



Il rapporto con il Servizio sanitario

La sempre più forte regionalizzazione e l'imporsi di nuove forme distributive hanno un obiettivo comune: la riduzione della spesa, con ovvie conseguenze sui margini delle farmacie. Un quadro generale e qualche consiglio

DI GIULIO BIGAGLI
E MARGHERITA LAURA PASTIA
HBI HEALTH BUSINESS IMPROVEMENT

In che modo il Servizio sanitario impatta sull'attività della farmacia al pubblico? Quali sono le leve a disposizione del farmacista per rispondere a tale contesto e gestire il proprio business in tale scenario?

Il sistema sanitario in Italia manifesta, peraltro con un'accelerazione in questi ultimi anni, una forte discontinuità trainata da due elementi: la ricerca di contenimento della spesa sanitaria e in particolare di quella farmaceutica e la devoluzione del sistema a livello regionale o locale. Questi elementi sono collegati perché la maggior parte degli interventi

di riduzione della spesa sanitaria si sono concentrati sulla revisione dei modelli organizzativi e istituzionali attraverso la regionalizzazione dell'Ssn e il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse. Il persistere del disavanzo di bilancio nella maggioranza delle Regioni evidenzia uno scenario in cui si accentueranno gli interventi di contenimento della spesa e di ricerca di efficienza.

Le Regioni, che inizialmente dovevano avere un ruolo di programmazione politica e di coordinamento, stanno assumendo crescente importanza operativa, ponendosi al centro di attività come l'ac-



da e le priorità nazionali rappresentino per la realtà regionale una cornice normativa alla quale attenersi, il processo di devoluzione ha fatto sì che vengano definiti a livello sempre più locale le modalità gestionali e operative attraverso le quali declinare gli obiettivi nazionali. L'analisi delle delibere regionali emanate negli ultimi anni evidenzia con chiarezza come le Regioni si avvarranno sempre di più di questa autonomia per definire le regole gestionali del "bene salute", con impatti sia sulle differenti fasi del percorso assistenziale di un paziente, sia sui diversi attori che intervengono nelle varie fasi della filiera della salute.

Il "bene salute" è quindi sempre più governato dal sistema sanitario locale: i medici convenzionati, i medici specialisti, i farmacisti, gli ospedali, i grossisti sono messi in relazione tra di loro da scelte prese centralmente, che influenzano il comportamento di ognuno, aumentando il numero di variabili da controllare e la complessità in generale.

DISTRIBUZIONE DIRETTA E IN NOME E PER CONTO

L'obiettivo di contenere la spesa da parte delle autorità regionali implica anche l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci che ha un impatto rilevante sull'attività della farmacia al pubblico. Il quadro nazionale evidenzia nel complesso una graduale diffusione delle modalità distributive introdotte con la Legge 405/01, sebbene esistano differenze a livello locale per il grado di applicazione o per le classi terapeutiche di farmaci. La normativa nazionale consente alle regioni di ricorrere a due differenti modalità distributive: la Distribuzione diretta (Dd) e la Distribuzione in nome e per conto (Dpc). Questa norma si applicava inizialmente a particolari tipologie di farmaci elencate espressamente in specifici Prontuari terapeutici ospedale-territorio o Pht, ma successivamente è stata estesa a farmaci di maggiore utilizzo. Nella prima forma distributiva, l'Asl acquista i farmaci e provvede direttamente alla loro distribuzione attraverso la farmacia ospedaliera interna o di distretto, avvalendosi della collaborazione di un farmacista. Nella Dpc, invece, i farmaci vengono di-

stribuiti attraverso le farmacie al pubblico pur rimanendo l'Asl l'ente formalmente acquirente. In questo secondo caso, quindi, si ricorre al servizio logistico fornito dagli operatori presenti nella catena del valore del farmaco (grossisti, cooperative e farmacie al pubblico). Queste forme di distribuzione permettono di contenere la spesa principalmente per le economie di scala e di scopo, quali gli sconti ottenuti con l'acquisto centralizzato; la riduzione della filiera distributiva; i margini negoziati con gli attori della filiera distributiva. L'impatto economico di questa modalità distributiva è rilevante. Circa il 9,5 per cento della spesa farmaceutica territoriale pro capite in classe A (circa 934 milioni di euro) è distribuita con modalità Dpc (si veda *L'uso dei Farmaci in Italia, Rapporto Nazionale anno 2006*, a cura dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali).

D'altra parte, la dispersione a livello lo-



questo centralizzato di beni e servizi per la Regione o l'Area Vasta, la programmazione sanitaria e il controllo dei finanziamenti. È in costante aumento, tra l'altro, la quota dei finanziamenti assegnati in modo discrezionale e non su base capitaria o tariffaria. Inoltre, l'attenzione continua alle problematiche di contenimento della spesa sta portando a un sistema sanitario locale che si differenzia da Regione a Regione; sia per l'autonomia concessa alle Aziende sanitarie locali o alle Aziende ospedaliere, sia per una diversa gestione del territorio. Quindi, per quanto le linee gui-

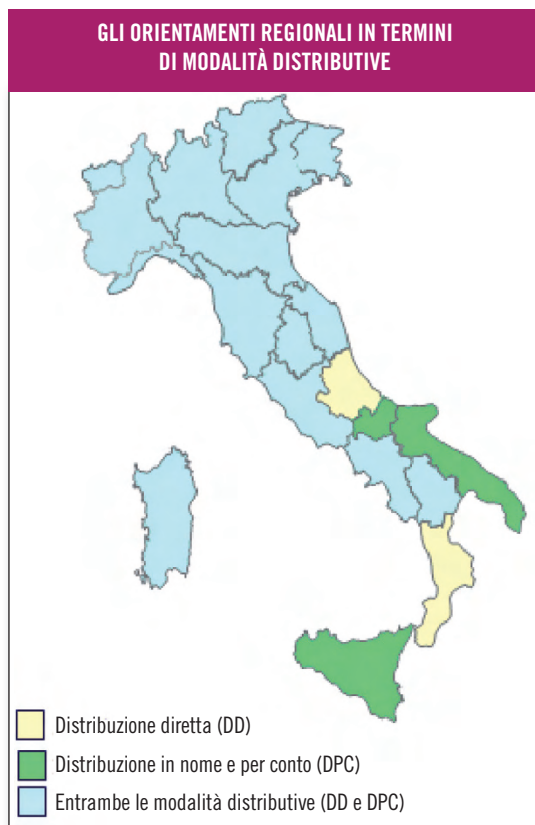


FIGURA 1 - Fonte: Analisi HBI

MODALITÀ DISTRIBUTIVE: DIREZIONE E INTENSITÀ DELL'IMPATTO SULLE LEVE GESTIONALI DELLE FARMACIE AL PUBBLICO		
Leve gestionali	Distribuzione diretta	Distribuzione in nome e per conto
Costi di gestione del magazzino	▼	▲
Costi di gestione amministrativa	▼	▲
Margine	▼▼	▼
Frequenza passaggio clienti in farmacia	▼	▬
Fidelizzazione dei clienti	▼	▲
Qualità del servizio erogato	▬	▲

TABELLA 1 - Fonte: Analisi HBI

DISTRIBUZIONE REGIONALE: MARGINI MEDI ALLE FARMACIE IN CASO DI DISTRIBUZIONE IN NOME E PER CONTO		
Regioni	Margine sul prezzo al pubblico	
	Farmacia urbana	Farmacia rurale
Abruzzo	n. d.	n. d.
Basilicata	9,5%	9,5%
Calabria	n. d.	n. d.
Campania	9,0%	9,0%
Emilia Romagna	da 3,84 a 6,24 euro*	da 6,24 euro*
Friuli Venezia Giulia	9,7%	11,7%
Lazio	9,0%	12,0%
Liguria	9,0%	da 9,0% a 11%
Lombardia	12,0%	14,0%
Marche	8,5%	n. d.
Molise	11,8%	10,0%
Piemonte	10,5%	11,5%
Puglia	9,0%	2,0%
P. A. di Bolzano	14,0%	14,0%
P. A. di Trento	12,5%	12,5%
Sardegna	6,0%	9,0%
Sicilia	7,0%	10,0%
Toscana	10,0%	10,0%
Umbria	0,0%	3,5%
Valle d'Aosta	10,5%	12,0%
Veneto	da 7% a 14%	da 7% a 14%

 TABELLA 2 - *Contributo per confezione legato ai volumi distribuiti
 Fonte: Farindustria (febbraio 2008)

cale causata dal diverso grado di adozione e implementazione della normativa è notevole. Ci sono Regioni nelle quali l'incidenza è decisamente superiore alla media nazionale come la Calabria (17 per cento), il Lazio (15), la Sicilia (14) e la Lombardia (13); in altre Regioni l'incidenza risulta essere invece particolarmente bassa, come in Toscana (2,5 per

cento), in Emilia Romagna (2,4) e in Basilicata (2). In particolare, le regioni che ricorrono in modo meno marcato alla Dpc, è presumibile che ricorrono in modo rilevante alla Distribuzione diretta. La scelta della migliore modalità distributiva da parte di un'autorità regionale dipende molto dalle caratteristiche economiche, organizzative e geografiche

della realtà locale. Infatti, se in linea teorica la Dd consente maggiori risparmi di costo e di riduzione della spesa farmaceutica, è vero che necessita di una distribuzione ottimale delle farmacie ospedaliere sul territorio per garantire una copertura della popolazione residente efficiente, cioè tale da non ridurre la percezione di servizio di qualità presso il paziente/utente finale. La Dd inoltre comporta una maggiore complessità gestionale (per esempio la gestione del magazzino) che in molti casi rischia di controbilanciare i benefici inizialmente ottenuti. La scelta della Dpc consente invece di avvalersi dalle farmacie al pubblico e preserva l'accessibilità da parte del paziente/utente finale a fronte di un contenimento della spesa meno marcato per il Servizio regionale. Per questo, molto spesso (figura 1), all'interno della stessa Regione si ricorre a entrambe le modalità distributive.

L'IMPATTO SULLA FARMACIA

Le scelte delle autorità regionali in merito alla modalità distributiva hanno un impatto importante sulle leve gestionali della farmacia al pubblico (tabella 1). La scelta della Distribuzione diretta riduce i margini commerciali della farmacia a causa dello spostamento delle vendite verso la farmacia ospedaliera, riduce l'affluenza dei pazienti/clienti e, quindi, il loro grado di fidelizzazione. D'altra parte la Distribuzione diretta comporta anche effetti positivi perché riduce i costi di magazzino e di gestione amministrativa. La Distribuzione in nome e per conto implica invece una riduzione della marginalità percentuale e un possibile incremento dei costi di gestione e amministrativi. Gli effetti positivi sono invece la maggiore fidelizzazione dei clienti, grazie anche al mantenimento del flusso di pazienti-clienti e il miglioramento della qualità percepita del servizio erogato.

DISTRIBUZIONE DEI MARGINI DPC

Come anticipato, la regionalizzazione del Servizio sanitario comporta la devoluzione a livello locale delle decisioni e delle manovre di contenimento della spesa farmaceutica. Questo fenomeno, unitamente alle differenti caratteristiche delle negoziazioni tra autorità sanitarie e rap-

EVOLUZIONE DEL PARADIGMA COMMERCIALE DELLA FARMACIA AL PUBBLICO	
Paradigma tradizionale	Nuovo paradigma
Focus sui prodotti	Focus sui servizi
Aumento del fatturato	Aumento della fidelizzazione dei clienti
Individualismo e non integrazione	Cooperazione e integrazione con il Ssl*
Valore del venduto	Valore del cliente
Cura e salute	Benessere e qualità della vita
Segmentazione anagrafica dei clienti	Targeting e profiling dei clienti

TABELLA 3 - Fonte: Analisi HBI - *Servizio sanitario locale

presentanti delle farmacie al pubblico a livello locale, ha comportato una notevole dispersione dei margini spettanti sul prezzo al pubblico (tabella 2), in funzione talvolta anche della localizzazione delle farmacie stesse (urbane vs rurali). Come si può notare dalla tabella per una farmacia urbana la forbice del margine medio (percentuale) regionale riconosciuto è particolarmente rilevante: si va infatti dallo 0,0 per cento della Regione Umbria al 14,0 per cento della Regione Veneto e della Provincia Autonoma di Bolzano. Al contrario, per una farmacia rurale, gli stessi valori vanno da un minimo del 2,0 per cento della Regione Puglia a un massimo del 14,0 per cento delle Regioni Lombardia e Veneto e della Provincia di Bolzano. Va notato infine, la scelta praticata nella Regione Emilia Romagna dove, per entrambe le tipologie di farmacia al pubblico, il margine medio è in valore assoluto (euro) con scaglioni differenziati in funzione dei volumi distribuiti. Oltre a ciò, va sottolineata una forte dispersione dei margini medi, all'interno della stessa regione, da Asl ad Asl: infatti se prendiamo come riferimento la Regione Toscana, l'accordo tra Regione, Associazione regionale delle imprese del servizio pubblico in Toscana (Cispel) e Unione regionale toscana dei titolari farmacisti (Urtofar) prevede per le farmacie (sia urbane sia rurali) un margine medio del 10 per cento; tuttavia, per quanto concerne l'Asl 3 Pistoia, dove peraltro si è realizzato storicamente uno dei primi esperimenti relativi alle nuove modalità distributive, il margine riconosciuto è addirittura pari al 17,0

per cento. I motivi della variabilità dei margini alla farmacia sono numerosi: sicuramente il più importante è la delocalizzazione della negoziazione e la mancanza di una regolamentazione unitaria a livello nazionale. Oltre a ciò bisogna ricordare che la negoziazione locale può avvenire a due livelli, regionale (come succede in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta e Lazio) o di singola Asl (in Lombardia, Liguria e Toscana), e che pare emergere una correlazione positiva tra il livello di margine riconosciuto al farmacista e l'attivismo di Federfarma in sede contrattuale locale.

POSSIBILI RISPOSTE

Come può rispondere in un tale contesto evolutivo la farmacia al pubblico? Essa dovrà modificare il proprio paradigma commerciale (tabella 3), agendo in particolare su due fronti. Da un lato, evolvendo il proprio ruolo in senso maggiormente proattivo nei confronti del Servizio sanitario regionale e locale; dall'altro arricchendo la componente di servizio e ottimizzando l'allocazione degli investimenti al fine di controbilanciare o recuperare l'impatto negativo delle nuove forme distributive sulla marginalità. Per essere più proattivo nei confronti del Servizio sanitario, indipendentemente dalla forma distributiva adottata localmente, sarà necessario che il farmacista sensibilizzi sempre più i rappresentanti della propria associazione di categoria perché la contrattazione avvenga in modo efficace. Per esempio, l'utilizzo sistematico di

analisi di farmacoeconomia permette una valutazione più accurata e oggettiva delle scelte da concordare. Inoltre il farmacista dovrà divenire un "consulente" del sistema sanitario locale e suggerire le migliori modalità per tutelare il bene salute, fornendo quindi un contributo originale per raggiungere le finalità politico-sociali e assistenziali, e contribuire alla sostenibilità della distribuzione del farmaco, attraverso il miglioramento del servizio offerto. L'arricchimento della componente di servizio verso la propria clientela è la risposta più efficace a disposizione del farmacista per rispondere alla riduzione del margine dovuto alle nuove forme distributive. Questa scelta è obbligata per la Dd, perché è necessario rispondere alla riduzione del margine e del flusso di clienti con l'aumento della fedeltà della clientela residuale e con l'aumento dell'attrattività del punto vendita. L'aumento del livello di servizio è un'ottima opportunità anche nel caso della Dpc perché aumenta il *cross-selling* sul cliente, soprattutto se si orienta il proprio assortimento verso beni a maggiore contenuto di servizio, che di solito garantiscono anche maggiore marginalità. Concludendo, quindi, in un contesto che diviene sempre più locale e in cui la sostenibilità del Servizio sanitario è legata anche alla maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse, ciascun attore della filiera della salute è chiamato a fornire il proprio contributo. Il farmacista può dunque rispondere a questi cambiamenti facendo leva sull'associazionismo, gestendo in maniera sempre più manageriale e innovativa gli spazi di fidelizzazione dei clienti e il portafoglio prodotti, diversificando la propria offerta e migliorando la propria immagine di "servizio" al cittadino.

