m=6,62);
- fornire informazioni sull'interazione del farmaco con eventuali altri farmaci assunti (m=6,52);
- fornire informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci (m=6,5);
- distribuire i farmaci (m=6,16);
- promuovere la salute attraverso l'adesione a campagne di prevenzione (m=5,67);
- promuovere la salute attraverso la diffusione di materiale cartaceo volto alla sensibilizzazione del paziente (m=5,67).

Dall'analisi della tabella 4.5 non risulta un'ampia variabilità dei valori medi riportati, il più basso è in corrispondenza della vendita di prodotti cosmetici (m=4,83).

La professionalità del farmacista, quindi, risulta rilevante primariamente nello svolgimento delle attività connesse al rapporto con il paziente all'atto della dispensazione del farmaco, vale a dire in quelle che vengono spesso denominate attività di 'consulenza ai pazienti'. In secondo luogo assume rilievo la professionalità per l'atto di dispensazione del farmaco, ed infine nelle attività di prevenzione.

Responsabilizzazione del farmacista

In ragione dei cambiamenti che il contesto di riferimento sta segnando, è stata analizzata la percezione dei rispondenti circa possibili ambiti di sviluppo dell'attività della farmacia territoriale. La tabella 4.6 riporta i risultati ed evidenzia come i rispondenti percepiscano come piuttosto rilevante la possibilità di assegnare maggiore responsabilità ai farmacisti nello sviluppo di collaborazioni con altri professionisti della sanità sul territorio (m=6,03), oltre che sul controllo di pazienti affetti da patologie croniche, sul monitoraggio di terapie minori, e sul monitoraggio delle terapie farmacologiche.

TABELLA 4.6. – *Espansione della sfera di responsabilità e coinvolgimento del farmacista.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Sul monitoraggio/trattamento di terapie minori (es., analgesici, antinfiammatori, etc.)	5,61	7	6
Sul controllo dei pazienti affetti da patologie croniche (es., ipertensione, colesterolemia, BPCO, etc.)	5,81	6	6
Sviluppare un network con altri professionisti/farmacisti nel territorio	6,03	6	5
Controllo/monitoraggio delle terapie farmacologiche	5,61	6	6

Leadership del farmacista

Inoltre, investigando anche la possibilità che il farmacista assuma un ruolo di leadership nell'interazione con altri professionisti del settore salute, i rispondenti aprono alla possibilità di un buon livello di leadership nell'interazione con operatori socio-sanitari per erogare prestazioni professionali a domicilio (m=5,96); alla possibilità di realizzare incontri periodici con MMG/PLS per il monitoraggio di specifiche categorie di pazienti, oltre che ad una maggiore responsabilizzazione nelle attività domiciliari integrate e nell'educazione sanitaria ai pazienti (tabella 4.7).

TABELLA 4.7. – *Rilevanza del ruolo di leadership del farmacista.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
In incontri periodici con i MMG/PLS circa l'erogazione dell'assistenza di base	5,56	6	5
Nell'attività domiciliare integrata (ADI)	5,15	6	5
Nell'educazione sanitaria dei pazienti	5,07	7	6
Nell'interazione con operatori socio-sanitari per erogare prestazioni professionali a domicilio	5,96	6	6

Ruolo ed estensione del sistema delle informazioni

In considerazione del fatto che una modifica del ruolo è associato a un cambiamento delle attività realizzate, e delle routine di una organizzazione, l'informazione gioca un ruolo chiave in tale processo. Le informazioni, infatti, supportano i processi decisionali, l'orientamento degli obiettivi, e sono alla base della comunicazione, sia interna, sia tra farmacisti e utenti/pazienti. La tabella 4.8 riassume i risultati dell'indagine, ed evidenzia come i farmacisti

troverebbero maggiormente utile disporre di informazioni clinico-sanitarie sui pazienti cronici (m=5,28), spesso tra quelli complessi ed anziani. La possibilità di ampliare la gamma delle informazioni disponibili, e l'utilità a questa associata, costituiscono un aspetto funzionale a svolgere in modo diverso l'attività di consulenza agli utenti, piuttosto che le attività di prevenzione ed educazione sanitaria.

TABELLA 4.8. – *Qualificazioni del sistema delle informazioni – utilità percepita.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Fascicolo sanitario dei pazienti affetti da patologie croniche	5,28	6	5
Fascicolo sanitario dei pazienti fidelizzati	5,19	5	5
Informazioni sulla storia clinica dei pazienti	5,12	6	5
Informazioni sulle prestazioni terapeutiche dei pazienti	5,14	6	5
Informazioni su stili di vita e caratteristiche demografiche dei pazienti	5,25	6	5
Un software che permetta di realizzare l'analisi di costi e ricavi per fasce/tipologie di farmaci	4,98	6	5

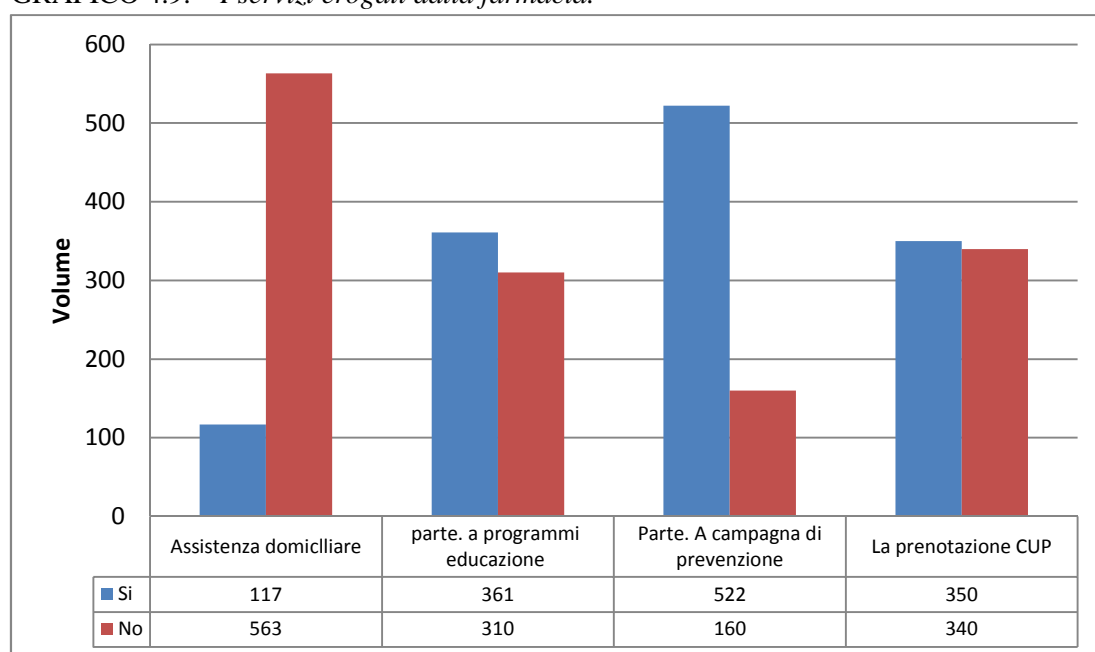
Con riferimento al ruolo e alla professionalità del farmacista, l'indagine permette di sintetizzare come i farmacisti vedano la possibilità di uno sviluppo del proprio ruolo nel senso di aumentarne sia gli ambiti di responsabilità, sia la leadership nel contesto sanitario. Al riguardo, potrebbero essere funzionali informazioni diverse rispetto a quelle oggi disponibili in farmacia: su tale aspetto si comprende come alcune di queste potrebbero risultare utili, ma l'enfasi non è particolarmente elevata, essendo il livello informativo associato allo svolgimento delle attività da un punto di vista operativo.

Le considerazioni finora svolte circa il ruolo della farmacia nel panorama sanitario italiano vanno completate alla luce della rilevazione di una scarsa fiducia nel contesto legislativo attuale (Legge 69/2009 e decreti attuativi) affinché possa condurre ad un miglioramento del ruolo della farmacia. I rispondenti, infatti, hanno fatto rilevare un valore medio pari a 3,84, e una moda e mediana, entrambe pari a 4.

4.5 I servizi erogati dalla farmacia

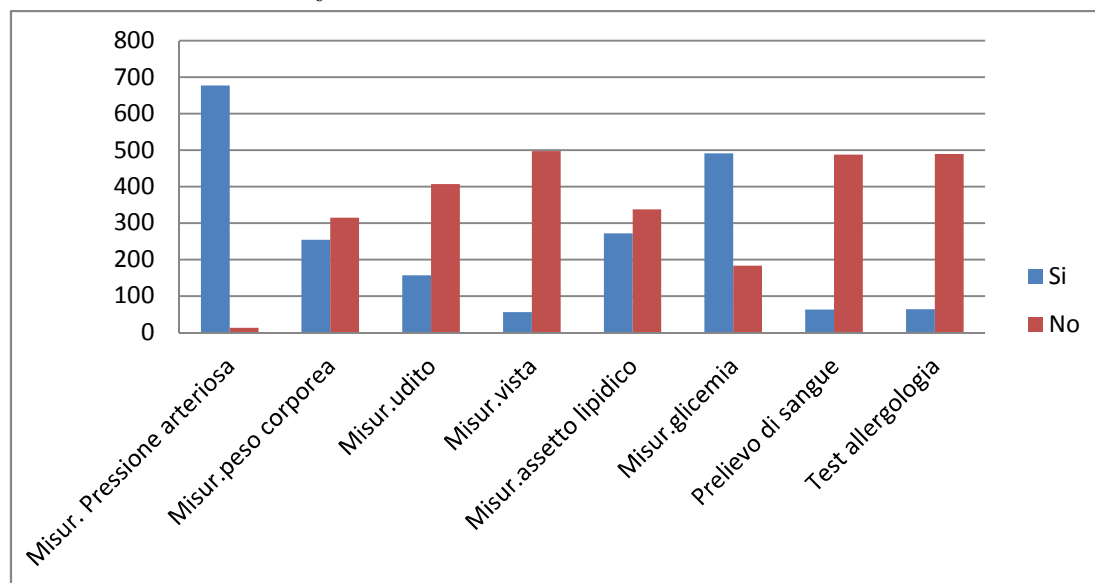
Come evidenziato dalla letteratura, le farmacie erogano servizi e prestazione sulla base dei contenuti della vigente convenzione tra SSN e farmacie. Precedenti studi hanno evidenziato come le farmacie, di fatto, erogano anche servizi su base volontaria. Pertanto, ai fini degli obiettivi della ricerca vengono analizzati anche i servizi attualmente erogati (grafico 4.9). Si evidenzia l'impegno principale dei farmacisti nelle campagne di prevenzione, e a seguire nei programmi di educazione sanitaria e nei servizi di prenotazione di visite specialistiche ed esami di laboratorio tramite CUP. I servizi di assistenza domiciliare risultano meno frequenti.

GRAFICO 4.9. – I servizi erogati dalla farmacia.



Con riferimento alle prestazioni di auto-analisi (grafico 4.10), che sono state anche oggetto dei decreti attuativi della Legge 69/2009, i farmacisti rispondenti vedono attivati, in primis, il servizio di misurazione della pressione arteriosa, poi di analisi glicemica, di misurazione dell'assetto lipidico, di misurazione del peso corporeo, dell'udito. Le prestazioni connesse a prelievo di sangue, test allergologici o misurazione della vista, invece, fanno registrare una frequenza relativa molto più bassa.

GRAFICO 4.10. – Prestazioni di auto-analisi.



4.5.1 La gestione economica dei servizi

L'attivazione dei servizi è stata analizzata sia con riferimento alle ragioni che hanno condotto a tale scelta, sia con riferimento alla funzionalità di tale scelta per il conseguimento di obiettivi strategici da parte della farmacia.

Dal punto di vista delle motivazioni alla base dell'attivazione dei servizi (tabella 4.9), quella prevalente risulta essere l'esigenza di migliorare l'immagine della farmacia nel bacino territoriale di riferimento ($m=5,76$; $moda=7$), e seguono il bisogno di assicurare i propri clienti e di fidelizzarli. La ragione principale quindi che muove l'attivazione dei servizi è da ricercare nel bisogno di consolidare la propria quota di mercato, quindi il segmento di clientela: le radici quindi sono nella gestione commerciale della farmacia. Le ragioni di tipo esplicitamente economiche, quali la ricerca di un vantaggio economico ($m=3,82$), o di un processo di ricaduta sull'attività extra-SSN ($m=4,88$), risultano essere piuttosto deboli, con valori intorno al 4.

Sulla decisione di attivazione dei servizi, non sembrano essere incisive le indicazioni che potrebbero pervenire da parte dell'associazione di appartenenza, oppure le scelte fatte dalle farmacie limitrofe.

TABELLA 4.9. – *Le ragioni della scelta di attivazione dei servizi.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Mantenimento o miglioramento dell'immagine della farmacia nel bacino di riferimento	5,76	7	6
Esigenza di assicurare i propri clienti circa la prossimità della farmacia	5,4	6	6
Obiettivo di fidelizzazione dei clienti	5,38	7	6
Ricerca di un vantaggio economico	3,82	7	6
Obiettivo di aumento del volume dei clienti	4,85	6	5
La stima di ricaduta su altre attività e servizi della farmacia (ad es. sulla cosiddetta attività commerciale)	4,88	6	5
Indicazioni per le scelte generali fornite dall'associazione di appartenenza	3,92	5	4
La scelta fatta dalle farmacie limitrofe nell'area	3,44	4	4

TABELLA 4.10. – *L'orientamento strategico ai servizi.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
In che misura reputa congrua la remunerazione economica che riceve per i servizi attualmente erogati.	2,62	1	2
Quanto reputa rilevante un ulteriore investimento nello sviluppo di servizi e attività diversi dalla distribuzione dei farmaci e dall'attività c.d. commerciale.	5,09	6	5
In che misura reputa che l'erogazione di tali servizi (prevenzione, auto-analisi, consulenza, etc.) sia in linea con il ruolo etico del farmacista.	5,72	7	6

La tabella 4.10 sintetizza alcuni risultati funzionali a comprendere l'orientamento del titolare di farmacia quanto all'attivazione dei servizi. I rispondenti considerano l'attivazione dei servizi un ambito di attività in linea con il ruolo etico della farmacia ($m=5,72$); inoltre un ulteriore investimento nello sviluppo di servizi, nella direzione della cosiddetta 'farmacia dei servizi', costituisce un orientamento rilevante ($m=5,09$). Se i due aspetti appena richiamati prospettano lo sviluppo di servizi, la scarsa remuneratività dei servizi stessi ($m=2,62$) può costituire un aspetto che smorza lo slancio delle farmacie in tale direzione.

4.6 La gestione della farmacia

Nel corso di questo paragrafo vengono analizzati alcuni dati che riferiscono della capacità dei titolari di farmacia di presidiare i processi operativi aziendali. In sostanza, si è cercato di indagare la misura in cui, con riferimento ai vari servizi, o alle varie tipologie di attività, il titolare di farmacia ha il controllo delle risorse consumate, dei volumi di attività, e dei risultati generati. I dati sono riassunti nella tabella 4.11.

TABELLA 4.11. – *Percezione del grado di controllo dei processi operativi connessi ad attività e servizi*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Ore/uomo utilizzate	4,21	5	4
Ricavi generati	4,38	4	5
Materiale consumato	4,35	4	4
Ammortamento delle apparecchiature utilizzate	3,95	4	4
Ammortamento degli spazi utilizzati/o incidenza dei canoni di locazione	3,98	4	4
Costo del personale	4,64	6	5
Margine di remunerazione per tipo di servizio o per area di attività	4,03	4	4
Volume di servizi erogati	4,47	5	5
Andamento del fatturato per area di attività	4,14	5	4

I dati riferiti ai valori medi si collocano tutti nell'intorno di 4, vale a dire del valore neutrale rispetto alla scala di giudizio scelta. Le variabili che sembrano essere meglio monitorate sono quelle connesse al costo del personale ($m=4,64$) e al volume dei servizi erogati ($m=4,47$). I rispondenti, titolari di farmacia e/o direttori delle stesse, non sembrano riuscire a presidiare i processi operativi aziendali, vale a dire a conoscere l'entità delle risorse assorbite e il valore generato da ogni servizio o ambito di attività. Conseguentemente, sono relativamente fuori controllo anche i margini economici associati ai servizi e alle attività.

La capacità di controllo del proprio business costituisce un aspetto molto importante affinché la gestione aziendale possa risultare in equilibrio e affinché si possa esercitare anche un ruolo imprenditoriale (Arehns, Chapman, 2007).

Indagando ulteriormente l'operatività delle farmacie si è chiesto di esprimere la misura in cui vengono reputati adeguati ai propri obiettivi, una serie di fattori organizzativi (tabella 4.12). La dimensione organizzativa, infatti, costituisce il livello più vicino all'operatività aziendale. I risultati economici aziendali vengono generati dai processi operativi, pertanto la conoscenza delle dinamiche associate a questi ultimi è ciò che permette di orientare gli obiettivi di risultato. I fattori organizzativi ritenuti maggiormente adeguati sono le caratteristiche professionali del personale, e l'infrastruttura informatica, seguono le apparecchiature professionali e il livello di comunicazione tra colleghi. Il valore più basso, seppure soddisfacente, è connesso allo scambio di relazioni con l'associazione di appartenenza.

TABELLA 4.12. – *Adeguatezza dei fattori organizzativi.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
La destinazione degli spazi	4,97	6	5
La localizzazione	5,3	6	6
Il numero dei collaboratori	5,03	6	5
La qualificazione professionale dei collaboratori	5,76	6	6
La natura del mix dei servizi erogati	5,23	6	6
L'apparecchiatura professionale	5,21	5	5
L'apparecchiatura informatica	5,74	6	6
Lo scambio di informazioni tra colleghi nella farmacia	5,39	6	6
L'intensità delle relazioni con l'associazione di appartenenza	4,37	5	5

Infine, sempre con riferimento alla gestione operativa, la tabella 4.13 presenta i risultati circa le modalità di impiego del tempo-uomo in farmacia.

TABELLA 4.13. – *Impiego del tempo-uomo in farmacia.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Lavoro al banco (consigli, distribuzione farmaci, etc.)	5,32	6	6
Preparazioni galeniche	2,54	1	2
Lavoro al telefono (tutte le conversazioni)	3,88	4	4
Lavoro al Computer (attività connesse alle prescrizioni da fare al computer, etc.)	4,69	5	5
Lavoro di riempimento delle scaffalature (sistemazione medicinali)	3,08	1	3
Lavoro di logistica/magazzino (ordini dei farmaci e loro ricevimento)	4,33	6	5
Lavoro legato ai medicinali in stock (reclami, controllo date di scadenza, etc.)	3,66	2	4

In linea con quanto evidenziato dalla letteratura in materia di organizzazione, il modo in cui le attività operative vengono articolate permette di evidenziare come cambiano determinati business nel tempo. Quanto alle farmacie territoriali, la tabella 4.13 evidenzia come la maggior parte del tempo sembra essere associato al lavoro al banco, dunque connesso alla dispensazione dei farmaci, alle consulenze ai pazienti e alla comunicazione con gli stessi ($m=5,32$). Si osserva inoltre un discreto valore associato alle attività al computer, che assumono rilevanza in media pari a 4,69, e alle attività connesse alla logistica e al magazzino ($m=4,33$). Le preparazioni che costituivano una delle attività essenziali della farmacia alcuni decenni fa, oggi vedono dedicato una quantità di tempo limitata ($m=2,54$).

La dimensione organizzativa della farmacia quindi assume connotati diversi nel tempo, e a ciò aggiungiamo che questa risulta limitatamente presidiata dai titolari di farmacia.

4.6.1 La gestione economico-aziendale

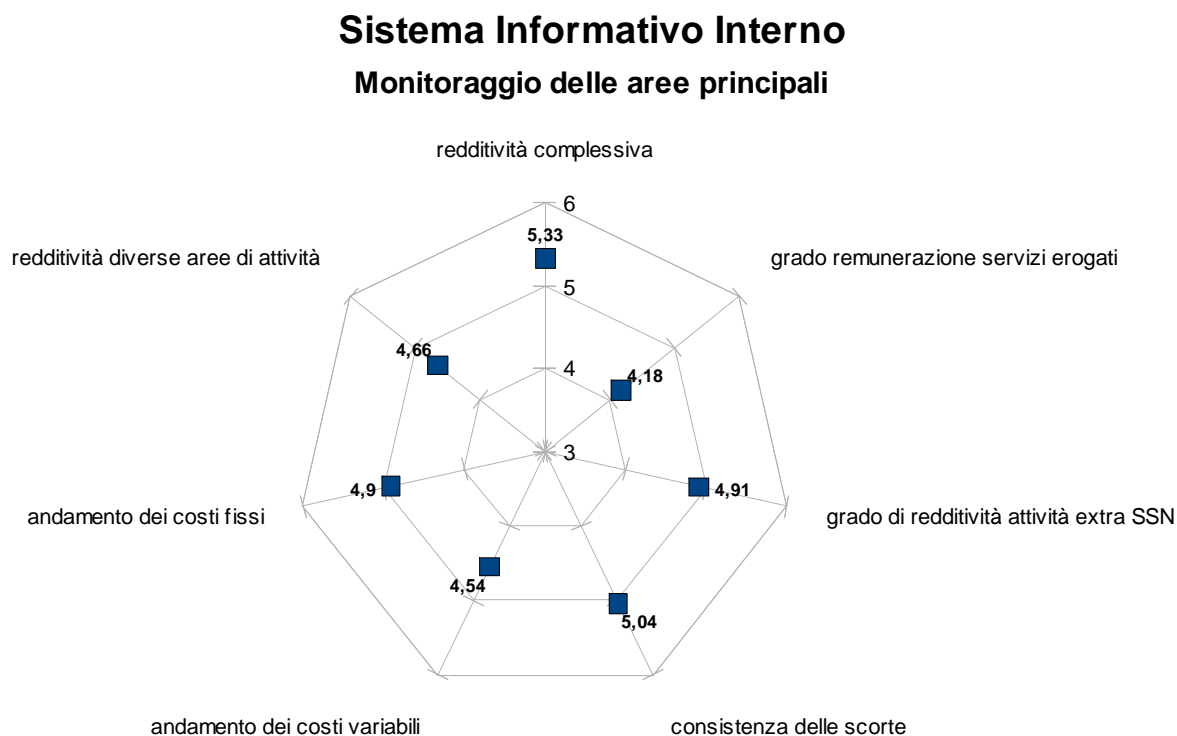
La dimensione manageriale della farmacia viene analizzata con riferimento alle rilevazioni e ai caratteri del sistema informativo, vale a dire alla natura delle informazioni disponibili e per il controllo dei risultati, e con riferimento ad alcuni caratteri del processo decisionale. La tabella 4.14 e il grafico 4.11 presentano i risultati circa la misura in cui il titolare di farmacia percepisce di monitorare una serie di risultati riferiti all'azienda farmacia nel suo complesso. La redditività complessiva della farmacia e la consistenza del magazzino risultano essere le variabili con riferimento alle quali c'è un maggior livello di controllo. Risulta discreto anche

il monitoraggio dei risultati generati dall'attività extra-SSN, e dai vari ambiti di attività. Il controllo sulla remuneratività delle singole tipologie di prestazioni/servizi è limitato, come già evidenziato in precedenza. Mentre i valori associati al monitoraggio dei costi fissi e dei costi variabili lasciano intuire che i meccanismi di controllo di gestione siano piuttosto deboli.

TABELLA 4.14. – *Monitoraggio delle variabili economiche generali.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Redditività complessiva della Farmacia	5,33	6	6
Redditività delle varie aree di attività (farmaci etici, OTC, generici, servizi, etc.)	4,66	5	5
Andamento dei costi fissi	4,9	5	5
Andamento dei costi variabili	4,54	5	5
Consistenza delle scorte di magazzino	5,04	6	6
Grado di redditività dell'attività extra-SSN	4,91	5	5
Grado di remunerazione dei servizi erogati (prevenzione, prenotazioni, autoanalisi, etc.)	4,18	5	4

GRAFICO 4.11. – *Caratteri del sistema informativo.*



La tabella 4.15 permette di aggiungere ulteriori dati a quelli già presentati, di modo tale da evidenziare la misura in cui i titolari/direttori di farmacia reputano utili alla gestione della stessa i report di sintesi e i sistemi informativi normalmente presenti in ogni realtà.

TABELLA 4.15. – *Utilità dei sistemi informativi e report per il governo della farmacia.*

Variabile	Media	Moda	Mediana
Il Bilancio di fine anno	5,67	7	6
Il Registro di cassa	5,33	7	6
La contabilità di magazzino	5,68	6	6
Il Registro di entrata ed uscita di sostanze e preparazioni stupefacenti	2,99	1	2
Il Registro dei beni ammortizzabili	3,34	1	3

La percezione di maggiore utilità è associata al sistema di contabilità di magazzino (m=5,68), al bilancio d’esercizio (m=5,67) e al registro di cassa (m=5,33). I valori più ampi quindi sono associati ai tradizionali strumenti di rendicontazione e alla contabilità di magazzino, essendo quest’ultima rilevante per presidiare le movimentazioni di prodotti e farmaci. La carenza di sistemi di controllo sopra evidenziata e la scarsa consapevolezza di informazioni operative di costo fisso e di costo variabile trovano riscontro nella scarsa rilevanza assegnata al registro dei cespiti ammortizzabili, dunque all’esigenza di monitoraggio dell’incidenza degli ammortamenti.

In linea con quanto appena evidenziato, il commercialista assume il più importante ruolo nella gestione della farmacia dopo il titolare (tabella 4.16). È confermata la rilevanza di chi presidia la gestione del magazzino, e assumono rilievo altri attori, quasi sempre specificati nella forma di consulenti esterni.

TABELLA 4.16. – *Rilevanza dei vari attori nella gestione della farmacia.*

Variabile	Media	Moda	Mediana
Commercialista	5,85	7	6
Titolare di farmacia / Direttore	6,33	7	7
Addetto al magazzino	4,81	6	5
Altri (specificare) _____	5,22	7	6

Infine, dal punto di vista del processo decisionale, come evidenziato in tabella 4.17, questo risente delle caratteristiche di vari attori e di vari fattori.

TABELLA 4.17. – *Determinanti del processo decisionale.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Esperienza del titolare / Direttore	6,39	7	7
Politiche dell'Associazione di riferimento	3,98	4	4
Natura/Tipologia delle informazioni e dei dati a disposizione	4,95	6	5
Consigli del commercialista e/o della struttura che tiene la contabilità	5,01	6	5
Eventuali studi realizzati sulla Sua realtà da Società di consulenza	3,9	5	4
Informazioni fornite da Informatori medico-scientifici	3,38	3	3

Il processo decisionale risiede prevalentemente nella natura delle informazione e delle conoscenze di cui il titolare/direttore della farmacia dispone. La struttura che si occupa della contabilità, il commercialista, ricoprono un ruolo rilevante, pari in media a 5,01. Mentre sembrano assumere un ruolo più sfumato eventuali studi realizzati da società di consulenza o anche le politiche dell'associazione di riferimento.

In buona sostanza, i dati evidenziano un processo decisionale influenzato dall'esperienza del titolare e dalla gestione finanziaria-reddituale della farmacia, spesso delegata ad un professionista. La dimensione economico-gestionale della farmacia risulta quindi piuttosto scarsa, schiacciata su una dimensione finanziaria e statica.

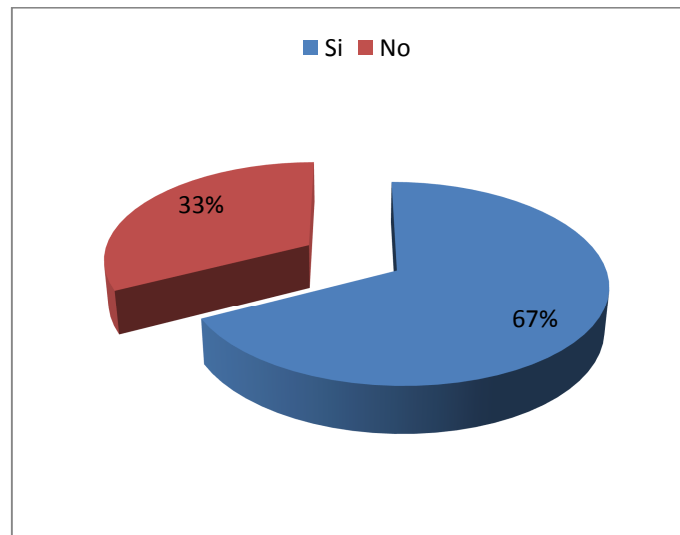
4.6.2 La visione del contesto di riferimento

La capacità di interpretazione del contesto di riferimento costituisce una delle variabili del processo strategico aziendale (Fontana, 2003). La visione del contesto dipende da molte variabili, come evidenziato dalla letteratura, e costituisce una determinante del tipo di orientamento strategico che imprenditori e manager possono formare.

Quanto alle farmacie territoriali, l'indagine ha tentato di cogliere la visione del contesto da parte dei rispondenti. Il grafico 4.12 e la tabella 4.18 evidenziano la sintesi dei risultati.

Il 67% dei rispondenti è a conoscenza dello stadio del rinnovo della convenzione nazionale, dunque sta seguendo il percorso, e interpreta i possibili scenari che questa disegna per le farmacie territoriali. Tuttavia 1/3 dei rispondenti non segue il percorso.

GRAFICO 4.12. – *Conoscenza dello stadio di rinnovo della Convenzione nazionale.*



L'analisi dei dati contenuti in tabella 4.18 evidenziano una conoscenza del contesto di riferimento piuttosto limitata. Il valore più alto ($m=4,79$) è associato al grado di conoscenza delle politiche sui farmaci generici, seguono poi il grado di conoscenza delle politiche di distribuzione dei farmaci adottate dall'Asl di riferimento, e le politiche regionali del farmaco. Risultano poi decisamente più scarsi i livelli di conoscenza connessi al contesto della farmacia nell'ambiente internazionale, sia quando il riferimento è fatto ai meccanismi di remunerazione, sia quando è relativo al ruolo della farmacia o al percorso di formazione di base per la professione. Seppure le variabili indagate siano parziali al fine della lettura del contesto di riferimento, certamente i risultati sono significativi, ed evidenziano la limitatezza della conoscenza del contesto, o meglio delle dinamiche a questo associate.

TABELLA 4.18. – *Grado di conoscenza di variabili che connotano il contesto di riferimento.*

<i>Variabile</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
Le politiche del farmaco definite dalla Sua regione di riferimento	4,33	5	5
Le politiche di distribuzione dei farmaci adottate dall'azienda sanitaria territoriale locale	4,55	6	5
Le politiche sui farmaci generici	4,79	5	5
Il ruolo che la Farmacia di comunità assume nel sistema sanitario in altri Paesi	3,33	2	3
Il percorso di formazione del professionista "farmacista" in altri Paesi Europei	2,8	2	3
Il sistema di remunerazione del Titolare di Farmacia in altri Paesi	3,15	2	3

Tali risultati non costituiscono una premessa particolarmente solida quanto alla considerazione della natura dell'orientamento strategico dei soggetti indagati.

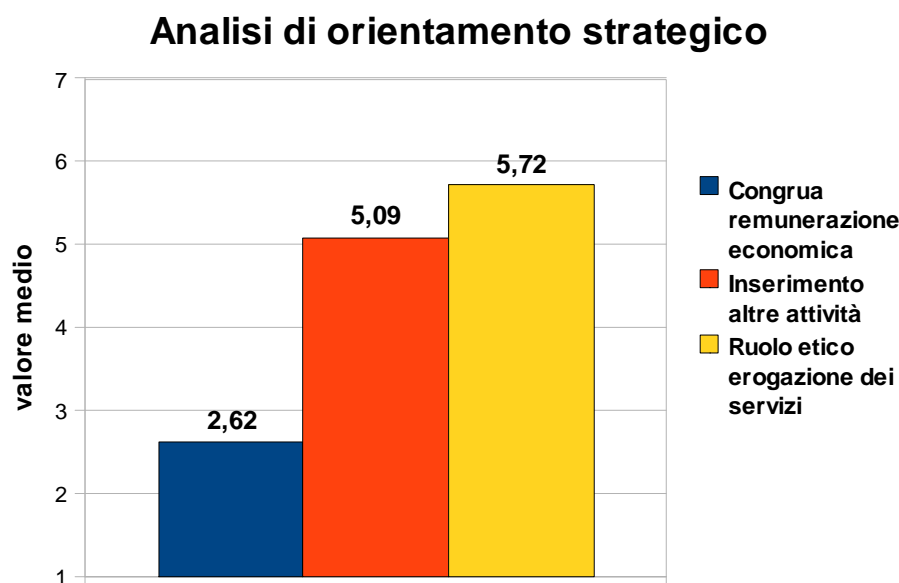
4.6.3 L'orientamento strategico

Nel tentativo di sintetizzare la lettura di alcuni dati, circa l'orientamento strategico dei titolari di farmacia ad orientare il proprio business verso l'ambito dei servizi, consideriamo i valori aggregati associati a tre ambiti di indagine:

- l'eticità dei servizi rispetto al ruolo del farmacista;
- la propensione ad investire in altre attività, ampliando la gamma dei servizi offerti dalla farmacia;
- la congruità della remunerazione economica dei servizi offerti.

Il grafico 4.13 riporta i valori, e permette di evidenziare come i farmacisti annoverano l'erogazione dei servizi nell'ambito del proprio ruolo, e sono discretamente propensi ad investire in nuove attività, tuttavia la remunerazione attualmente sperimentata è percepita come non congrua.

GRAFICO 4.13. – *Orientamento strategico alla farmacia dei servizi.*



L'aspetto connesso alla scarsa remuneratività dei servizi potrebbe essere il principale deterrente ad orientare il rinnovamento delle farmacie verso il contesto dei servizi.

La lettura dei dati rilevati, nel rispetto dell'approccio metodologico qualitativo, evidenziano dal punto di vista economico-manageriale, il contesto delle farmacie territoriali come relativamente debole. La visione del contesto ambientale è limitata, seppure sia caratterizzata da molti cambiamenti in atto – tanti già posti, ma altri in divenire -. Inoltre, essendo queste imprese che operano in un contesto 'regolato', la gestione della dimensione economica risulta anch'essa debole, o meglio poco sviluppata e scarsamente esplicitata. Le farmacie, infatti, hanno un sistema informativo minimale, connesso alla rendicontazione finanziaria e al magazzino, ma mancano di sistemi di controllo interno che permettano di dare al titolare, la lettura delle attività che generano valore e di quelle che invece non ne generano.

In quanto imprese orientate al profitto, la redditività costituisce un driver rilevante nelle scelte interne e nelle scelte strategiche. L'azienda però non può dirsi caratterizzata da una diffusa cultura economica, e l'orientamento strategico risulta anche esso debole. In tale contesto, sembrerebbe che il cambiamento possa passare attraverso la leva della remuneratività, in un ambito però che presenta una limitata cultura manageriale.

Capitolo 5

L'analisi di regressione lineare

Sommario: 5.1 Introduzione; 5.2 L'orientamento economico-manageriale; 5.2.1 Discussione; 5.3 La capacità di introduzione del cambiamento; 5.3.1 Discussione; 5.4 Implicazioni.

5.1 Introduzione

Come anticipato nel capitolo 3 l'analisi di regressione lineare multipla intende individuare le variabili che permettono di spiegare gli andamenti di altri fattori.

L'obiettivo di questa analisi consiste nell'investigare le seguenti ipotesi formulate nel capitolo 3:

Hp1: L'utilizzo di dati e informazioni di carattere contabile e non, contribuisce a sviluppare il controllo e la capacità manageriale.

Hp2. La capacità di introdurre un cambiamento e di assumere il ruolo di "agente di cambiamento" è associata all'utilizzo del sistema informativo e alla percezione del ruolo.

Hp3. La rilevanza assegnata a competenze e skill è funzione della rilevanza assegnata al ruolo professionale nelle diverse attività del business.

Per poter analizzare il database, stante la natura dei dati raccolti e la modalità di raggruppamento, si è dovuta operare una trasformazione utilizzando le medie dei valori raccolti per i singoli sottoquesiti.

Sono stati poi applicati modelli di regressione concatenati al fine di comprendere quanto le variabili caratterizzanti il processo decisionale e l'utilizzo del sistema informativo risultassero esplicative della macro variabile orientamento manageriale.

5.2 L'orientamento economico-manageriale

Al fine di analizzare l'orientamento economico-manageriale della gestione della farmacie si è optato per utilizzare come *variabile dipendente*, quindi caratterizzante l'orientamento manageriale medesimo, *il controllo sui diversi fattori relativi alle diverse aree di attività della farmacia*; mentre come variabili esplicative o indipendenti le seguenti:

- la congruità della remunerazione,
- la rilevanza di un ulteriore sviluppo di servizi diversi dalla distribuzione e dall'attività commerciale,
- l'erogazione di servizi in relazione al ruolo etico del professionista,
- e le leve indirizzate allo sviluppo di nuovi prodotti.

Il modello così costruito risulta il seguente:

Variabile dipendente:

3_6: controllo sui diversi fattori relativi alle diverse aree di attività della farmacia

Variabili indipendenti:

3_2: congruità della remunerazione

3_3: rilevanza ulteriore sviluppo servizi diversi da distribuzione e commerciale

3_4: grado di eticità dell'erogazione di servizi rispetto al ruolo del farmacista

3_5: leve per sviluppo di nuovi servizi

L'equazione di regressione risultante:

$$3_6 = 2,05 + 0,0497 3_2 + 0,0287 3_3 - 0,133 3_4 + 0,553 3_5$$

Il *test t* per un particolare coefficiente di regressione saggia l'ipotesi che la corrispondente variabile predittiva possa essere eliminata dall'equazione di regressione senza significativi effetti sulla variabilità della variabile dipendente, mentre il *p-value* è il coefficiente di significatività della variabile, normalmente dovrebbe assumere un valore inferiore allo 0,05.

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	2,0503	0,2679	7,65	0,000
3_2	0,04969	0,03968	1,25	0,211
3_3	0,02867	0,04891	0,59	0,558
3_4	-0,13323	0,05473	-2,43	0,015
3_5	0,55332	0,06053	9,14	0,000

I valori riportati indicano che il modello non risulta particolarmente buono, le variabili indipendenti infatti non contribuiscono all'esplicitazione della variabile dipendente, controllo sui diversi fattori relativi alle diverse aree di attività della farmacia se non per un 14%.

Si è, quindi, proceduto riformulando il modello ed eliminando dal medesimo le variabili:

3_2: congrua remunerazione

3_3: rilevanza ulteriore sviluppo servizi diversi da distribuzione e commerciale che risultavano le meno esplicative nel modello precedente.

La bontà del modello, i cui dati sono di seguito riportati, non risulta ancora soddisfacente, quindi occorre concludere che queste variabili non risultano significativamente esplicative della variabile dipendente 3_6. Tra le variabili indipendenti considerate occorre comunque sottolineare che la 3_5 “leve alla base dello sviluppo di nuovi servizi”, risulta quella che maggiormente influisce sulla dipendente.

Nuovo modello di regressione:

$$3_6 = 1,87 - 0,107 3_4 + 0,609 3_5$$

Predictor	Coef	Coef. de EE	T	P
Costante	1,8669	0,2599	7,18	0,000
3_4	-0,10658	0,04559	-2,34	0,020
3_5	0,60930	0,05568	10,94	0,000

Alla luce dei risultati sopra evidenziati, per procedere con l'analisi dell'orientamento economico-manageriale si è optato per utilizzare una diversa variabile risposta o dipendente, la capacità di monitoraggio/controllo delle diverse aree di business (attività e servizi) della farmacia, mantenendo le variabili esplicative considerate nel primo modello di regressione analizzato.

Si procede con l'analisi del modello in cui vengono poste:

Variabile dipendente:

4_3: capacità di monitoraggio di diversi aspetti della gestione economica della farmacia nel suo complesso, come variabile dipendente;

Variabili indipendenti:

3_2: congruità della remunerazione

3_3: rilevanza ulteriore sviluppo servizi diversi da distribuzione e commerciale

3_4: grado di eticità dell'erogazione di servizi rispetto al ruolo del farmacista

3_5: leve alla base dello sviluppo di nuovi servizi

L'equazione del modello di regressione risulta così la seguente:

$$4_3 = 3,17 + 0,0375 3_2 - 0,0999 3_3 + 0,0144 3_4 + 0,419 3_5$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	3,1738	0,2263	14,02	0,000
3_2	0,03754	0,03352	1,12	0,263
3_3	-0,09993	0,04133	-2,42	0,016
3_4	0,01440	0,04625	0,31	0,756
3_5	0,41936	0,05114	8,20	0,000

Anche in questo caso le variabili utilizzate nel modello non sembrano esplicitare sufficientemente la dipendente, occorre comunque sottolineare che la variabile 3_5 risulta la variabile indipendente che maggiormente influisce sulla variabile risposta.

Si analizzano ora le medesime variabili dipendenti: capacità di monitoraggio/controllo dei risultati parziali associati alle diverse aree di attività della farmacia (3_6) e capacità di monitoraggio/controllo dei risultati della farmacia nel suo complesso (4_3), poste in relazione alle seguenti variabili esplicative (variabili indipendenti):

4_4: utilità degli strumenti informativi per il governo economico della farmacia

4_5: ruolo dei diversi attori vs strumenti informativi

4_6: fattori che influenzano il processo decisionale della farmacia

Nel primo caso, il modello di regressione risulta il seguente:

$$3_6 = 0,392 + 0,284 4_4 + 0,311 4_5 + 0,144 4_6$$

Come si evince dai risultati a seguire, la variabile indipendente maggiormente esplicativa della 3_6 risulta la 4_5, ruolo degli strumenti informativi. In questo caso il modello può considerarsi sufficientemente esplicativo per l'analisi in essere, in considerazione anche dei p-value ottenuti.

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	0,3920	0,2131	1,84	0,066
4_4	0,28380	0,03826	7,42	0,000
4_5	0,31074	0,05615	5,53	0,000
4_6	0,14356	0,06034	2,38	0,018

Il secondo modello, avente come variabile dipendente la capacità di controllo/monitoraggio dei diversi aspetti della gestione economica della farmacia nel suo complesso, presenta le seguente equazione di regressione:

$$4_3 = 0,886 + 0,393 4_4 + 0,309 4_5 + 0,0795 4_6$$

Predictor	Coef	SE	Coef	T	P
Constant	0,8856		0,1622	5,46	0,000
4_4	0,39335		0,02912	13,51	0,000
4_5	0,30926		0,04274	7,24	0,000
4_6	0,07951		0,04592	1,73	0,084

Anche nel caso della variabile dipendente 4_3, il modello risulta sufficientemente buono e la variabile che maggiormente influisce sulla risposta risulta la 4_4, seguita dalla 4_5 e dalla 4_6.

5.2.1 Discussione

Alla luce di tali analisi di dati, si passa a discutere i risultati.

La diffusione di una cultura economico-manageriale nell'ambito dell'azienda farmacia viene letta, in linea con la letteratura economico-aziendale in materia, attraverso:

- (a) la capacità di controllo sui ricavi e sulle diverse componenti di costo e aggregati di questi, riferiti alle varie aree di attività e alle diverse tipologie di servizi;

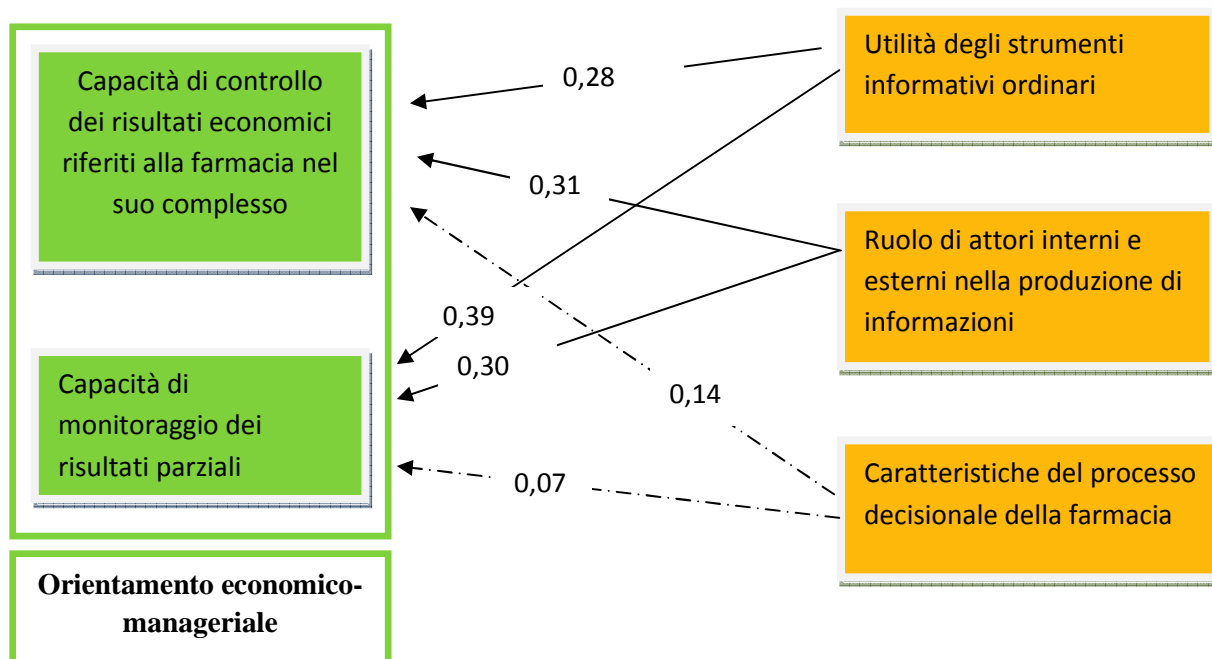
in al senso la possibilità di adire ad un'analisi di redditività per linea di attività o di servizio, che spieghi l'andamento di queste, ed evidenzi l'incidenza in termini di costi variabili, di costi fissi, di margini, costituisce il fondamento per la diffusione di una cultura economica. Più nello specifico tale variabile racchiude elementi quali consumi, ammortamenti apparecchiature professionali, ammortamento degli spazi, costo del personale, fatturato e margine per tipologia di servizio, volumi di servizi erogati;

- (b) la capacità di monitoraggio dei diversi aspetti della gestione economica della farmacia; questa costituisce una variabile direttamente connessa alla cultura economico-manageriale, dal momento che racchiude il monitoraggio della redditività aziendale, della redditività delle varie aree di attività, della consistenza di magazzino, della remunerazione dei servizi erogati, il grado di redditività dell'attività extra-SSN, etc.

Le due variabili dipendenti, attraverso le quali si connota l'orientamento manageriale della farmacia, affondano quindi le radici nell'attività di controllo. L'orientamento manageriale, infatti, non costituisce solo l'essenza dell'ideologia manageriale, ma ha forti implicazioni nella pratica delle aziende. Nello specifico, il ruolo dei meccanismi e degli strumenti di controllo nel generare informazioni di supporto al management è fondamentale. Essendo la farmacia una struttura organizzativa semplice, la cultura economico-manageriale può essere letta attraverso la misura in cui i titolari percepiscono di poter presidiare il monitoraggio dei vari ambiti di business.

La figura 5.1 sintetizza il modello attraverso cui l'orientamento manageriale viene sostanzialmente spiegata dall'utilità che i titolari di farmacia assegnano agli strumenti informativi normalmente utilizzati (bilancio di esercizio, registro di cassa, contabilità di magazzino, etc.), dal ruolo di attori quali commercialisti, società di consulenza, addetto di magazzino, direttore della farmacia nella produzione di dati e informazioni, e – seppure in misura più ridotta – dai fattori che influenzano il processo decisionale della farmacia (l'esperienza del direttore/titolare, le politiche dell'associazione di riferimento, gli orientamenti espressi da quanti tengono la gestione finanziaria e contabile della farmacia, etc.).

FIGURA 5.1. – *Modello di configurazione dell'orientamento manageriale.*



5.3 La capacità di introduzione del cambiamento

Alla luce dell'analisi della letteratura e dell'analisi legislativa, la capacità di introduzione di cambiamento da parte del farmacista risulta da attività e prestazioni attivate diverse da quelle tradizionalmente, e ancora oggi, predominanti: distribuzione del farmaco; attività c.d. commerciale. Pertanto, la variabile 3_3: "rilevanza di ulteriori investimenti in attività diverse da distribuzione ed attività commerciale" risulta essere indicativa della capacità di introduzione di cambiamento.

Come variabili esplicative, quindi indipendenti, del modello sono state considerate le seguenti:

3_4: la percezione del ruolo professionale rispetto all'erogazione di servizi

3_5: leve alla base dell'attivazione dei servizi

3_6: capacità di controllo/monitoraggio su diversi fattori relativi ad aree di attività della farmacia

Come si evince dai risultati ottenuti, in particolare dai p-value, il modello che segue risulta ben spiegare la variabile dipendente e tra le esplicative quella che maggiormente influisce sulla risposta è la 3_4, seguita dalla 3_5 e dalla 3_6.

Il modello di regressione lineare risulta essere il seguente:

$$3_3 = 0,085 + 0,608 3_4 + 0,315 3_5 + 0,0157 3_6$$

Predictor	Coef	Coef. SE	T	P
Costante	0,0848	0,2155	0,39	0,694
3_4	0,60799	0,03691	16,47	0,000
3_5	0,31514	0,04821	6,54	0,000
3_6	0,01574	0,03053	0,52	0,606

Si procede l'analisi, sviluppando un modello di regressione semplice avente come variabile risposta le “leve alla base dello sviluppo di nuovi servizi” (3.5) e come variabile indipendente “la capacità di controllo/monitoraggio dei diversi aspetti della gestione economica della farmacia” (4.3).

L'equazione di regressione risulta la seguente:

$$4_3 = 2,06 + 0,574 3_5$$

Predictor	Coef	Coef. SE	T	P
Costante	2,0585	0,1626	12,66	0,000
3_5	0,57354	0,03470	16,53	0,000

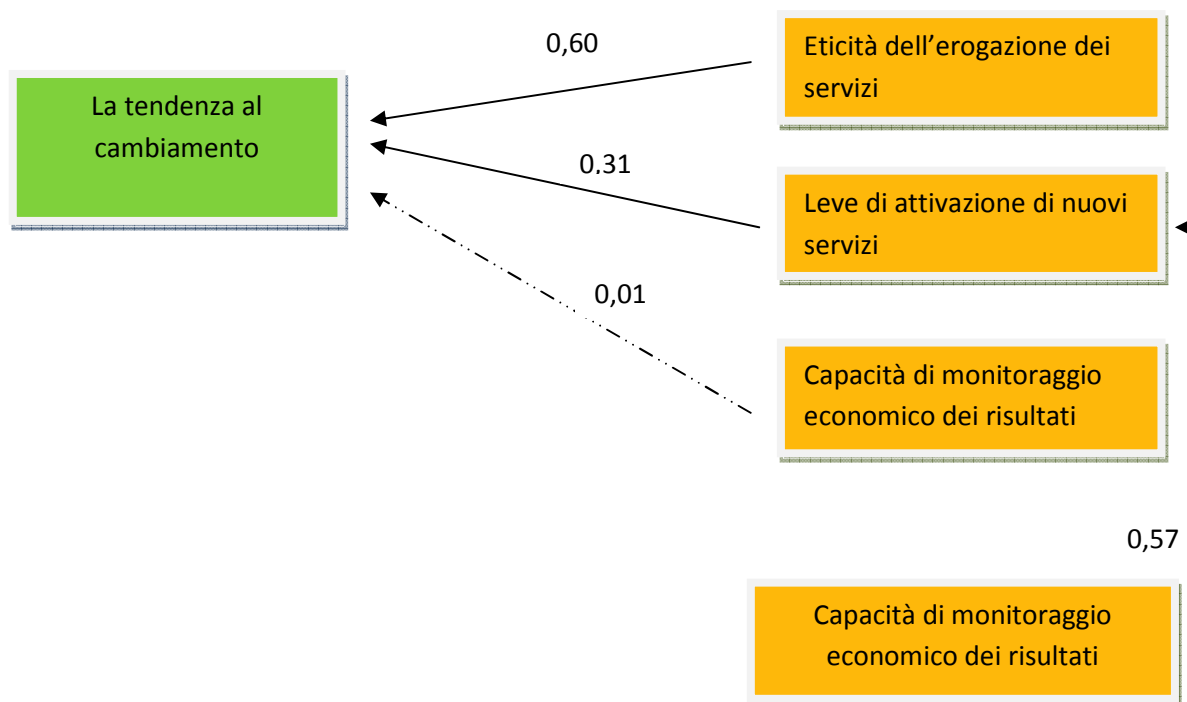
5.3.1 Discussione

La capacità di introdurre cambiamenti è stata rilevata direttamente attraverso la rilevanza che i rispondenti assegnano ad ulteriori investimenti per espandere le aree di attività connesse ai servizi, diversi quindi dalla distribuzione dei farmaci e dalla ormai consistente attività c.d. commerciale.

La rilevanza di investire in attività connesse ai servizi implica una messa in discussione dell'attuale articolazione del business della farmacia, e un approccio orientato al futuro nella gestione. In tal senso, le farmacie territoriali potrebbero rivelarsi come agenti di cambiamento e interpretare le opportunità offerte dal contesto per modificare l'attuale assetto.

L'analisi di regressione permette di esplicitare i comportamenti della variabile connessa all'ampliamento della sfera delle attività delle farmacie attraverso tre diverse variabili indipendenti (figura 5.2). La capacità di introdurre il cambiamento è spiegata primariamente dalla convezione che i farmacisti hanno del proprio ruolo: nella misura in cui nella visione etica del proprio ruolo rientra anche l'erogazione di servizi, ciò permette di spiegare in buona misura la capacità di introdurre cambiamenti. In secondo luogo, le motivazioni alla base dell'attivazione di nuovi servizi costituiscono un'ulteriore variabile esplicativa. Assume, invece scarso rilievo la variabile 'capacità di controllo/monitoraggio economico delle varie aree di attività e di servizi'.

FIGURA 5.2. – *Modello della capacità di introduzione del cambiamento.*



Dal modello emerge la centralità del ruolo del sistema delle informazioni. Infatti questo ha un ruolo indiretto rispetto alla capacità di intraprendere il cambiamento, essendo esplicativo del riposizionamento del business, e questo della capacità di cambiamento.

A quanto evidenziato finora, si aggiunge come la variabile 'leve alla base dell'attivazione di nuovi servizi' connessa alle motivazioni alla base dell'attivazione di nuovi servizi, è spiegata in ampia misura dalla capacità di monitoraggio/controllo dei risultati della farmacia nel suo complesso.

Poiché le competenze e le conoscenze dei farmacisti costituiscono una leva rilevante nel processo di cambiamento, al fine di verificare la Hp3, è stata condotta una regressione lineare semplice.

L'analisi procede prendendo in considerazione come variabile dipendente la “rilevanza delle capacità e dell'abilità professionali in relazione al suo ruolo nel contesto attuale” (1.15) e come variabile indipendente la “rilevanza della professionalità nelle diverse attività della farmacia” (2.1).

A seguire l'equazione del modello di regressione semplice che risulta ben spiegare l'andamento della variabile risposta.

$$1_{15} = 2,40 + 0,681 2_{1}$$

Predictor	Coef	Coef. SE	T	P
Costante	2,3974	0,1648	14,54	0,000
2_1	0,68066	0,02815	24,18	0,000

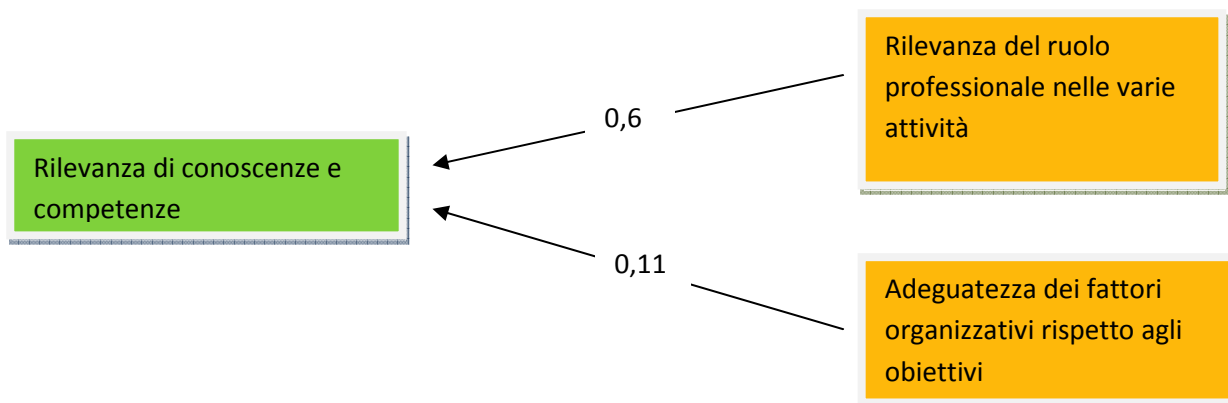
Si considera ora, oltre la variabile dipendente e la esplicativa del modello precedente, anche la variabile 4.1, “adeguatezza dei fattori organizzativi in relazione agli obiettivi della farmacia”, come ulteriore variabile indipendente. Il modello seguente, che risulta sufficientemente esplicativo, incide che la variabile 1_15 risulta spiegata principalmente dalla 2_1 e poi dalla 4_1.

$$1_{15} = 2,07 + 0,635 2_{1} + 0,119 4_{1}$$

Predictor	Coef	Coef. SE	T	P
Costante	2,0698	0,1715	12,07	0,000
2_1	0,63527	0,02870	22,13	0,000
4_1	0,11860	0,02098	5,65	0,000

La regressione lineare semplice ha permesso di spiegare la variabile ‘rilevanza che i farmacisti assegnano alle competenze e alle conoscenze rilevanti alla luce del nuovo contesto di riferimento’, in ampia misura attraverso la variabile ‘rilevanza della professionalità del farmacista vs le varie attività’ (figura 5.3).

FIGURA 5.3. – *Il modello delle conoscenze e competenze.*



La capacità di introdurre il cambiamento è quindi spiegata prevalentemente dalla visione del ruolo e dalle motivazioni alla base dell'introduzione di nuovi servizi. Le competenze giocano però un ruolo chiave nel profilare la professionalità e il ruolo del farmacista, come evidenziato dalla letteratura di riferimento. Pertanto, il modello appena richiamato permette di evidenziare che la rilevanza della professionalità del farmacista nello svolgimento delle varie attività (consulenza ai pazienti, dispensazione di farmaci, sostituzione con generici, etc.) spiega il ruolo assegnato alle competenze e conoscenze richieste.

5.4 Implicazioni

La discussione dei risultati delle analisi di regressione permettono di evidenziare molte implicazioni per la lettura del ruolo delle farmacie nel nuovo contesto che si sta profilando. La cultura economico-manageriale nelle farmacie territoriali è fondamentale spiegata da variabili connesse al sistema informativo aziendale (sia nella forma di utilità assegnata, che nella forma di attori che lo presidiano). La disponibilità di informazioni e dati per il controllo, quindi, potrebbero essere aspetti rilevanti per generare orientamento manageriale. Si tratta di un aspetto rilevante anche per i policy maker, dal momento che la natura delle informazioni disponibili può essere una determinante della cultura economico-aziendale. Tali considerazioni sono in linea con quanto la letteratura manageriale rileva con riferimento alle misurazioni. La misurazione, infatti, assume importanza poiché costituisce il prodromo per avviare la gestione di un fenomeno aziendale.

Dal punto di vista della capacità di introdurre il cambiamento, la centralità è assunta dalla visione che i farmacisti hanno del proprio ruolo etico. Questo risulta essere l'elemento che più di altri esplica la capacità di introdurre il cambiamento. Assumono rilievo anche le motivazioni alla base dell'attivazione di nuovi servizi, dunque il cosiddetto 'business repositioning', che a sua volta rappresenta una variabile spiegata dalla capacità di controllo dei risultati della farmacia.

Orientamento manageriale e capacità di introdurre il cambiamento sono perfettamente allineati, attraverso la variabile che esprime la capacità di controllo/monitoraggio dei risultati. Pertanto, da un punto di vista del modello, la natura delle informazioni spiegano l'orientamento manageriale della farmacia, la quale a sua volta spiega la motivazione di attivazione di nuovi servizi, e questa la capacità di cambiamento.

Naturalmente, il modello proposto apre ad ulteriori spunti di ricerca. Sarebbero infatti necessari ulteriori studi, nel contesto delle farmacie, che permettano di incrementare le evidenze empiriche a supporto dei risultati ottenuti con riferimenti a sub-coorti di farmacie, costruite in relazione alla forma giuridica, alla natura pubblica o privata, o anche all'area geografica.

Capitolo 6

Considerazioni conclusive

Lo studio ha permesso di individuare i fattori che definiscono l'orientamento manageriale e la capacità di intraprendere il cambiamento nel caso delle farmacie territoriali. Si tratta di un risultato che ha importanti implicazioni sia da un punto di vista della letteratura, sia per il contesto operativo di riferimento.

L'orientamento manageriale dei farmacisti è risultato essere associato prevalentemente a due fattori: la percezione del grado di utilità degli strumenti informativi a disposizione, e il ruolo dei professionisti che presidiano le informazioni relative alla farmacia. Più nel dettaglio, i risultati permettono di concludere che i titolari di farmacia sviluppano un orientamento manageriale nella misura in cui riconoscono l'utilità del sistema informativo per il governo della farmacia. Tanto più i titolari di farmacia percepiscono l'utilità del bilancio e del sistema di rilevazione che c'è dietro, della contabilità di magazzino, della contabilità di cassa, etc. tanto più sviluppano un orientamento manageriale. Il sistema informativo aziendale, infatti, costituisce uno strumento di produzione di informazioni; le informazioni e i dati che vengono prodotti contribuiscono a generare *knowledge* e *know how* in capo ai titolari di farmacia, i quali acquisiscono consapevolezza delle caratteristiche della propria azienda e di come questa reagisce a fronte di scelte che vengono intraprese. La conoscenza, a sua volta è una leva dell'orientamento manageriale. Tali risultati sono in linea con i concetti fondanti un filone di letteratura manageriale che riconosce il ruolo predominante del *learning process* nel definire l'orientamento manageriale l'orientamento imprenditoriale (Wang, 2008). Tuttavia, tutti gli studi empirici riferiscono al mondo delle imprese, mentre le farmacie sono una realtà mai indagata in tal senso.

Inoltre, l'orientamento manageriale è risultato essere associato alla rilevanza che il titolare riconosce al ruolo di professionisti che contribuiscono a presidiare il sistema informativo. Il riferimento è all'addetto di magazzino, al commercialista, al direttore (quando diverso dal titolare), ad eventuali consulenti. In linea con la letteratura economico-aziendale, infatti, anche nella farmacia territoriale la specializzazione dei ruoli ha condotto a definire diversi presidi che concorrono al sistema informativo. Tanto maggiore è l'importanza che il titolare riconosce loro, maggiore è il suo orientamento manageriale. È risultato debole, invece, e quindi poco significativo il legame tra orientamento manageriale e caratteristiche del processo decisionale.

Tali risultati rappresentano un contributo alla letteratura in materia di *pharmacy practice* e alla letteratura economico-manageriale. Ma soprattutto, tali considerazioni conclusive hanno una rilevanza nei confronti degli operatori e dei policy maker del settore farmaceutico, in un periodo come quello attuale, in cui le caratteristiche della professione del farmacista sono poste in discussione. Le spinte al cambiamento, infatti, richiederebbero competenze manageriale nei titolari di farmacia, aspetto questo che potrebbe trovare incentivo nella natura del sistema informativo di cui la farmacia è provvista. Pertanto, il sistema informativo (che trova esplicazione in strumenti quali software, data-base, etc.) rappresenterebbe una leva su cui agire per stimolare l'orientamento manageriale delle farmacie territoriali. La breve analisi condotta sull'esperienza internazionale delle farmacie territoriali, infatti, permette di richiamare in questa sede come la disponibilità di specifiche informazioni siano alla base della scelta dei farmacisti di partecipare ad un progetto o di erogare alcuni servizi.

Il lavoro di ricerca ha inteso anche indagare la capacità dei farmacisti di intraprendere il cambiamento che il contesto istituzionale richiede. Le riforme che il governo ha intrapreso negli ultimi anni permettono di registrare una forte spinta verso l'attività di erogazione di servizi e prestazioni diversi dalla dispensazione del farmaco. Seppure il dibattito in corso tra le parti istituzionali coinvolte permetta di evidenziare una forte resistenza al cambiamento (in linea con quanto la letteratura rileva in altri contesti), la pressione economica determinata da fattori esogeni – quale la progressiva scadenza di numerosi brevetti detenuti dalle multinazionali farmaceutiche – rafforza l'esigenza di cambiamento.

La capacità di introdurre il cambiamento, ovvero la tendenza al cambiamento (come è stata definita tale variabile nell'analisi riportata nel corso del capitolo 5) risulta essere prevalentemente associata alla percezione del proprio ruolo professionale: di fatto la tendenza al cambiamento verso l'erogazione di servizi che conducano a meglio presidiare lo stato di salute della popolazione, è sostanzialmente commisurata al fatto che i titolari vedano l'erogazione di tali servizi e prestazioni ricomprese o meno nel ruolo etico-professionale del farmacista. La capacità di cambiamento è quindi ampiamente associata alla percezione del ruolo professionale. Di fatto, con riferimento ai contesti dove le farmacie territoriali hanno già intrapreso e realizzato il cambiamento verso la pharmaceutical care, sono molti gli studi che discutono il ruolo professionale dei farmacisti (Guiguis, Chewning, 2005; Edmunds, Calnan, 2001; Rawlin, 1991). In considerazione di tale risultato, si richiama l'attenzione ai percorsi formativi dei farmacisti e a quanti giocano un ruolo chiave nella definizione del ruolo: le università e le associazioni professionali. In linea con Barnett et al. (1987) che discutono un modello efficace di formazione universitaria per diverse professioni del settore salute, tra cui i

farmacisti, la formazione universitaria gioca un ruolo importante nell'articolazione del modello professionale.

Altro fattore associato alla capacità di intraprendere il cambiamento, risiede nelle motivazioni alla base dell'attivazione di nuovi servizi, vale a dire alle ragioni sottostanti il riposizionamento del proprio business. I farmacisti, infatti, hanno già intrapreso un'evoluzione verso alcuni servizi – seppure in misura limitata ed eterogenea. Le ragioni sottostanti tale riposizionamento sono riconducibili a diversi aspetti: (a) di mercato, quali il bisogno di fidelizzare i clienti, il mantenimento di una certa immagine della farmacia, o anche il bisogno di rassicurare i propri clienti circa la prossimità della farmacia; (b) economici, quali la ricerca di un vantaggio economico, dell'aumento del volume dei clienti e di fatturato; (c) strategici, vale a dire la competizione con farmacie limitrofe che si sono già mosse in tal senso, o la ricerca di ricadute sull'area di business extra-SSN che si vuole incentivare. L'utilità riconosciuta al sistema informativo non ha un ruolo direttamente associato alla capacità di cambiamento, bensì è fortemente esplicativa della scelta di riposizionare il proprio business attivando o meno nuovi servizi. Pertanto, anche con riferimento alla seconda ipotesi di lavoro, il sistema informativo gioca un ruolo importante.

La discussione della capacità di cambiamento delle farmacie territoriali, quindi, rimanda all'esigenza di presidiare i percorsi professionali e formativi, e il sistema delle informazioni rese disponibili nella pratica professionale.

Infine, dato il contesto in evoluzione, la rilevanza che il farmacista assegna a competenze e abilità professionali è associata prevalentemente alla percezione dell'importanza della professionalità del farmacista nelle varie aree di attività che oggi caratterizzano la pratica professionale (dispensazione, vendita di prodotti cosmetici, fitoterapici, naturali, promozione della salute, consulenza sulle modalità di assunzione dei farmaci, sostituzione del farmaco brand con il generico...). Pertanto, tanto più il farmacista percepisce che la propria professionalità è rilevante per erogare i servizi sopra richiamati, tanto più riconosce l'importanza di competenze e capacità di comunicazione, di innovazione, di gestione del personale, organizzative. Lo studio conferma, quindi, il ruolo chiave della professionalità del farmacista, non solo nella sua formazione, bensì anche nella sua associazione alle attività che costituiscono la pratica farmaceutica quotidiana. In tal senso, il ruolo delle associazioni professionali nello stimolare la formazione e il dibattito dei farmacisti verso il recupero di un considerevole ruolo professionale è molto rilevante, sia quale stimolo per l'evoluzione delle competenze, sia per la capacità di intraprendere il cambiamento.

I risultati del lavoro di ricerca risultano di particolare importanza nel contesto attuale, poiché forniscono spunti per un'evoluzione sia al mondo delle farmacie, sia ai policy maker. Inoltre, il lavoro contribuisce alla copiosa letteratura sulla pratica farmaceutica e sul cambiamento di ruolo che vede però la prevalente trattazione di esperienze del contesto anglo-americano, e rari riferimenti al contesto delle farmacie territoriali italiane.

Quale obiettivo secondario, il lavoro ha permesso di delineare lo stato dell'arte delle farmacie territoriali italiane, evidenziandone sia la natura dei servizi oggi attivata e le attività svolte, sia le percezioni dei titolari con riferimento a molti aspetti che sembrano caratterizzare il processo evolutivo delineato.

Il quadro che emerge è quello di un contesto professionale scarsamente giovane, in linea con la legislazione che ne regola l'accesso, prevalentemente articolato in farmacie urbane. Da un punto di vista formativo, i farmacisti riconoscono una limitata aderenza della preparazione universitaria alle attività che oggi il contesto richiede. Inoltre, non assegnano un ruolo particolarmente rilevante alla formazione professionale ECM che la legislazione richiede loro di seguire. In tale contesto, più del 50% dei farmacisti ha cercato di colmare eventuali gap formativi attraverso l'accesso a percorsi formativi in area organizzativo-gestionale, nel corso dell'ultimo quinquennio. Inoltre, da un punto di vista delle competenze e delle aree di attività, i farmacisti riconoscono una buona rilevanza alle competenze e alle conoscenze in tema di comunicazione, legislazione, informatica, e altrettanta importanza alle attività che oggi rappresentano l'evoluzione della professione (educazione sanitaria, prevenzione, consulenza...). Sarebbero, inoltre, anche favorevoli ad un'espansione del ruolo del farmacista, ad esempio nella direzione di presidiare il monitoraggio di terapie minori o di pazienti cronici. In più, riconoscono come i farmacisti potrebbero avere un ruolo di leadership nei gruppi multi professionali per la gestione di alcuni gruppi di pazienti sul territorio. A tale apertura verso un'evoluzione del ruolo della farmacia non corrisponde però un'adeguata conoscenza del contesto di riferimento che sembra essere piuttosto bassa quanto a conoscenze delle politiche territoriali, regionali, o anche del dibattito europeo, internazionale che vede coinvolte le farmacie territoriali.

Dal punto di vista della gestione della farmacia, emergono sia i punti di forza che le criticità del contesto studiato. I titolari hanno un buon presidio dei fattori organizzativi inerenti le proprie attività, e un soddisfacente monitoraggio dei risultati economici della farmacia che esprimono soprattutto con riferimento a variabili globali, inerenti l'azienda nel complesso. Risultano, invece, più critiche le conoscenze di variabili economiche gestionali inerenti specifiche attività, segmenti della farmacia, che tuttavia sarebbero rilevanti per una

valutazione economica dell'attivazione o meno di altri servizi. Nel tentativo di considerare alcune variabili che permettano di esprimere l'orientamento strategico dei titolari, emerge come la scelta di evoluzione verso l'attivazione di nuovi servizi sia condizionata dalla remunerazione di questi. L'indagine, infatti, evidenzia una scarsa remuneratività dei servizi ad oggi attivati. Tale aspetto apre ad una considerazione che rimanda al rapporto tra farmacie territoriali e attori locali, quali sono le aziende sanitarie territoriali (Asl). Alla luce delle esperienze di altri Paesi, sembrerebbe imprescindibile disgiungere l'evoluzione delle farmacie verso nuovi servizi e attività dalle politiche sanitarie locali di cui le Asl sono depositarie. Pertanto, le Asl potrebbero negoziare con le farmacie il loro contributo al raggiungimento di specifici obiettivi di salute, attraverso attività e servizi ben definiti, rispetto ad una popolazione di riferimento circoscritta, e in base a ciò remunerare le farmacie. Si tratterebbe di un percorso che potrebbe realmente permettere alle farmacie di partecipare al conseguimento dell'obiettivo di salute, che viene riconosciuto loro dal Piano Sanitario Nazionale, nel rispetto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione del bacino di riferimento.

L'indagine svolta reca risultati che sono di rilievo per l'attuazione delle politiche nazionali e regionali rivolte alle farmacie.

Nel concludere la sintesi dei risultati primari e secondari del lavoro di ricerca, si richiamano anche i limiti del lavoro svolto. Il lavoro ha visto una buona partecipazione dei farmacisti, tuttavia, il lavoro ha considerato le sole farmacie private, e non le farmacie municipali, che seppure limitate nel numero, rappresentano una realtà del contesto investigato.

Infine, il lavoro di svolto ha permesso di individuare ulteriori aree di ricerca che meriterebbero di essere affrontate: il rapporto tra titolari di farmacia e policy maker; l'analisi dei risultati conseguiti dalle farmacie che hanno già partecipato a specifici progetti di prevenzione, educazione sanitaria; il ruolo dei sistemi informativi nelle farmacie quale veicolo di apprendimento organizzativo, per citarne alcuni.

Allegato:

Questionario
per la rilevazione dei dati



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

QUESTIONARIO SU GRADO DI DIFFUSIONE DELLA CULTURA ECONOMICA NELLE FARMACIE E IL RUOLO DEL FARMACISTA NEL SSN

SEZIONE I

Questa sezione è finalizzata a rilevare le caratteristiche generali del direttore/titolare della farmacia.

Si prega di fornire alcune informazioni di carattere generale

1. Et�	<input type="checkbox"/> < 35	<input type="checkbox"/> fra 35e 44	<input type="checkbox"/> fra 45e 55	<input type="checkbox"/> > 55			
2. Sesso	M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>				
3. La sua farmacia � da considerare:	Farmacia Rurale <input type="checkbox"/>		Farmacia Urbana <input type="checkbox"/>				
4. Da quanti anni lavora nel settore farmaceutico?	<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> fra 6 e 10	<input type="checkbox"/> fra 11 e 20	<input type="checkbox"/> > 20			
5. Quanti collaboratori (farmacisti e non) ci sono nella sua farmacia?	<input type="checkbox"/> <=3	<input type="checkbox"/> fra 4 e 5	<input type="checkbox"/> fra 6 e 7	<input type="checkbox"/> >7			
6. Da quanti anni svolge il ruolo attualmente ricoperto nella farmacia?	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> fra 2 e 10	<input type="checkbox"/> fra 11 e 20	<input type="checkbox"/> > 20			
7. In che misura ritiene che il suo percorso di studio sia coerente con la natura delle attivit� legata al ruolo che oggi svolge?	1	2	3	4	5	6	7
8. Ha avuto esperienze professionali al di fuori della farmacia attuale?							
<input type="checkbox"/> S�							
<input type="checkbox"/> No							

9. Se sì, quanto ritiene siano state importanti le esperienze professionali al di fuori della farmacia attuale?	1	2	3	4	5	6	7
10. Ha ricoperto altri ruoli dirigenziali in precedenza? (entro o al di fuori di questa farmacia) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
11. Indicare la tipologia di titolo di studio posseduto: <input type="checkbox"/> Laurea in (specificare) <input type="checkbox"/> Specializzazione/master in (specificare)							
12. Indicare se negli ultimi 5 anni ha frequentato corsi di formazione manageriale, per sviluppare le sue competenze organizzativo-gestionali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
13. In che misura reputa rilevante la formazione gestionale ai fini del ruolo che oggi ricopre?	1	2	3	4	5	6	7
14. Quanto ritiene che sia utile la formazione che riceve attraverso i corsi ECM a cui partecipa?	1	2	3	4	5	6	7

15. Dato il Suo ruolo e il contesto attuale, quanto ritiene sia importante avere le seguenti capacità e abilità:

– Conoscenze di tipo informatiche	1	2	3	4	5	6	7
– Conoscenze di tipo legislativo e costante aggiornamento sulla normativa inerente il SSN	1	2	3	4	5	6	7
– Capacità di innovare	1	2	3	4	5	6	7
– Capacità di gestione del personale	1	2	3	4	5	6	7
– Capacità di decisione dati gli obiettivi economici della farmacia	1	2	3	4	5	6	7
– Capacità di comunicazione con il personale	1	2	3	4	5	6	7
– Capacità di comunicazione con gli utenti/clienti	1	2	3	4	5	6	7
– Capacità di riorganizzazione	1	2	3	4	5	6	7

SEZIONE II

Questa sezione è finalizzata a rilevare la percezione del direttore/titolare del ruolo della farmacia nell'attuale contesto sociale e sanitario

1. In che misura reputa rilevante le professionalità del farmacista nell'ambito delle seguenti attività:

a. Distribuire i farmaci	1	2	3	4	5	6	7
b. Informazione al paziente sulle modalità di assunzione del farmaco	1	2	3	4	5	6	7
c. Fornire informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci	1	2	3	4	5	6	7
d. Fornire informazioni sull'interazione del farmaco con eventuali altri farmaci assunti	1	2	3	4	5	6	7
e. Proporre la sostituzione dei farmaci etici con i relativi farmaci generici	1	2	3	4	5	6	7
f. Vendere i prodotti cosmetici	1	2	3	4	5	6	7
g. Vendere i prodotti fitoterapici e naturali	1	2	3	4	5	6	7
h. Promuovere la salute attraverso l'adesione a campagne di prevenzione	1	2	3	4	5	6	7
i. Promuovere la salute attraverso la diffusione di materiale cartaceo volto alla sensibilizzazione del paziente	1	2	3	4	5	6	7
j. Promuovere la salute attraverso colloquio con i pazienti/clienti	1	2	3	4	5	6	7

2. Quanto crede sia rilevante il dialogo (professionale) tra farmacista e paziente?	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

3. In che misura reputa rilevante l'attivazione di un sito web d'informazione da parte delle farmacie?	1	2	3	4	5	6	7
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

4. In che misura crede che il farmacista debba essere maggiormente coinvolto nel controllo/monitoraggio delle terapie farmacologiche?	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

5. In che misura reputa che dovrebbe essere data maggiore responsabilità ai farmacisti:

a) Sul monitoraggio/trattamento di terapie minori (es., analgesici, antinfiammatori, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
b) Sul controllo dei pazienti affetti da patologie croniche (es., ipertensione, colesterolemia, BPCO, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

6. Quanto crede potrebbe essere rilevante il ruolo di leadership del farmacista:

a) In incontri periodici con i MMG/PLS circa l'erogazione dell'assistenza di base	1	2	3	4	5	6	7
b) Nell'attività domiciliare integrate (ADI)	1	2	3	4	5	6	7
c) Nell'educazione sanitaria dei pazienti	1	2	3	4	5	6	7
d) Nell'interazione con operatori socio-sanitari per erogare prestazioni professionali a domicilio	1	2	3	4	5	6	7
e) Nella scelta e somministrazione di farmaci OTC e SOP	1	2	3	4	5	6	7

7. In che misura reputa rilevante per il suo ruolo:

a) Sviluppare un network con altri professionisti/farmacisti nel territorio	1	2	3	4	5	6	7
b) Sviluppare un data-base che permette di misurare i risultati dell'attività delle farmacie (in termini di prevenzione, di promozione della salute, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
c) Conoscere i dati epidemiologici della popolazione del bacino territoriale di riferimento	1	2	3	4	5	6	7

8. In considerazione del ruolo attualmente attribuito alla Farmacia dalle disposizioni in materia, in quale misura reputa possa essere utile disporre di un sistema informativo caratterizzato da:

a) Fascicolo sanitario dei pazienti affetti da patologie croniche	1	2	3	4	5	6	7
b) Fascicolo sanitario dei pazienti fidelizzati	1	2	3	4	5	6	7
c) Informazioni sulla storia clinica dei pazienti	1	2	3	4	5	6	7

d) Informazioni sulle prestazioni terapeutiche dei pazienti	1	2	3	4	5	6	7
e) Informazioni su stili di vita e caratteristiche demografiche dei pazienti	1	2	3	4	5	6	7
f) Un software che permetta di realizzare l'analisi di costi e ricavi per fasce/tipologie di farmaci	1	2	3	4	5	6	7

SEZIONE III

Tale sezione è finalizzata ad analizzare la natura dei servizi oggi erogati dalla farmacia, nonché le attività svolte e la visione strategica del titolare/direttore.

1. Quali dei seguenti servizi sono attualmente erogati dalla Sua farmacia?

– Il servizio di assistenza domiciliare integrata.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
– La partecipazione a programmi di educazione sanitaria.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
– La partecipazione a campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
– La prenotazione in farmacia di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche o private accreditate/convenzionate.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
– Servizi di auto analisi di prima istanza:		
e1. Misurazione della pressione arteriosa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e2. Misurazione del peso corporeo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e3. Misurazione dell'udito	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e4. Misurazione della vista	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e5. Misurazione dell'assetto lipidico	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e6. Misurazione della glicemia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e7. Prelievo di sangue	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e8. Test allergologico	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
e9. Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

2. In che misura reputa congrua la remunerazione economica che riceve per i servizi attualmente erogati.	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto reputa rilevante un ulteriore investimento nello sviluppo di servizi e attività diversi dalla distribuzione dei farmaci e dall'attività c.d. commerciale.	1	2	3	4	5	6	7
4. In che misura reputa che l'erogazione di tali servizi (prevenzione, auto-analisi, consulenza, etc.) sia in linea con il ruolo etico del farmacista.	1	2	3	4	5	6	7

5. In che misura reputa che la scelta di attivazione dei servizi (di prevenzione, consulenza, autoanalisi, prenotazioni etc...) sia dipesa da:

a) Mantenimento o miglioramento dell'immagine della farmacia nel bacino di riferimento	1	2	3	4	5	6	7
b) Esigenza di assicurare i propri clienti circa la prossimità della farmacia	1	2	3	4	5	6	7
c) Obiettivo di fidelizzazione dei clienti	1	2	3	4	5	6	7
d) Ricerca di un vantaggio economico	1	2	3	4	5	6	7
e) Obiettivo di aumento del volume dei clienti	1	2	3	4	5	6	7
f) La stima di ricaduta su altre attività e servizi della farmacia (ad es. sulla cosiddetta attività commerciale)	1	2	3	4	5	6	7
g) Indicazioni per le scelte generali fornite dall'associazione di appartenenza	1	2	3	4	5	6	7
h) La scelta fatta dalle farmacie limitrofe nell'area	1	2	3	4	5	6	7

6. Con riferimento a ognuna delle diverse aree di attività della farmacia e ai diversi servizi sviluppati, in che misura ha il controllo dei seguenti fattori:

(a) Ore/uomo utilizzate	1	2	3	4	5	6	7
(b) Ricavi generati	1	2	3	4	5	6	7
(c) Materiale consumato	1	2	3	4	5	6	7

(d) Ammortamento delle apparecchiature utilizzate	1	2	3	4	5	6	7
(e) Ammortamento degli spazi utilizzati/o incidenza dei canoni di locazione	1	2	3	4	5	6	7
(f) Costo del personale	1	2	3	4	5	6	7
(g) Margine di remunerazione per tipo di servizio o per area di attività	1	2	3	4	5	6	7
(h) Volume di servizi erogati	1	2	3	4	5	6	7
(i) Andamento del fatturato per area di attività	1	2	3	4	5	6	7

7. Con riferimento al contesto in cui opera la Farmacia, è a conoscenza dello stadio di rinnovo della convenzione nazionale tra Farmacie e SSN?

Sì

No

Se sì, in che misura reputa che:

a) la direzione intrapresa dalle norme di riferimento (Legge 69/2009 e Decreto 153/2009) possa costituire un'opportunità per la sua farmacia?	1	2	3	4	5	6	7
a) il contesto normativo attuale (Legge 69/2009 e Decreto 153/2009) possa condurre ad un miglioramento del Suo ruolo nel panorama del SSN	1	2	3	4	5	6	7

8. Con riferimento al contesto in cui opera la Farmacia, in che misura può dire di conoscere i seguenti aspetti:

a) Le politiche del farmaco definite dalla Sua regione di riferimento	1	2	3	4	5	6	7
b) Le politiche di distribuzione dei farmaci adottate dall'azienda sanitaria territoriale locale	1	2	3	4	5	6	7
c) Le politiche sui farmaci generici	1	2	3	4	5	6	7
d) Il ruolo che la Farmacia di comunità assume nel sistema sanitario in altri Paesi	1	2	3	4	5	6	7
e) Il percorso di formazione del professionista "farmacista" in altri Paesi Europei	1	2	3	4	5	6	7
f) Il sistema di remunerazione del Titolare di Farmacia in altri Paesi	1	2	3	4	5	6	7

SEZIONE IV

Questa sezione è finalizzata ad indagare le caratteristiche del sistema informativo, organizzativo e gestionale.

1. In che misura reputa adeguati ai suoi obiettivi i seguenti fattori organizzativi della farmacia:

a) La destinazione degli spazi	1	2	3	4	5	6	7
b) La localizzazione	1	2	3	4	5	6	7
c) Il numero dei collaboratori	1	2	3	4	5	6	7
d) La qualificazione professionale dei collaboratori	1	2	3	4	5	6	7
e) La natura del mix dei servizi erogati	1	2	3	4	5	6	7
f) L'apparecchiatura professionale	1	2	3	4	5	6	7
g) L'apparecchiatura informatica	1	2	3	4	5	6	7
h) Lo scambio di informazioni tra colleghi nella farmacia	1	2	3	4	5	6	7
i) L'intensità delle relazioni con l'associazione di appartenenza	1	2	3	4	5	6	7

2. Nell'ambito delle Sue attività quotidiane, quanta parte del Suo lavoro è riconducibile a:

a) Lavoro al banco (consigli, distribuzione farmaci, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
b) Preparazioni galeniche	1	2	3	4	5	6	7
c) Lavoro al telefono (tutte le conversazioni)	1	2	3	4	5	6	7
d) Lavoro al Computer (attività connesse alle prescrizioni da fare al computer, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
e) Lavoro di riempimento delle scaffalature (sistemazione medicinali)	1	2	3	4	5	6	7
f) Lavoro di logistica/magazzino (ordini dei farmaci e loro ricevimento)	1	2	3	4	5	6	7
g) Lavoro legato ai medicinali in stock (reclami, controllo date di scadenza, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

3. Con riferimento alla farmacia nel suo complesso, in che misura può dire di avere il monitoraggio dei seguenti aspetti:

a) Redditività complessiva della Farmacia	1	2	3	4	5	6	7
b) Redditività delle varie aree di attività (farmaci etici, OTC, generici, servizi, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
c) Andamento dei costi fissi	1	2	3	4	5	6	7
d) Andamento dei costi variabili	1	2	3	4	5	6	7
e) Consistenza delle scorte di magazzino	1	2	3	4	5	6	7
f) Grado di redditività dell'attività extra-SSN	1	2	3	4	5	6	7
g) Grado di remunerazione dei servizi erogati (prevenzione, prenotazioni, autoanalisi, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

4. In che misura le risultano utili al governo economico della farmacia i seguenti strumenti informativi, normalmente utilizzati:

a) Il Bilancio di fine anno	1	2	3	4	5	6	7
b) Il Registro di cassa	1	2	3	4	5	6	7
c) La contabilità di magazzino	1	2	3	4	5	6	7
d) Il Registro di entrata ed uscita di sostanze e preparazioni stupefacenti	1	2	3	4	5	6	7
e) Il Registro dei beni ammortizzabili	1	2	3	4	5	6	7
f) Altro _____	1	2	3	4	5	6	7

5. In considerazione degli strumenti informativi appena richiamati, in che misura reputa rilevante il ruolo di:

a) Commercialista	1	2	3	4	5	6	7
b) Titolare di farmacia / Direttore	1	2	3	4	5	6	7
c) Addetto al magazzino	1	2	3	4	5	6	7
d) Altri (specificare) _____	1	2	3	4	5	6	7

6. In che misura le decisioni inerenti la Farmacia risentono dei seguenti fattori:

a)	Esperienza del titolare / Direttore	1	2	3	4	5	6	7
b)	Politiche dell'Associazione di riferimento	1	2	3	4	5	6	7
c)	Natura/Tipologia delle informazioni e dei dati a disposizione	1	2	3	4	5	6	7
d)	Consigli del commercialista e/o della struttura che tiene la contabilità	1	2	3	4	5	6	7
e)	Eventuali studi realizzati sulla Sua realtà da Società di consulenza	1	2	3	4	5	6	7
f)	Informazioni fornite da Informatori medico-scientifici	1	2	3	4	5	6	7

Grazie per la collaborazione

Bibliografia

- AA.VV. (2007), La difesa in Europa del modello di farmacia italiana, la farmacia che tutela la salute dei cittadini, *Farmacista* 33, 17 dicembre.
- ABERNETHY, M.A.; STOELWINDER, J.U., (1995), The Role of Professional Control in the Management of complex organizations; *Accounting, Organization and Society*; 20, 1 - 77.
- ABERNETHY, M.A.; VAGNONI, E., (2004) Power, organization design and managerial Behavior, *Accounting, Organization and Society*; 29, 207- 225
- ADAMCIK B A, RANSFORD H E, OPPEMEIMER P R, BROWN J F, EAGAN P A, WEISSMAN F G (1986), New clinical roles for pharmacists: a study of role expansion, *Soc. Sci. Med.* Vol. 23, No. II. pp. 1187-1200.
- ADAMS C., GRAY R., OWEN D. (1996), “Accounting and accountability: changes and challenges in corporate social and environmental reporting”, Pearson Education Limited, Harlow, 32-36.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (2005), “Corso di Economia Aziendale”, Il Mulino, Bologna.
- ALLEN, M. P. (1997), “Understanding regression analysis”. Plenum Press, New York-London.
- AMBREK A.(1994), I generici in farmacia: professione ed aziende. *Ra.giu.farm.*, vol. n. 6:464-477.
- ANSARI, S., EUSKE, K. J. (1987). Rational, rationalizing, and reifying uses of accounting data in organizations. *Accounting, Organizations and Society*, 12(6), 549-570.

- ANTHONY R. N., HAWKINS D. F., MACRI' D. M., MERCHANT K. A., (2008), "Sistemi di controllo", Terza edizione, McGraw-Hill, Milano.
- ARAGÓN-SÁNCHEZ A., SÁNCHEZ-MARÍN G. (2005), Strategic Orientation, Management Characteristics, and Performance: A Study of Spanish SMEs, *Journal of Small Business Management*, Vol 43, Issue 3, pp.:287–308.
- ARCHER, S., OTLEY, D. (1991). Strategy, structure, planning and control systems and performance evaluation - Rumenco Ltd. *Management Accounting Research*, 2, 263-303.
- ASCENSIONATO, R.C.(2007), "L'economia delle aziende farmaceutiche. Caratteri strutturali, operativi e modelli di corporate governance", Giuffrè Editore, Milano.
- ATKINSON, A.A., J.H. WATERHOUSE AND R.B. WELLS (1997). A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement, *Sloan Management Review*, 38: 25-37.
- BAILEY. K.D. (1985), "Metodi della ricerca sociale", Bologna, Il Mulino.
- BARALDI S. (2000), "Le performance manageriali. Sistemi di misurazione e valutazione", McGraw-Hill, Milano.
- BARNETT R.A., BECHER R.A., CORK N.M. (1987), Models of professional preparation: Pharmacy, nursing and teacher education. *Studies in Higher Education*, Volume 12, Issue 1, pp.: 51-63.
- BASSANINI F., MONTI M. (2008), Liberare la Crescita: "300 decisioni per cambiare la Francia" Affari sociali, Rizzoli, Milano, pag 163.
- BENFENATI L. (2006), Titolari di niente, *Tema farmacia*, n. 10 anno XXIV, 3.
- BENFENATI L. (2008), La farmacia dei servizi, *Puntoeffe*, anno IX, n. 1, 24 gennaio 2008, 4-7.
- BENTLER P. M. (1992), On the Fit of Models to Covariances and Methodology to the Bulletin, *Psychological Bulletin* 112, 400-404.

- BERTINI U. (1990), "Il sistema d'azienda. Schema di analisi", Giappichelli editore, Torino.
- BIERSTEDT. R., (1970), "The Social Order". 3e druk. New York: McGraw-Hill Book Company.
- BOEKER W. (1997), Strategic Change: The Influence Of Managerial Characteristics And Organizational Growth, *ACAD MANAGE J.*, Vol. 40 no. 1: 152-170.
- BOES D.C., GRAYBILL F.A., MOOD A.M. (1988), "Introduzione alla Statistica", McGraw-Hill, Milano.
- BOGONNOVI E. (2004), Aziendalizzazione e governo clinico, *Mecosan*, n. 49: 2-6.
- BONFINI G. (2008), In Europa farmacie, *Puntoeffe*, anno IX, n. 9, 22 Maggio, 4-6.
- BORGONNOVI E. (2004), "Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche", IV ed., EGEA, Milano.
- BROWNE, M. W., R. Cudeck, (1993), "Alternative Ways of Assessing Model Fit", in K. A. Bollen. J. S. Long (eds.), "Testing Structural Equation Models", *Sage, Newbury Park, CA*, 136-162.
- BRYMAN A., BELL E. (2007), "Business Research Method's", 3rd edition. Oxford: Oxford University Press.
- BUCCIANTI C. (2006), "Spesa farmaceutica e invecchiamento della popolazione. Aspetti evolutivi e prospettive". Tipografia Senese, Siena.
- BURKARD P. (2011), La Farmacia Svizzera, presentazione al convegno "Come vivono il farmacista e l'azienda farmacia in un contesto liberalizzato: il modello svizzero", Pisa 15 marzo.
- CASTALDO, S., PERRINI, F., MISANI, N. E TENCATI, A. (2009), The Missing Link Between Corporate Social Responsibility and Consumer Trust: The Case of Fair Trade Products, *Journal of Business Ethics* 84, 1-15.

- CASTELLINI M., VAGNONI E. (2008), “La gestione della farmacia. Il ruolo nel SSN e il modello di remunerazione”, Franco Angeli Ed., Milano.
- CERM, Competitività,(2010), “Regole Mercati”, *Working Paper* n. 4, 12 novembre.
- CHAGANTI R., SAMBHARYA R. (1987), Strategic orientation and characteristics of upper management, *Strategic Management Journal*, Vol. 8, issue 4: 393-401.
- CHEN T., CRAMPTON M., KRASS. I, BENRIMOJ. S. (1999), Collaboration between community pharmacists and GPs in innovative clinical pharmacy services – a conceptual model. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 16:134-144.
- CINI M., RAMPINELLI P. (2008), “Compendio di legislazione farmaceutica”. Minerva Medica, Roma.
- CINQUEGRANA C., CITARELLA A. (2012), La gestione tecnico-professionale della farmacia. *Punto Effe*, Nuvolera (Bs).
- COLOMBO G. L. (2002), “Economia & gestione della farmacia”, Selecta Medica, Pavia.
- Convenzione nazionale resa esecutiva con il D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 251 del 27 ottobre 1998.
- CORBETTA P. (2003), “La ricerca sociale: metodologia e tecniche – III Le tecniche qualitative”, Il Mulino, Bologna.
- CRESWELL, J. W. (2003). “Research design: Quantitative, qualitative, and mixed methods approaches”, (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- CUOMO M. T., GERARDINO M., TESTA M., TORTORA D. (2010), “La gestione della farmacia. Guida pratica al miglioramento della performance”, G. Giappichelli Editore, Torino.
- CURCI A. (2008), Competere senza timori, *Puntoeffe*, anno IX, n. 9, 22 Maggio, 31-33.

DE BRENTANI, U. (1991), Success factors in new developing new business services, *European Journal of Marketing*, Vol. 25 No. 2, pp. 33-59.

Decreto legislativo 16 dicembre 2010, “Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19-4-2011.

Decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 “Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali”, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 257 del 4-11-2009.

DOBSON R.T., TAYLOR J.G., HENRY C.J., LACHAINE J., ZELLO G.A., KEEGAN D.L., FORBES D.A.,(2009), Taking the lead, Community pharmacists' perception of their role potential within the primary care team, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 5 (4), pp.327-336.

DOINEA O., LEPADAT G., TOMITA V., DANIASA I. (2011) The role of accounting information in decision-making strategies and processes, *Economics, Management, and Financial Markets*, Volume 6(2), 2011, pp. 188–193.

DOLL W.J., TORKZADEH G. (1998) Developing a multidimensional measure of system-use in an organizational context. *Information & Management* 33(4), 171–185.

EDMUNDS J., CALNAN M. W. (2001), The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, Volume 53, Issue 7, pp.: 943-955

ELORANTA S., HANNUKAINEN S., ROUTASALO P., VIITANEM M., ARVE S. (2011), Pharmaceutical care as described by home-dwelling older people in Finland, *Medicina (Kaunas)*; 47 (11): 629-634.

FERRARIS FRANCESCHI. R, (1998), “L'indagine metodologica nelle discipline economico aziendali fra tradizione e nuove tendenze”, in AA.VV. *Le metodologie della ricerca nelle discipline economico aziendali*, Edizioni scientifiche italiane.

- FINCHAM R., CLARK T., (2009), Introduction: Can We Bridge the Rigor–Relevance Gap?, *Journal of Management Studies*, Vol. 46, Issue 3: 510–515.
- FOSTER. D.P, YOUNG.H.P. (2003), Learning, hypothesis testing, and Nash equilibrium, *Economic Behavior*, Volume 45, Issue 1: pp. 73-96.
- FRANCESCONI A., ZAPPULLA M. (2010), Criticità percepite nell’implementazione del controllo di gestione nelle A.P.S.P.: un’analisi empirica, *MECOSAN*, vol. 68: 69-72.
- FROSINI B.V. (2001), “Metodi statistici: teoria e applicazioni economiche e sociali”, Carocci, Roma.
- GARG, V.K., P.K. SINGH AND K.K. SINGH, (2003). Distribution of nutrients in soils and plants of Sikkim. *J. Indian Soc. Soil Sci.*, 51: 208-211.
- GORGAS TORNER M. Q., PÀEZ VIVES F., CAMÓS RAMIÓ J., DE PUIG CABRERA E., JOLONCH SANTASUSAGNA P., HOMS PEIPOCH E., SCHOENENBERGER ARNAIZ J. A., CODINA JANÉ C., GÓMEZ-ARBONÉS J. (2011), “Integrated pharmaceutical care programme in patients with chronic diseases”, Servicio de Farmacia, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España,36(4): 229-39.
- HARTWICK J., BARKI H. (1994) Explaining the Role of User Participation in Information System Use, *Management Science*, Vol. 40, No. 4, 440-465.
- GUIRGUIS L.M., CHEWNING B.A. (2005), Role theory: literature review and implications for patient-pharmacist interactions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*.1(4):483-507.
- HEIDARI M., VAGNONI E. (2010) Il ruolo della Farmacia di comunità nel SSN: un’indagine sul campo, *Mecosan* n 77. 43-53.
- HEPLER C.D., STRAND L.M. (1990), Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*;47(3):533–543.

- HOPWOOD, A.G. (1992), Accounting calculation and the shifting sphere of the economic, *The European Accounting Review*, Vol. 1 No. 1, pp. 125-43.
- HORNGREN, C.T., DATAR, S.M. AND FOSTER, G. (2003), “Cost Accounting: A Managerial Emphasis”, Prentice-Hall.
- HUGHES C.M., HAWWA A.F., SCULLIN C., ANDERSON C., BERNSTEN C.B., BJÖRNSDÓTTIR I., CORDINA M.A., DA COSTA F.A., DE WULF I., EICHENBERGER P., FOULON V., HENMAN M.C., HERSBERGER K.E., SCHAEFER M.A., SØNDERGAARD B., TULLY M.P., WESTERLUND T., MCELNAY J.C. (2010), Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci.* 32 (4): 472-487.
- IACOVONE L. (2006), Le risorse della GDO, *Tema farmacia*, n. 6 anno XXIV, 24-32.
- JACKMAN S. (2009), “Bayesian Analysis for the Social Science”, Wiley & Son, Chichester, UK.
- JAMBULINGAM. P, SAHU. SS., A, (2005), Reappearance of *Anopheles minimus* in Singhbum hills of East-Central India. *Acta Trop.* 96. 31-35.
- JOHNE A., STOREY C. (1998). New service development: a review of the literature and annotated bibliography, *European Journal of Marketing*, Vol. 32 No. 3/4, 1998, pp. 184-251,
- KLEINBAUM D. G., (2007), “Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods”, Thomson Higher Education, Belmont: CA, USA.
- KOLEKOFSKI K E, HEMINGER A R, (2003) Beliefs and attitudes affecting intentions to share information in an organizational setting, *Information & Management*, Volume 40, Issue 6, July 2003, Pages 521–532.
- LANDENNA G. (1997), “Introduzione alla probabilità e all’inferenza statistica”, Il Mulino, Bologna.

- LAZZARONI C. (2007), “Economisti o farmacisti?”, *Tema farmacia*, n. 10 anno XXVI, 22-27.
- LEVINE D.M., KREHBIEL T.C., M.L. BERENSON (2002), “Statistica”, Apogeo, Milano.
- LEVRIERI E. (2008), Se il sistema è più stabile, *Puntoeffe*, anno IX, n. 8, 8 Maggio, 22-24.
- Libro Bianco sulla Distribuzione di Farmaci in Italia, 2007.
- LITTLE R.J.A., RUBIN D.B. (1989), The Analysis of Social Science Data with Missing Values, *Sociological Methods Research* November, vol. 18 no. 2-3: 292-326.
- LOMBARDO Q. (2007), 2008: quali riforme per la farmacie?, *Tema farmacia*, n. 11 anno XXVI, 16-18.
- LOMBARDO Q. (2007), Farmacie soprannumerarie, che fare?, *Tema farmacia*, n. 7 anno XXVI, 14-15.
- LOMBARDO Q. (2007), Proiezioni, *Tema farmacia*, n. 1 anno XXVI, 10-11.
- LUMPKIN, G.T., AND DESS, G.G. (1996). Clarifying The Entrepreneurial Orientation Construct and Linking It to Performance, *Academy of Management Review*, 21 (1): 135-172.
- MARCHI L. (2009), “Introduzione all’economia aziendale”, Torino, Giappichelli, VII ed.
- MARK M.P. (2008), The general pharmacy work explored in The Netherlands, *Pharm World Sci*, 30:353–359.
- MASON P. (1999), *Pharmaceutical Journal*, Vol 263, No 7070, 754-755.
- MERCHANT, K.A., VAN DER STEDE, W.A. (2003). “Management control systems: performance measurement, evaluation and incentives”. Harlow, UK: Financial Times/Prentice Hall.

- MIKEAL RL, BROWN TR, LAZARUS HL, VINSON MC, (1975), Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm*; 32(6):567–574.
- MINGHETTI P. (2006), “La nuova normativa del farmaco. Il decreto legislativo 219/06 confrontato con le direttive europee e la legislazione italiana precedente”. Tecniche Nuove, Milano.
- MINGHETTI P., MARCHETTI M. (2010). “Legislazione farmaceutica”. Casa Editrice Ambrosiana, 6°edizione.
- MIRANDA C.M. PRONK, LYDA TH.G. BLOM, RUUD JONKERS, BAKKER. A., (2004), Effects of a management technician on structured working in Dutch community pharmacies *Pharm World Sci*; 26: 221–226.
- MOLTENI, L. TROILO, G. (2003), “Ricerche di Marketing”, McGraw-Hill, Milano.
- MONTGOMERY A. T., KALVEMARK-SPORRONG S., HENNING M., TULLY M.P., KETTIS-LINDBLAD A. (2007), Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists’, pharmacists’ and doctors’ views, *Pharm World Sci*, 29:593–602.
- MORGALL J M, ALMARSÓTTIR A. B. (1999), No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly, *Social Science & Medicine*, Volume 48, Issue 9, 1247-1258.
- MUSSARI R. (2002), “Economia dell’azienda pubblica locale”, in G. Catturi, *L’azienda universale*, CEDAM, Padova.
- NEUMAN, W. (1997). “Social research methods: Qualitative and quantitative approaches” (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- NICOLOSO B. R., Il sistema farmacia. *Puntoeffe*, terza edizione 2001.
- NICOLOSO B.R. (2008), Equilibrate ragioni, *Puntoeffe*, anno IX, n.8, 8 maggio, 46-47.

- NOLAN R.L. (1973). Computer data bases: the future is now. *Harvard Business Review*, 51, pp. 98–114.
- OCASIO W., (1997), Towards An Attention-Based View Of The Firm, *Strategic Management Journal*, Vol. 18, Issue S1, 187–206.
- OCASIO W., JOSEPH J. (2005), “An Attention-Based Theory of Strategy Formulation: Linking Micro- and Macroperspectives in Strategy Processes”, in Gabriel Szulanski, Joe Porac, Yves Doz (ed.) *Strategy Process (Advances in Strategic Management, Volume 22)*, Emerald Group Publishing Limited, pp.39-61.
- PASTORE A., VERNUCCIO M. (2010),. Evoluzione del contesto e dinamiche reddituali, Un focus sulla regione Lazio, *L'impresa farmacia*.
- PERRAUDIN C., BRION F., BOURDON O., PELLETIER-FLEURY N. (2011) The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy students' opinions. *BMC Clin Pharmacol.*; doi: 10.1186/1472-6904-11-6.
- PERROW C. (1967), A framework for Comparative Organizational Analysis, *American Sociological Review*, vol. 32, n. 2: 194-208.
- PINTO L. (2008), Come evolve la filiera della salute, *Puntoeffe*, anno IX, n. 3, 21Febbraio, 22-26.
- PRONK MCM, BLOM LTG, JONKERS R, BAKKER A. (2004), Effects of a management technician on structured working in Dutch community pharmacies. *Pharm World Sci.* 26(4): 221-226.
- RAGIN, C. (1994). “Constructing Social Research”. Thousand Oaks, CA: Pine Forge.
- Rapporto OASI, (2008), “L’aziendalizzazione della Sanità in Italia”, CERGAS, Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano.
- RAWLINS M.D. (1991), Extending the role of the community pharmacist. *British Medical Journal*, 302(6774): 427–428.

- RAWLINGS J.O., PANTULA S.G., DICKEY D.A. (1998), “Applied regression analysis: A research tool”, 2nd edition, Springer, New York.
- ROBERTS A.S., HOPP T., WESTH SØRENSEN E., BENRIMOJ S.I., CHEN T.F., HERBORG H., WILLIAMS K., ASLANI P., (2003), Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory *Pharm World Sci*; 25(5): 227–234.
- ROBERTS AS, BENRIMOJ SI, CHEN TF, WILLIAMS KA, HOPP TR, ASLANI P (2005) Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1: 546-564
- ROGGIA S. (2007), La super farmacia, *Tema farmacia*, n. 8 anno XXVI, 8-10.
- ROGGIA S. (2007), Costruire insieme la nuova farmacia, *Tema farmacia*, n. 7 anno.
- ROGGIA S. (2007), Un dialogo costruttivo, *Tema farmacia*, n. 3 anno XXV, 19-22.
- ROMANOW, R.J., (2002) “The Future of Health Care in Canada, commission on the future of health care in Canada.” Building on Values: The Future of Health Care in Canada.
- ROSSING C., HANSEN E. H., TRAUlsen J. M., KRASS I. (2005). Actual and perceived provision of pharmaceutical care in Danish community pharmacies: the pharmacists’ opinions. *Pharm World Sci*, 27: 175-18.
- ROSSMAN, G. B., RALLIS. S. F. (1998), “Learning in the field: An introduction to qualitative research”. Thousand Oaks, CA: Sage.
- RUDHOLM N, (2008), Entry of New Pharmacies in the Deregulated Norwegian Pharmaceuticals Market – Consequences for Costs and Availability. *Health Policy*, vol 87, 258-263.
- SILANO V., NARDONE D’ERRICO M.V. (2004), “L’azienda farmaceutica in Italia”. Di Renzo Editore, Roma.

- SMITH F. J. (2010), "Conducting your pharmacy practice research project", 2nd edition, Pharmaceutical Press, London.
- SPECKBACHER, G., BISCHOF, J. AND PFEIFFER, T. (2003), A Descriptive Analysis on the Implementation of Balanced Scorecards in German-Speaking Countries, *Management Accounting Research*, 14(4), pp. 361-387.
- STRANDBERG-LARSEN M, NIELSEN MB, VALLGÅRDA S, KRASNIK A, VRANGBÆK K, MOSSIALOS E. (2007), Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(6): 1–164.
- SULLIVAN-TRAINOR M. (1989) Sharing the wealth: data becomes community property, *Computerworld*, 23, pp. 71–76.
- TAYLOR R. N. (1975) Age and Experience as Determinants of Managerial Information Processing and Decision Making Performance. *ACAD MANAGE J* March 1, vol. 18 no. 1, 74-81.
- TRAMONTANA M., (2011), Nelle farmacie più ricette ma fatturati sempre al palo, www.ilgiornale.it, di mercoledì 11 maggio.
- TRAULSEN J.M., ALMARSDO' T T I R A. B. (2005), The argument for pharmaceutical policy, *Pharm World Sci*, 27: 7–12.
- VAGNONI E. (2008), I servizi erogati dalle farmacie. In Castellini M., Vagnoni E., "La gestione della farmacia. Il ruolo nel SSN e il modello di remunerazione", Franco Angeli Ed., Milano.
- VITTORINI N., (2011), Analisi dei servizi erogati dalle farmacie comunali: i primi risultati. Intervento al convegno ASSOFARM dal titolo "Il Farmacista e la Farmacia nell'era dei servizi: le reali opportunità di sviluppo", Verona 20 Giugno 2011.
- VOSS, C.A. (1992), Measurement of innovation and design performance in services, *Design Management Journal*, Winter, pp. 40-46.

- WANG C. (2008) Entrepreneurial Orientation, Learning Orientation, and Firm Performance, *Entrepreneurship Theory and Practice*, vol. 32, issue 4, pp.: 635-657.
- WEBER, M. (1947). "The theory of social and economic organization". New York: Free.
- WOLCOTT, H.F.,(1994), "Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation", Thousand Oaks, CA: Sage.
- YIN, R.K. (1989), "Case Study Research Design and Methods", Sage, Newbury Park.
- ZANELLA A. (2000), "Elementi di statistica descrittiva", CUSL, Milano.
- ZANETTA G.P., CASALEGNO C. (1999), "Le leggi della nuova sanità", Il Sole 24 ore, Milano, p. 7.

SITOGRAFIA

BATTEZZATI A., *Liberalizzazioni. Classe C sotto esame*, Nuovo Collegamento, pagg. 18-22, www.utifar.it, 10 Maggio 2011.

BRAMBILLA L., GATTI L., *Affari al bancone a quota 26 miliardi*, Il Sole24Ore-Sanità, www.ilsole24ore.com, settimanale 3-16 Maggio 2011, n. 17-18.

CENCIS, *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*, anno 2007, www.cencis.it.

FARMAONLINE, *La qualità in farmacia*, www.farmaonline.it.

CERM, *Competitività, Regole, Mercati. Working Paper n. 4*, www.cernlab.it, 12 Novembre 2010.

DEL ROSSO F., *“Il valore del mercato dei servizi socio-sanitari”*, www.utifar.it, Marzo 2011, pag. 10.

FARMAONLINE, *La qualità in farmacia*, www.farmaonline.it.

FARMAINDUSTRIA, *Evoluzione del settore farmaceutico*, www.farmaindustria.it, Indicatori Farmaceutici, Rapporto 2009.

FORNARO A., *Generici da banco*, Nuovo Collegamento, www.utifar.it, Maggio 2007.

FORNARO A., *I decreti attuativi*, Nuovo Collegamento, www.utifar.it, 16 Marzo 2011, pag. 9.

FORNARO A., *Servizi in farmacia. L'attuale, il possibile, il probabile*. Nuovo Collegamento, www.utifar.it, Maggio 2011 Pagg. 15-17.

ISTAT, *“Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione: disponibilità nelle famiglie e utilizzo degli individui”*, anno 2007, www.istat.it.

OSMED, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010*. Roma, Luglio 2011, www.agenziafarmaco.it.

TARABUSI M., TROMBETTA G., *Remunerazione delle farmacie*, Nuovo collegamento, www.utifar.it, Marzo 2010, pagg. 17-24,.

TODARO S., *Farmacie sotto stress da riforme. Torna lo spettro liberalizzazioni*. Il Sole 24 ore Sanità, www.ilsole24ore.com, settimanale 3-16 Maggio 2011, n. 17-18.

TODARO S., *I generici alla ricerca di nuovi spazi*, Il Sole 24 ore, inserto “Speciale Farmaceutico”, www.ilsole24ore.com, 19 Luglio 2011.

TODARO S., TURNO R., *In farmacia i conti tornano*, Il Sole 24 ore, inserto “Speciale Farmaceutico”, www.ilsole24ore.com, 19 Luglio 2011, pag. 6.

SDA Bocconi (2010). *Le nuove frontiere della professione del farmacista* Copyright ©SDA Bocconi School of Management.

Association Pharmaceutique Belge, www.apb.be

Agenzia Italiana del Farmaco

www.agenziafarmaco.gov.it

Generici

www.generici.com

Associazione Distribuzione Intermedia

www.adfsalute.it

Associazione Farmacie Comunali, Aziende e servizi socio-farmaceutici

www.assofarm.it

Governo italiano

www.governo.it

Associazione Industrie Produttrici dei farmaci

www.anifa.it

Associazione Nazionale delle Società di servizi per le farmacie

www.federfarmaservizi.it

Associazione Nazionale Industrie Farmaci Generici

www.assogenerici.org

Censis

www.censis.it

CERM-Competitività, Regolazione, Mercati

www.cermlab.it

<i>Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani</i>	<u>www.fofi.it</u>
<i>Federazione nazionale unitaria titolari di farmacia</i>	<u>www.federfarma.it</u>
<i>Il Sole 24 ore</i>	<u>www.ilsole24ore.com</u>
<i>Istituto Nazionale di Statistica Italiano</i>	<u>www.istat.it</u>
<i>Ministero della Salute</i>	<u>www.salute.gov.it</u>
<i>Sistema Leggi d'Italia</i>	<u>www.leggiditalia.it</u>
<i>Parlamento Italiano</i>	<u>www.parlamento.it</u>
<i>Unione Tecnica Italiana Farmacisti</i>	<u>www.utifar.it</u>
http://www.agenziafarmaco.gov.it	
http://www.farmacietv.it	
http://www.farmacovigilanza.org	
http://www.federfarma.it	
http://www.fofi.it	
http://www.gazzettaufficiale.it	
http://www.inmezzora.rai.it	
http://www.pubmed.gov	
http://www.salute.gov.it	
http://portale.unibocconi.it	