



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

**Dipartimento di Scienze Aziendali
Management & Innovation Systems – DISA-MIS**

**Corso di Dottorato di ricerca in
Management & Information Technology
XV Ciclo**

**Tesi di dottorato in
Economia e direzione delle aziende pubbliche**

La valorizzazione del ruolo strategico della farmacia nel sistema sanitario

Coordinatore

Ch.mo Prof. Andrea De Lucia

Candidato

Barbara Napoli

Tutor

Ch.ma Prof.ssa Marialuisa Saviano

Anno Accademico 2015-2016

A Carlo, Leonardo e Vittoria

Ringraziamenti

La mia infinita riconoscenza va alla professoressa Marialuisa Saviano, per i preziosi consigli che mi ha dato, per le ore passate ad ascoltarmi e indirizzarmi nella ricerca, per la fiducia che mi ha accordato e per avermi guidato, con infinita disponibilità, a raggiungere questo importante traguardo. Grazie al Professor Sergio Barile, per avermi accolto nella sua squadra di lavoro e avermi sempre stimolata, nelle occasioni di incontro, con interessanti spunti e riflessioni.

Grazie al Professor Francesco Polese, con il quale ho avuto in alcune occasioni l'opportunità di lavorare e al Dottor Luca Carrubbo. Grazie al Dottor Francesco Caputo, per i suoi suggerimenti e la sua guida preziosa e al Dottor Antonio La Sala.

Grazie al Dottor Luigi Napoli, per averci accordato la possibilità di effettuare l'indagine esplorativa presso le farmacie comunali consorziate. Un grazie a Giovanni Alfano ed a tutti i farmacisti che hanno partecipato alle interviste rendendo decisive le conclusioni di questo progetto di ricerca.

Grazie alla mia famiglia per avermi aiutato nei momenti più difficili ed essere il mio sostegno, sempre.

Indice

Introduzione	p.	9
Capitolo I — La farmacia nel settore sanitario: una rappresentazione multi-prospettica	»	13
<i>Introduzione</i>	»	13
1.1 Il contesto di riferimento	»	13
1.1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale	»	18
1.1.2 Il complesso di regole per l'industria farmaceutica	»	23
1.1.3 La regolamentazione del settore distributivo	»	28
1.2. Gli attori della filiera del farmaco	»	39
1.2.1 Le imprese farmaceutiche	»	43
1.2.2 La distribuzione all'ingrosso	»	47
1.2.3 La distribuzione al dettaglio	»	50
1.3 La farmacia come attore di un contesto multi-stakeholder	»	52
1.3.1 Alcuni interlocutori chiave della farmacia: SSN, medici e operatori sanitari, cittadino-utente	»	58
1.3.2 Il ruolo della farmacia come azienda di servizio pubblico	»	64
1.4 La farmacia in uno scenario internazionale	»	67
1.4.1 Lo stato dell'arte nei più importanti Paesi dell'UE	»	74
Capitolo II — La farmacia nella ricerca di management: un'analisi della letteratura	»	79
<i>Introduzione</i>	»	79
2.1 La farmacia nella letteratura manageriale	»	79
2.2 La farmacia nella letteratura di marketing	»	88
2.3 La farmacia nella letteratura di service marketing	»	95
2.4 La ricerca di nuovi spunti interpretativi	»	103
Capitolo III — Verso un ripensamento del ruolo della farmacia nel proprio contesto: il contributo di nuovi indirizzi interpretativi	»	107
<i>Introduzione</i>	»	107
3.1 La farmacia come sistema: il contributo dell' <i>Approccio Sistemico Vitale</i>	»	107
3.2 La farmacia come centro relazionale di servizio: il contributo della <i>Network & Systems Theory</i> e del <i>Relationship Marketing</i>	»	117
3.3 La farmacia come centro di conoscenza multi-disciplinare: il contributo della <i>Service Science</i>	»	124
3.4 La farmacia come sistema di servizio: la <i>Service-Dominant Logic</i>	»	129
3.5 Verso un nuovo ruolo della farmacia come sistema di servizio	»	135
Capitolo IV — Un'indagine esplorativa del ruolo della farmacia come sistema di servizio	»	139
<i>Introduzione</i>	»	139
4.1 Metodologia e percorso di ricerca. Gli obiettivi	»	139
4.1.1 Il campione, i tempi e le modalità dell'indagine	»	145
4.1.2 L'intervista semi-strutturata. Analisi qualitativa e analisi	»	147

quantitativa	
4.1.3 La raccolta dati	» 149
4.2 La discussione dei risultati delle farmacie private	» 151
4.3 La discussione dei risultati delle farmacie del Co.Fa.Ser.	» 165
4.4 Conclusioni del progetto	» 175
Note conclusive	» 177
Bibliografia	» 181

Introduzione

L'attività di ricerca condotta si interroga sul nuovo ruolo che può assumere la farmacia nel sistema sanitario. Da sempre punto d'incontro tra domanda e offerta di salute la farmacia si trova ad affrontare, oggi, un contesto in profonda trasformazione, che ne mette in discussione asset di privilegio e redditività.

Si intende mostrare, pertanto, che i modelli di farmacia finora conosciuti e le modalità di gestione di questa impresa non sono in grado di competere nel mercato attuale né, tantomeno, di soddisfare i tanti e diversi bisogni espressi dai cittadini e dagli altri interlocutori. Nasce l'esigenza di sviluppare un nuovo modello di farmacia, che deve necessariamente avere il suo punto di forza nell'approccio multidisciplinare e, nello stesso tempo, occorre dare un ruolo rilevante ad una gestione *service oriented*.

Il contributo qui presente intende mostrare un percorso di ricerca volto a descrivere il mercato farmaceutico nel suo complesso e la crisi del sistema farmacia, per proporre un nuovo modello in grado di portare maggiori vantaggi sia all'impresa farmacia, sia al cittadino-utente finale. La farmacia può affrontare il suo mercato di riferimento se vira verso un modello di gestione che mette al centro il cittadino. Tale lavoro si propone l'obiettivo di analizzare lo scenario dell'impresa farmacia e le strategie attivabili dall'*Organo di Governo* — il farmacista - per sopravvivere nel nuovo contesto.

In quest'ottica, il primo capitolo del presente lavoro fornisce una *overview* dell'attuale scenario del mercato del farmaco. Vengono presi in esame i diversi attori della filiera ed i loro rapporti attuali e potenziali. Inoltre il capitolo fornisce una comprensione delle motivazioni alla base dei nuovi cambiamenti del settore.

Quindi effettua una disamina dei cambiamenti istituzionali e normativi in atto in Italia ed in alcuni Paesi Europei. Alla luce dell'ampliamento del contesto competitivo della farmacia, sono approfondite le principali minacce e possibilità di sviluppo relativi a tale tipo di impresa.

Il secondo capitolo ripercorre i principali contributi teorici sulla farmacia dapprima in una prospettiva manageriale, poi di marketing e, infine, di marketing dei servizi. Dal momento che la farmacia è un'azienda a tutti gli effetti in questo capitolo si esplora se e in che modo è declinato nella letteratura il concetto di "servizio" in farmacia. Alla luce del gap emerso dall'analisi dei contributi sul servizio in farmacia e, in relazione all'attività di studio pianificata, emerge la necessità di un nuovo approccio di indagine.

Nel terzo capitolo si procede con l'analisi della letteratura di alcuni filoni di ricerca che si ritiene possano offrire un utile supporto interpretativo alla fenomenologia indagata. L'obiettivo principale di questo capitolo è di presentare il valore aggiunto che può apportare alle farmacie l'implementazione di una logica relazionale di servizio in cui il farmacista non vende un prodotto ma offre un servizio e lavora per conciliare le prospettive economiche e sociali dei diversi attori. Il terzo capitolo si propone, pertanto, di investigare come sia possibile, da parte della farmacia, favorire l'integrazione fra tutti gli attori del settore sanitario mediante l'applicazione di nuove metodologie di studio. La metodologia interpretativa utilizzata è quella offerta dal *Viable System Approach* (VSA) unitamente alla *Net-*

work & Systems Theory, alla *Service Science (SS)* e alla *Service Dominant Logic (S-DL)*. La metodologia interpretativa dell'*Approccio Sistemico Vitale* analizza il percorso evolutivo dell'orientamento al marketing nella gestione della farmacia evidenziando l'ampliamento della prospettiva da riduzionistica a sistemica, dal momento che l'approccio riduzionistico è inadatto ad analizzare un contesto complesso e in cambiamento come quello sanitario. L'orientamento del marketing nella gestione di impresa ha visto spostare il focus dell'attenzione dall'acquisizione della clientela (logica transazionale) al mantenimento della clientela (logica relazionale), aprendo al *Marketing Relazionale* e alla *Network & Theory Systems* che conduce, anche in ambito sanitario, ad uno spostamento della prospettiva dell'analisi alla relazione fra le parti. La *Service Science*, applicata all'area del *pharmaceutical care*, permette di indirizzare la gestione dell'intera filiera in un'ottica di servizio; inoltre ipotizza che il cittadino-utente partecipi attivamente alla gestione dell'offerta del farmacista. Infine il paradigma della *Service Dominant Logic* sposta il focus dall' "atto di scambio" di beni e servizi al "processo di interazione" in cui ogni attore diventa risorsa integrante e contribuisce alla creazione di valore .

Dal terzo capitolo emerge, pertanto, una duplice prospettiva dell'azienda farmacia: da un lato è una componente necessaria del sistema sanitario; dall'altro, sotto la spinta del cambiamento del contesto competitivo, si coglie la necessità di un approccio evoluto di management e di service marketing nella sua gestione.

Con la logica di servizio il farmacista mette a disposizione della clientela le sue conoscenze e la sua professionalità. Il modello di gestione *service oriented* rappresenta il differenziale competitivo della farmacia che le permette di guadagnarsi un nuovo ruolo strategico nel sistema sanitario.

Il quarto capitolo si concentra su una indagine empirica presso alcune farmacie. Il *sample* della ricerca è ridotto perché questa *survey* mostra i risultati della prima fase della ricerca di mercato. Le interviste svolte hanno avuto, difatti, una finalità di validazione del questionario ed esplorativa dell'approccio metodologico utilizzato. Il passaggio da una logica transazionale ad una logica relazionale permette, infatti, di definire un modello di progettazione per la ricerca empirica che ha un intento esplorativo dell'attuale situazione e di eventuali opportunità di sviluppo. Alla luce di tale modello sarà possibile concepire un sistema di gestione che supporti l'approccio relazionale *service-based* della farmacia, favorendo al tempo stesso lo sviluppo di una visione che vede formalizzato il contributo di valore e le responsabilità dell'utente stesso quale centro della relazione.

L'indagine *on field* ha permesso di sondare il giudizio dei farmacisti sui cambiamenti del settore e sull'assistenza farmaceutica e di conoscere lo stadio della relazione utente-farmacia. È stato, inoltre, possibile conoscere se attivano strategie volte a consolidare il rapporto con la clientela e quali elementi ritengono che possano influenzare la sopravvivenza della farmacia nel nuovo contesto. L'analisi del campione rappresentativo ha altresì permesso di verificare quale significato attribuiscono gli operatori del settore ai concetti di *service* e di *relationship marketing*. Il gap esistente nella realtà operativa si tramuta nella possibilità di elaborare un nuovo modello di gestione dell'impresa farmacia in un'ottica mana-

geriale e di service marketing, che prevede tecniche e strumenti a supporto dell'interazione di servizio per la co-creazione di valore con il cliente.

Dall'indagine di mercato è, difatti, emerso che per restituire alla farmacia rispettabilità sociale e di mercato nei confronti di tutti gli stakeholder, occorrerà agire su un doppio fronte. Da un lato i cittadini stessi dovranno essere sensibilizzati verso l'idea di una farmacia point della salute e del benessere, dall'altro la farmacia dovrà impegnarsi nella costruzione di relazioni a lungo termine e fiduciarie in una prospettiva sistemica.

L'*Organo di Governo* dell'impresa farmacia deve gradualmente ripensare i suoi compiti e la sua figura: oltre a tutti i tipi di approcci necessari oggi per la gestione di una farmacia, manageriali, di marketing, di merchandising, l'orientamento del farmacista deve essere anche alla co-creazione di valore con tutti i sovra-sistemi rilevanti e con il paziente, mediante l'offerta di un'assistenza completa che ha come finalità la salute del cittadino. Il focus sulla farmacia quale anello chiave di collegamento tra l'intero sistema sanitario e l'utenza è inteso a valutare l'opportunità di un ripensamento dell'approccio di gestione della stessa in ottica di *service*, in modo tale da valorizzare le competenze professionali del farmacista e aprire al potenziale contributo di valore offerto dal cittadino.

Nel tentativo di analizzare gli aspetti attuali del settore e le opportunità di sviluppo dell'impresa farmacia, si è fatto riferimento al materiale bibliografico ed ai risultati ottenuti attraverso i motori di ricerca di Internet. La rete ha permesso l'accesso ad una molteplicità di fonti e dati, talvolta fondamentali nonostante toccassero il tema delle farmacie soltanto in via incidentale.

Si è, così, riusciti a reperire saggi pubblicati da studiosi ed esperti del settore, articoli, interventi ed è stato possibile anche accedere ai siti di riviste farmaceutiche presenti on line. In rete sono altresì presenti numerosissimi portali dedicati esclusivamente alla produzione e distribuzione dei farmaci, che sono stati visitati e che hanno fornito quasi sempre importanti spunti.

Altre fonti sono state reperite presso la Biblioteca dell'Università di Salerno, attraverso l'aiuto bibliografico, nonché la consultazione di riviste che si interessano di economia, produzione e distribuzione farmaceutica.

Decisivi, ai fini di questo progetto di ricerca, sono stati i momenti di osservazione empirica e i colloqui con i farmacisti che hanno permesso lo studio diretto di aspetti e problematiche connessi alla gestione delle farmacie. Tali incontri hanno rappresentato altresì degli utili momenti formativi per permettere l'appropriazione di elementi che potevano sfuggire nell'ambito dello studio di un fenomeno così complesso e che, invece, erano patrimonio informativo da poter utilizzare per l'oggetto del presente lavoro.

Tutto il materiale raccolto, tra libri, colloqui, ricerche, è stato poi analizzato e studiato con l'aiuto del docente tutor, la Prof.ssa Marialuisa Saviano.

Capitolo I

La farmacia nel settore sanitario: una rappresentazione multi prospettica

SOMMARIO: Introduzione. — 1.1 Il contesto di riferimento. — 1.1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale. — 1.1.2 Il complesso di regole per l'industria farmaceutica. — 1.1.3 La regolamentazione del settore distributivo. — 1.2 Gli attori della filiera del farmaco. — 1.2.1 Le imprese farmaceutiche. — 1.2.2 La distribuzione all'ingrosso. — 1.2.3 La distribuzione al dettaglio. — 1.3 La farmacia come attore di un contesto multi stakeholder. — 1.3.1 Gli interlocutori chiave della farmacia: SSN, medici e operatori sanitari, cittadino-utente. — 1.3.2 Il ruolo della farmacia come azienda di servizio pubblico. — 1.4. La farmacia in uno scenario internazionale. — 1.4.1 Lo stato dell'arte nei più importanti Paesi dell'UE.

Introduzione

Il capitolo delinea lo scenario attuale in cui opera la farmacia in Italia e ne descrive gli interlocutori chiave. In particolare si sofferma sulle relazioni della farmacia con ciascuno di essi (Servizio Sanitario Nazionale, imprese farmaceutiche, distribuzione intermedia, medici e operatori sanitari, utenti) e sulle potenzialità di evoluzione di tali rapporti, in una prospettiva di sviluppo organico del sistema sanitario italiano.

Esamina, inoltre, lo stato dell'arte del settore farmaceutico in una prospettiva internazionale per poi descrivere brevemente in che modo funziona la farmacia in alcuni stati europei. Il capitolo pone le premesse in cui inserire i contenuti dei capitoli successivi, sottolineando in particolare il ruolo della farmacia come attore fondamentale dell'offerta dei servizi sanitari e come componente necessaria del sistema sanitario.

1.1 Il contesto di riferimento

La necessità di amministrare il settore farmaceutico attraverso norme legislative che ne regolino produzione e commercializzazione deriva dalla doppia natura del bene farmaco: prodotto industriale da un lato e strumento terapeutico dall'altro. La filiera farmaceutica si occupa infatti della produzione e commercializzazione di *principi attivi*, ossia di strutture chimiche con caratteristiche in grado di curare l'organismo umano.

Il comparto, pertanto, si differenzia da altri settori industriali sotto molteplici aspetti, tutti direttamente o indirettamente riconducibili alla natura stessa dei beni prodotti¹ e all'esistenza di una forte interdipendenza fra i diversi interessi econo-

¹ Come si approfondirà in seguito i farmaci costituiscono un diritto del cittadino al quale ne va garantita l'accessibilità e la riduzione dei prezzi.

mici e sociali degli attori coinvolti, imprese farmaceutiche, Servizio Sanitario Nazionale, ordine dei medici, ordine dei farmacisti, pazienti².

L'intervento di regolazione del settore farmaceutico è necessario per almeno due ordini di motivi.

Il primo motivo è di ordine sociale; i farmaci sono infatti beni di "merito" e, come tali, l'obiettivo della regolazione è garantirne l'accessibilità a tutti.

La base giuridica dell'intervento statale nel settore si trova nell'articolo 32 della Costituzione ("*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*") insieme alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (art. 112 della Legge n. 833, 1978), che prevede l'erogazione delle prestazioni "[...] senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio [...], perseguendo il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese [...]"³.

L'intervento pubblico nella sanità dipende dalla responsabilità che ha la collettività affinché tutti i membri di una comunità abbiano accesso a questi servizi senza differenze sociali o di reddito⁴.

La regolamentazione del settore farmaceutico è necessaria, in secondo luogo, per motivi legati ai fallimenti del mercato. Lo Stato infatti sostiene, in tutto o in parte, il costo di alcune tipologie di farmaci generando, per tali farmaci, un eccesso di domanda e un aggravio delle spese del Servizio Sanitario Nazionale. Tradizionalmente la regolazione del mercato farmaceutico in Italia è stata, quindi, tracciata tenendo conto degli obiettivi di contenimento della spesa pubblica, perseguiti attraverso la fissazione dei prezzi per via amministrativa⁵.

² Cfr. Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, *Settore farmaceutico*, documento internet tratto dal sito <http://www.agcm.it>, consultato in data 11 marzo 2015.

³ "Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività [...]". Art. 1, L. 23 dicembre 1978 n. 833.

⁴ Questo modello è detto del "welfare totale" ed è tipicamente europeo. La responsabilità di un bisogno individuale, nella sanità o nell'istruzione, viene assegnata all'istituzione pubblica. Cfr. Borroni, E., Fattore, G., Longo, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, 2013, pp.33-34.

⁵ L'intervento di regolazione si rende necessario per motivi di ordine sociale, economico e di fallimento del mercato. Circa le motivazioni sociali, si è ricordato che la tutela della salute individuale e collettiva è prevista dalla Carta Costituzionale. Il secondo aspetto riguarda le difficoltà delle finanze pubbliche a fronte della crescente domanda di prestazioni di welfare. Infine, per i fallimenti del mercato, i rischi sono legati a:

- a) eccessiva domanda, dal momento che i pazienti non pagano alcuni farmaci;
- b) asimmetrie informative;
- c) monopoli temporanei da brevetto che ne aumentano il prezzo finale al consumo.

Data la storica ingerenza dello Stato nella regolamentazione del settore la filiera farmaceutica rimane a tutt'oggi, malgrado i numerosi interventi e la riorganizzazione del settore, una delle più

Il settore farmaceutico per le caratteristiche dei beni prodotti e per la natura dei legami intercorrenti fra i numerosi soggetti coinvolti si differenzia dagli altri settori industriali e presenta un meccanismo di funzionamento particolarmente complesso. Attualmente il settore farmaceutico italiano si colloca tra il quinto e sesto posto nel mondo per numero di imprese, occupati e fatturato.

Inoltre per le prime 20 imprese operanti in Italia, che detengono complessivamente circa il 45% del mercato, solo tre, che rappresentano il 10% del mercato, sono sotto il controllo del capitale italiano⁶. Il processo di razionalizzazione dell'offerta che ha caratterizzato il settore farmaceutico italiano non ha comportato solamente una riduzione del numero delle imprese, ma anche una diminuzione del numero dei farmaci sul mercato. I prodotti farmaceutici per uso umano sono formulati a base di principi attivi, aventi efficacia terapeutica riconosciuta dal Ministero della Sanità.

Le specialità medicinali sono vendute in varie forme e contengono a volte diversi dosaggi del principio attivo. Tra i medicinali non soggetti a prescrizione medica, la legge individua il sottogruppo dei medicinali da automedicazione (detti "da banco"), definiti come quei medicinali che, per la loro composizione e il loro obiettivo terapeutico, sono concepiti e realizzati per essere utilizzati senza la prescrizione di un medico.

Un'importante categoria di medicinali è oggi costituita dai farmaci cosiddetti "generici". Il farmaco generico è quello che, una volta scaduto il brevetto originale, può essere prodotto da aziende diverse e venduto senza un marchio commerciale, ma con il nome del principio attivo. Per essere definito generico, il farmaco deve, quindi, contenere lo stesso principio attivo.

La procedura di registrazione dei farmaci generici è molto più semplice perché la loro validità terapeutica è già stata dimostrata nel momento in cui è stato brevettato.

A differenza di quanto avviene per altri beni la domanda di farmaci, intesa come scelta del prodotto da acquistare, non proviene né dal soggetto che materialmente compie l'atto del consumo (il paziente), né da quello che effettua il pagamento (il Servizio Sanitario Nazionale). Infatti, la vendita della maggior parte delle specialità farmaceutiche è subordinata alla ricetta da parte del medico il quale, in definitiva, è l'unica persona abilitata a decidere quale farmaco il paziente deve consumare tra quelli in commercio.

La disciplina principale del settore farmaceutico è stata riordinata dalla legge 8 novembre 1991, n. 362, che regola la composizione della commissione giudicatrice, i criteri per la valutazione dei titoli e l'attribuzione dei punteggi, le prove di esame e le modalità di svolgimento del concorso di assegnazione di sedi farmaceutiche. Tale legge ha parzialmente modificato la precedente disciplina, in-

regolamentate dell'intero sistema distributivo del nostro Paese. Cfr. Pammolli, F., Riccaboni, M., Salerno, N. C., *Il settore farmaceutico tra barriere alla concorrenza e regolazione sul lato del consumo*, documento internet tratto dal sito <http://www.flore.unifi.it>, 16.03.15. Cfr. anche Gianfrate, F., *Il marketing farmaceutico*, Tecniche Nuove, Milano, 2008, pag. 19.

⁶ Cfr. Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, *Settore farmaceutico*, op.cit.

tervenendo su alcune disposizioni della L. 475/1968 (Norme concernenti il servizio farmaceutico) e del Testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R.D. 1265/1934.

L'art. 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria) disciplina invece le convenzioni del SSN con le farmacie e i relativi servizi prestati, integrati dal D. Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 con nuovi servizi. Si ricordano inoltre il D. Lgs. 8 agosto 1991 n. 258 (in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti) e il D. Lgs. 8 luglio 2003 n. 277. Importanti interventi nel campo della distribuzione di farmaci sono stati determinati da D.L. 223/2006 e dal D.L. 201 del 2011⁷.

Il servizio farmaceutico è regolato nel nostro Paese da un complesso di norme contenute in diverse fonti legislative. Le principali fonti normative del settore, in ordine cronologico, sono⁸:

- R.D. 1265/1934, "Testo Unico delle Leggi Sanitarie";
- R.D. 1706/1938, "Approvazione del regolamento per il servizio farmaceutico";
- d.lgs. 233/1946, "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";
- D.P.R. 221/1950, "Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";
- Legge 283/1962 (a. 13) Modifica degli artt. 242, 243, 247, 250 e 262 del T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.O. 27 luglio 1934, n. 1265: "Disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande";
- L. 221/1968, "Provvidenze a favore dei farmacisti rurali";
- L. 475/1968, "Norme concernenti il servizio farmaceutico";
- D.P.R. 1275/1971, "Regolamento per l'esecuzione della L. 475/1968, recante norme concernenti il servizio farmaceutico";
- Legge 713/1986, "Norme per l'attuazione delle direttive della comunità economica europea sulla produzione e la vendita dei cosmetici";
- D.P.R. 309/1990, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";
- d.lgs. 178/1991, "Recepimento delle direttive della Comunità economica europea in materia di specialità medicinali";
- d.lgs. 109/1992, "Attuazione delle direttive 89/395/CEE e 89/396/CEE concernenti l'etichettatura, la presentazione e la pubblicità dei prodotti alimentari";

⁷ Da ultimo, il D. Lgs. 24 aprile 2006 n. 219 ha disciplinato il codice unico dei farmaci ad uso umano, recante tra l'altro la classificazione del farmaco per la fornitura. Cfr. <http://leg16.camera.it>, consultato in data 19 novembre 2015.

⁸ Cfr. <http://www.farmaonline.it/legislazione/indicecronologico.htm>, consultato in data 20 ottobre 2015.

- d.lgs. 111/1992, “Attuazione della direttiva 89/398/CEE concernente i prodotti alimentari destinati ad una alimentazione particolare”;
- d.lgs. 119/1992, “Attuazione delle direttive 81/851/CEE, 81/852/CEE, 87/20/CEE e 90/676/CEE relative ai medicinali veterinari”;
- d.lgs. 538/1992, “Attuazione della direttiva 92/25/CEE riguardante la distribuzione all’ingrosso dei medicinali per uso umano”;
- d.lgs. n. 539/1992, “Attuazione della direttiva 92/26/CEE riguardante la classificazione dei medicinali per uso umano”;
- d.lgs. 540/1992, “Attuazione della direttiva 92/27/CEE concernente l’etichettatura ed il foglietto illustrativo dei medicinali per uso umano”
- d.lgs. 541/1992, “Attuazione della direttiva 92/28/CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano”
- D.P.C.M. 298/1994, “Regolamento di attuazione dell’artt. 4, comma 9 della l. 8/11/91, n. 362 concernente norme di riordino del settore farmaceutico”, “Il presente regolamento disciplina, ai sensi dell’art. 4, comma 9, della legge 8 novembre 1991, n. 362, la composizione della commissione giudicatrice, i criteri per la valutazione dei titoli e l’attribuzione dei punteggi, le prove di esame e le modalità di svolgimento del concorso di assegnazione di sedi farmaceutiche”.
- d.lgs. 185/1995, “Attuazione della direttiva 92/73/CEE in materia di medicinali omeopatici”;
- d.lgs. 44/1997, “Attuazione della direttiva 93/39/CEE che modifica le direttive 65/65/CEE, 75/319/CEE relative ai medicinali”;
- d.lgs. 46/1997, “Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici”;
- D.P.R. 371/1998, “Regolamento recante norme concernenti l’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private”;
- d.lgs. 114/1998, Riforma commercio l. 175/1992, “Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell’esercizio abusivo delle professioni sanitarie”;
- l. 389/1999, “Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali”;
- l. 362/1991, “Norme di riordino del settore farmaceutico”;
- d.l. 223/2006, convertito con L. 248/2006, noto come “Decreto Bersani”;
- d.l. 24.01.2012, convertito con L. 27/2012, noto come “Decreto Cresci Italia”.

1.1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale

Uno dei principali interlocutori delle aziende di produzione e di distribuzione dei farmaci è il Servizio Sanitario Nazionale.

Il SSN è un “sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie”⁹.

Difatti, come esplicitato nel precedente paragrafo, il diritto alla salute, e quindi il diritto a ricevere determinate prestazioni sanitarie e alcuni farmaci, viene sancito dall’articolo numero 32 della Costituzione.

Il diritto in esame è l’unico ad essere qualificato come “inviolabile” dalla Costituzione; è un diritto fondamentale dell’individuo che deve essere garantito a tutti. Ciascun cittadino ha il diritto a essere curato e ogni malato deve essere considerato un regolare utente di un pubblico servizio, al quale ha diritto.

Il concetto di “tutela della salute” viene definita nel 1946 a livello internazionale dall’Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l’assenza di malattia o di inabilità”, vale a dire come una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell’organismo integrato nel suo ambiente naturale e sociale.

A questi principi si aggiunge anche quanto affermato nella “Carta di Ottawa” nel 1986, durante la prima “Conferenza internazionale per la promozione della salute”, e precisamente che: “Grazie ad un buon livello di salute l’individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l’ambiente e di adattarvi”.

Il benessere fisico non è mai solamente una condizione e si sostanzia nel diritto all’integrità fisica e psichica, sia nel senso di poter avere trattamenti medici di prevenzione e cura, sia nel senso di poter godere di un ambiente di vita e lavoro salubre.

Ogni Stato, per garantire il diritto di salute, dovrebbe rimuovere il condizionamento economico: per questo il SSN è un servizio pubblico in grado di garantire a tutti i cittadini le prestazioni necessarie per il benessere individuale o collettivo. Il diritto alla salute coincide, tradizionalmente, col diritto al rispetto dell’integrità fisica dell’individuo; ma nella concezione solidaristica della Costituzione esso significa anche diritto all’assistenza sanitaria. Ed è per questo che l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta con la riforma sanitaria, ha esteso l’obbligo dello Stato di assicurare le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non solo agli indigenti, ma in generale a tutta la popolazione¹⁰.

⁹ Cfr. *La salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana*, documento internet tratto dal sito <http://www.ministerosalute.it>, consultato in data 16 gennaio 2015.

¹⁰ La protezione della salute, intesa come diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche, è sancita anche nella Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea. L’art.35 recita testualmente: “*Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione è garantito un livello elevato di prote-*”

Il SSN è stato istituito con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833; da allora è stato oggetto di tre successive riforme: la prima nel 1992¹¹; la seconda nel 1993¹²; la terza nel 1999¹³.

In base al “principio di sussidiarietà” costituzionale, il servizio sanitario 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, attraverso i Livelli essenziali di assistenza (LEA¹⁴);
- 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.

Il Servizio Sanitario Nazionale è composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale¹⁵.

Fanno parte del SSN:

- i. Il Ministero, che è l’organo centrale;
- ii. Enti ed organi di livello nazionale¹⁶;
- iii. Enti ed organi territoriali¹⁷.

“L’organo centrale del SSN italiano è il Ministero della Sanità che svolge il ruolo di indirizzo e programmazione in materia sanitaria”¹⁸, mentre il ruolo operativo spetta ai seguenti enti:

- Regioni, che organizzano sul proprio territorio i servizi e le attività destinate alla tutela della salute, coordinano l’azione delle Aziende Sanitarie Locali¹⁹ (ASL) e delle Aziende Ospedaliere²⁰ (AO) e ne verificano l’operato;

zione della salute umana”. Cfr. *Il concetto di salute secondo l’OMS e la legislazione italiana*, documento internet tratto dal sito <http://www.ias-artiperlasalute.it>, consultato in data 20 aprile 2015.

¹¹ D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

¹² D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

¹³ D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

¹⁴ La tendenza a qualificare come “diritto” un numero sempre più elevato di servizi ha determinato alcuni obblighi per le amministrazioni pubbliche. Così i livelli essenziali sono quei servizi che vengono garantiti dalle amministrazioni pubbliche a tutta la popolazione o a sue parti omogenee. Cfr. Borgonovi, E., Fattore, G., Longo, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, 2013, p. 34.

¹⁵ Cfr. *Il Servizio Sanitario Nazionale*, documento internet tratto dal sito <http://www.lavoro.gov.it>, 14.05.2015.

¹⁶ Tali Enti ed Organi sono: l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); il Consiglio Superiore di Sanità (CSS); l’Istituto Superiore di Sanità (ISS); l’Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro (ISPESL); l’Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS); gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

¹⁷ Regioni e Province autonome; Aziende Sanitarie Locali; Aziende Ospedaliere.

¹⁸ Cfr. *Come funziona il Servizio Sanitario Nazionale*, documento internet tratto dal sito <http://www.ministerosalute.it>.

¹⁹ Le Aziende Sanitarie Locali “programmano ed organizzano l’assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ne garantiscono l’erogazione attraverso strutture pubbliche o private accredita-

- Unità Sanitarie Locali (USL) e le Aziende ospedaliere che provvedono ad assicurare i livelli di assistenza nell'ambito territoriale di competenza, attraverso i propri servizi o acquistando le prestazioni presso altre strutture pubbliche o private convenzionate²¹.

Le Aziende Sanitarie oggi operano in ambienti caratterizzati da elevata complessità, motivo per cui è stata ampliata la loro funzione di coordinamento dei punti di erogazione dei servizi sanitari²².

Per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria e definire le modalità del suo sviluppo e miglioramento occorre chiarire il concetto di "qualità" per il quale è necessario individuare i fattori che determinano l'evoluzione che sta interessando i sistemi sanitari e le strutture erogatrici delle prestazioni e dei servizi²³.

Scienza medica e tecnologia rendono, oggi, possibile l'immissione sul mercato di prodotti e servizi sempre più specifici e raffinati; ma le risorse finanziarie disponibili da parte dello Stato non sono in grado di sostenere i livelli di spesa collegati all'implementazione di determinati farmaci o prodotti. Domanda e offerta di salute devono perciò fare i conti con la limitatezza delle risorse pubbliche utilizzabili per il comparto sanitario²⁴.

La risposta immediata dei vari governi si è concretizzata innanzitutto nel tentativo di limitare le spese e ridurre, anche con campagne di sensibilizzazione sull'argomento, il consumo dei farmaci²⁵. Contemporaneamente è stato avviato un processo di riforma del Sistema Sanitario Nazionale (con i decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993)²⁶.

te". Cfr. Ministero della sanità, *Servizio Sanitario Nazionale*, documento internet tratto dal sito <http://www.ministerosalute.it>.

²⁰ Le Aziende Ospedaliere "sono ospedali di rilievo nazionale o regionale costituiti in azienda in considerazione delle loro particolari caratteristiche". Cfr. <http://www.ministerosalute.it>.

²¹ Le ASL forniscono servizi sia direttamente sia attraverso istituzioni autorizzate. Per la loro complessità e vastità, le ASL sono divise in unità minori dette Distretti. Questi ultimi si occupano delle procedure amministrative necessarie per le prestazioni specialistiche, le cure domiciliari, l'assistenza integrativa, ossia di quei servizi che sono ad un tempo di natura sanitaria e sociale (ad es. interventi a favore dei disabili, servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti, assistenza psichiatrica). I servizi al cittadino sono erogati dalle USL o ASL. "Nel maggio 2001, le aziende sanitarie locali (ASL) e le aziende ospedaliere (AO) presenti sul territorio sono rispettivamente 197 e 98: ad esse è demandato il compito di gestire il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali per garantire sul territorio la tutela del diritto alla salute, come ad esempio: l'assistenza di base territoriale, il personale dipendente, le strutture di ricovero e cura presenti nel territorio delle USL". Cfr. *Ibidem*.

²² "Si individua, quindi, una rete di servizi sanitari in cui ciascuna struttura o funzione può attivare e quindi migliorare le potenzialità e capacità auto-organizzative delle proprie strutture e funzioni, nonché delle proprie specializzazioni". Cfr. Meneguzzo, M., *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano, 1996; pp. 319-320.

²³ Cfr. Casati, G., *Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità*, Egea, Milano, 1999.

²⁴ Cfr. La raccolta di risorse finanziarie per il SSN rimane di responsabilità nazionale e ciascuna regione continua a ricevere fondi in conformità con la propria popolazione residente. Eventuali disavanzi devono essere coperti dalle regioni con risorse proprie.

²⁵ Tale programma è stato realizzato attraverso il trasferimento degli oneri a carico degli utenti, la suddivisione dei farmaci in classi e un deciso intervento sul prezzo dei prodotti.

²⁶ Il D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, è una modifica del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Le linee guida di tale processo di riforma sono state:

Gli interventi di riforma della sanità messi a punto in questi anni si basano su un diverso punto di vista rispetto al passato: “Il soggetto pubblico controlla la “qualità” dei servizi erogati e i soggetti, pubblici o privati, che hanno titolo a comporre la rete dell’offerta dei servizi sono coinvolti dallo Stato molto più che in passato”²⁷. Questo cambiamento è stato rafforzato dalla “Carta dei servizi sanitari pubblici” e definito anche con il successivo D.lg. 229/99²⁸.

Su questa strada Federfarma ha realizzato la “Carta della Qualità in Farmacia”, presentata pubblicamente il 28 settembre 2015²⁹.

La “Carta dei servizi sanitari pubblici” prescrive una serie di obiettivi qualitativi: facilità di accesso alle prestazioni per i cittadini, tempestività delle risposte date agli utenti, possibilità di verificare la congruità dei servizi offerti rispetto agli standard prefissati³⁰.

-
1. previsione di un’attività di programmazione destinata a concretarsi nel Piano Sanitario Nazionale nel quale dovrebbero venire fissati i criteri per l’erogazione delle diverse prestazioni;
 2. responsabilizzazione delle Regioni che devono farsi carico dei costi che superano i budget di spesa;
 3. aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, trasformate in enti con personalità di diritto pubblico e autonomia organizzativa, patrimoniale, gestionale e tecnica;
 4. costituzione in azienda dei principali ospedali a rilievo nazionale e di quelli che offrono prestazioni specialistiche;
 5. fissazione di un livello di spesa programmata per ciascun assistito, sensibilizzando i medici di base.

²⁷ Cfr. Jommi, C., “Osservatorio Farmaci del Cergas Bocconi: Cresce la Spesa Farmaceutica Pubblica, ma anche la presenza del SSN”, *ASI*, volume 8, anno 2000; pp. 6-8.

²⁸ Questo decreto ha inserito la possibilità per le farmacie di erogare una serie di servizi aggiuntivi presso il punto vendita. Di questo se ne parlerà nel IV capitolo che riguarda l’indagine empirica presso le farmacie.

²⁹ La “Carta della Qualità in farmacia”, sottoscritta dalla Federfarma e dal tribunale per i diritti del malato, è un decalogo che vincola la farmacia a garantire la qualità del servizio e l’offerta di una serie di prestazioni rivolte ai cittadini in base alle principali istanze dell’utenza. Le prestazioni che la Carta prevede sono:

- la possibilità di prenotare visite specialistiche;
- la possibilità di effettuare test di prima istanza;
- l’attivazione di servizi personalizzati;
- la previsione di campagne di educazione sanitaria.

Dalla conoscenza delle aspettative degli utenti è derivata un’estensione dei servizi erogati dalle farmacie. Al riguardo l’esperienza vissuta con l’indagine esplorativa condotta, di cui si parlerà nel IV capitolo, non ha evidenziato questa tendenza nelle farmacie prese in esame. Per l’implementazione di molti servizi aggiuntivi alle farmacie, infatti, sono richiesti Costi di investimento in:

- i. locali più grandi, perché per l’erogazione di alcuni servizi sono necessari per legge locali appositi;
- ii. personale dedicato, perché anche semplicemente erogare il servizio di misurazione della pressione arteriosa è necessario del tempo, e questo genere file e attese sul punto vendita farmacia;
- iii. acquisto di strumentazione adeguata.

³⁰ A tale proposito il Ministero della Sanità ha ulteriormente rafforzato questo orientamento con il Decreto del 15 ottobre 1996 “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del Servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento dell’attività di prevenzione delle malattie”. Da questo punto di vista le farmacie hanno le potenzialità per proporre alle aziende sanitarie un’alleanza per i seguenti motivi:

- presenza capillare sul territorio;
- accessibilità ventiquattro ore su ventiquattro;

In un “ sistema salute” fondato su una forma pubblica di assistenza, il Servizio Sanitario Nazionale è il principale interlocutore delle farmacie: il loro assetto, infatti, è influenzato direttamente dai cambiamenti che in questi anni interessano il sistema pubblico dell’assistenza. I cambiamenti dei servizi sanitari, in atto in Italia come in altri Paesi, sono essenzialmente i seguenti:

- i.** diminuzione delle risorse finanziarie disponibili;
- ii.** aumento della gamma e della complessità delle prestazioni richieste;
- iii.** invecchiamento della popolazione;
- iv.** espansione e diversificazione della domanda di salute da parte dei cittadini.

Tali cambiamenti hanno costretto a una totale revisione dei criteri organizzativi dei servizi sanitari che ha riguardato la riduzione dei LEA e lo snellimento della struttura del SSN, con un aumento della responsabilizzazione di tutti gli operatori del settore.

1.1.2 Il complesso di regole per l'industria farmaceutica

La normativa del settore farmaceutico è stata oggetto di numerose revisioni che ne hanno completamente modificato la regolamentazione, cercando sempre di mediare fra interesse generale di tutela della salute pubblica e provvedimenti non distorsivi della libera concorrenza.

L'industria farmaceutica è caratterizzata da:

- i. difficoltà di ingresso e di uscita dal mercato, a causa degli elevatissimi costi di investimento e di disinvestimento;
- ii. intervento pubblico nella determinazione del prezzo di vendita e nell'offerta dei farmaci³¹;
- iii. bassa elasticità della domanda. Molti farmaci sono essenziali per la vita oppure migliorano il benessere della collettività; questo comporta una rigidità della domanda del prodotto.

La filiera del farmaco si caratterizza per una separazione tra le figure di chi utilizza il farmaco, il paziente; chi prescrive i farmaci, il medico; chi ne rende possibile il consumo, il farmacista; chi ne finanzia l'acquisto, lo Stato.

Questa filiera è inoltre caratterizzata da enormi asimmetrie informative tra imprese, medici, farmacisti, pazienti e Servizio Sanitario Nazionale³².

L'asimmetria informativa, vale a dire la condizione di mercato per cui l'utente non possiede la capacità di scegliere il farmaco più adatto per le proprie necessità — tranne nei casi di farmaci di automedicazione — comporta che il paziente debba rivolgersi ad un professionista³³.

In assenza di adeguati incentivi correttivi il medico è maggiormente attento all'efficacia delle prescrizioni in termini di guarigione e benessere dei pazienti, piuttosto che al confronto tra costo marginale del farmaco e beneficio marginale. Inoltre il medico nella scelta tra una pluralità di farmaci con identici effetti guaritivi potrebbe decidere di prescrivere non il farmaco più efficace in relazione alle necessità del paziente, bensì un altro farmaco basandosi su altre motivazioni. Questo genera un aggravio dei costi del Servizio Sanitario Nazionale.

Ci sono inoltre delle asimmetrie tra impresa farmaceutica e Commissione regolatrice per la definizione del **prezzo** di un farmaco di classe A. Sulla base

³¹ Il mercato dei farmaci, infatti, può essere diviso in due categorie di prodotti: farmaci di categoria A, il cui prezzo si determina attraverso contrattazione tra l'impresa farmaceutica e un'apposita Commissione; e farmaci di categoria C, il cui prezzo si determina liberamente sul mercato. La distinzione tra farmaci classe A e farmaci classe C sarà trattata nel paragrafo dedicato alla vendita al dettaglio dei farmaci.

³² Il farmaco, infatti, viene spesso scelto dal medico e però, nel caso dei farmaci di categoria A, rimborsato in tutto o in parte dallo Stato.

³³ “Gli OTC, o anche detti medicinali da banco, sono prodotti vendibili in farmacia senza obbligo di prescrizione medica e per i quali è possibile effettuare una comunicazione attraverso strumenti convenzionali. Essi sono generalmente destinati alla medicazione di patologie minori che incidono transitoriamente sullo stato di salute e che sono facilmente identificabili e risolvibili dal paziente stesso”. Cfr. Marino, V., “Il prodotto farmaceutico e le determinanti evolutive dell'offerta internazionale”, in *Esperienze d'impresa*, Arti Grafiche Boccia, Salerno, n. 1/2002, p. 118.

dell'articolo 12⁸, Legge 537/1993, “*i prezzi delle specialità medicinali, esclusi i medicinali da banco, sono sottoposti a regime di sorveglianza secondo le modalità indicate dal CIPE*³⁴”.

Il prezzo dei farmaci dipende dai costi della ricerca sostenuti dalle industrie produttive. Il principio attivo, che è alla base dell'efficacia di un farmaco, viene nella gran parte dei casi scoperto nei laboratori di ricerca delle industrie farmaceutiche. Queste industrie testano il principio attivo per verificarne la reale efficacia e l'assenza di effetti negativi o controindicazioni per la salute. Ma un'attività di ricerca può durare decenni e richiedere ingenti risorse economiche. Il brevetto permette di tutelare l'industria che ha realizzato un farmaco per alcuni anni prima che altre case farmaceutiche possano riprodurre lo stesso farmaco, con un altro brand, senza averne sostenuto i relativi costi di ricerca³⁵. Appare evidente che in assenza di brevetto nessuna impresa avrebbe l'incentivo ad investire in nuovi prodotti provocando un grave danno alla collettività.

Attualmente i farmaci prescrivibili presenti sul mercato sono coperti da un brevetto in scadenza e si stima che sempre di più i farmaci di nuova costituzione verranno venduti in canali come gli Ospedali, bypassando il classico canale distributivo ingrosso-farmacia³⁶. Ne deriva che la principale protezione per le industrie farmaceutiche è l'estensione temporale del brevetto.

I principali provvedimenti normativi relativi ai farmaci ai quali le aziende farmaceutiche devono ottemperare sono³⁷:

1. decreto 18 maggio 2010, “Attuazione della direttiva 2009/120/CE della Commissione del 14 settembre 2009 che modifica la direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del consiglio per quanto riguarda i medicinali per terapia avanzata”;
2. d. lgs. 16/2010, “Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attua la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umane, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umane”;

³⁴ Acronimo per Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.

³⁵ Recenti studi stimano in circa 800 milioni di dollari l'ammontare medio dei costi richiesti prima della commercializzazione di un nuovo prodotto: una somma così ingente richiede almeno 16 anni di commercializzazione per raggiungere il break even point per l'industria. Cfr. *Il valore dei medicinali e dell'industria farmaceutica in Italia*, documento internet tratto dal sito <http://www.farmindustria.it>, consultato il 12 marzo 2015.

³⁶ Le varie fasi che accompagnano il processo di approvazione di un nuovo farmaco sono:

- domanda di autorizzazione alla sperimentazione clinica per tutte le fasi di ricerca clinica del prodotto;
- registrazione;
- Mantenimento del prodotto: aggiornamenti, variazioni e rinnovi;
- Procedure di registrazione e di mantenimento nazionali ed europee;
- licensing.

³⁷ Cfr. *La normativa di riferimento*, documento Internet tratto dal sito <http://www.aifa.it>, consultato il 15 maggio 2015.

3. indicazione della data di scadenza in caratteri Braille sulle confezioni dei medicinali, decreto 13 aprile 2007;
4. decreto legislativo 6 novembre 2007 n. 200 “Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l’autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali”.
5. decreto legislativo 6 novembre 2007 n. 191, “Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l’approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e di cellule”.
6. legge 296/2006, riguardante gli interventi in materia di prezzi dei farmaci senza obbligo di prescrizione medica;
7. legge 248 del 4 agosto 2006, sugli interventi in materia di distribuzione dei farmaci, fra cui la possibilità di vendere i farmaci senza obbligo di prescrizione al di fuori della Farmacia;
8. decreto Legislativo n. 219/2006, Testo unico di recepimento delle direttive comunitarie in materia di farmaci per uso umano. Questo decreto legislativo sul codice comunitario concernente i medicinali per uso umano regola tutto il ciclo di vita dei prodotti farmaceutici dalla produzione alla commercializzazione, ad eccezione della sperimentazione clinica. Esso contiene 160 articoli, divisi in 13 titoli, relativi a:
 - a. immissione in commercio;
 - b. produzione e importazione;
 - c. etichettatura e foglio illustrativo;
 - d. classificazione dei medicinali ai fini della fornitura;
 - e. distribuzione all’ingrosso di medicinali;
 - f. pubblicità;
 - g. farmacovigilanza;
 - h. disposizioni speciali sui medicinali derivati dal sangue o dal plasma e sui medicinali immunologici.

Inoltre, il decreto contiene due allegati: l’allegato I “Norme e protocolli analitici, tossico-farmacologici e clinici in materia di prove effettuate sui medicinali” e l’allegato II “Riassunto delle caratteristiche del prodotto”. Si vuole rilevare che nell’allegato I la parte IV è dedicata specificatamente ai medicinali per terapie avanzate. Il punto 2 si intitola “Medicinali per terapia cellulare somatica (umani e xenogenici)” e riporta la definizione di suddetti medicinali, le informazioni generali sulla sostanza attiva e quelle concernenti le materie prime della sostanza attiva. Il punto 3 si intitola “Requisiti specifici per i medicinali per terapia genica e terapia cellulare somatica (umana e xenogenica) relativi ai moduli 4 e 5” e dà istruzioni su come allestire le relazioni non-cliniche e quelle sugli studi clinici per la domanda di autorizzazione all’immissione in commercio³⁸.

9. esclusione dei farmaci OTC dall’obbligo di avere confezioni monodose, legge 266/2005;

³⁸ Cfr. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/normative-nazionali>, consultato il 19 gennaio 2015.

10. applicazione di sconti del 20% sui farmaci SOP. Regime biennale (anni dispari) per aumenti prezzi farmaci non rimborsati, legge 149/2005;
11. istituzione della classe *c-bis*) per i soli farmaci OTC; legge 311/2004;
12. decreto 2 marzo 2004, Istituzione di una banca dati per il monitoraggio della terapia genica e la terapia cellulare somatica. Il suddetto decreto, costituito da 9 articoli, riguarda l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità di una banca dati per il monitoraggio dei pazienti sottoposti a sperimentazione clinica con preparazioni per terapia genica e cellulare somatica. Il decreto tratta anche la descrizione del tipo di dati che devono essere contenuti nella banca nonché la tempistica di aggiornamento dei dati stessi. Nel decreto viene specificato anche l'obbligo da parte delle istituzioni di ricerca clinica di comunicare tutti i dati relativi ai pazienti pregressi, a qualunque titolo trattati con prodotti per terapia genica e cellulare somatica, nonché di comunicare la comparsa di reazioni ed eventi avversi;
13. decreto 23 aprile 2004, voci per autocertificazione spese promozionali farmaci;
14. esclusione delle spese promozionali al pubblico dal contributo del 5%; estensione alle procedure nazionali dei termini previsti per quelle europee, legge 350/2003;
15. istituzione contributo del 5% su spese promozionali per i farmaci, legge 326/2003;
16. legge 14 del 3 febbraio 2003, posticipazione bollino di tracciatura per i farmaci non soggetti a ricetta;
17. decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211. Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico;
18. decreto 26 aprile 2002, "Accertamento della composizione e innocuità dei farmaci di nuova istituzione prima della sperimentazione clinica sull'uomo.
19. decreto del Presidente della Repubblica n. 439/2001, "Regolamento di semplificazione delle procedure per la verifica e il controllo di nuovi sistemi e protocolli terapeutici sperimentali";
20. indeducibilità delle spese promozionali sui farmaci, legge 289/2002;
21. legge 112/2002, esclusione dei farmaci senza ricetta dall'obbligo di riportare sulle confezioni il codice ATC;
22. legge numero 32 del 1° marzo 2002, concernente l'Istituzione del bollino di tracciatura per le specialità medicinali;
23. decreto Ministero della Salute 1° febbraio 2002, definizione del bollino di riconoscimento per farmaci senza obbligo di ricetta;
24. istituzione del bollino di riconoscimento per i farmaci non soggetti a ricetta, legge 404/2001;
25. introduzione del silenzio-assenso per le pubblicità dei farmaci OTC;
26. obbligo di preavviso di 15 giorni per la variazione dei prezzi dei farmaci di classe non rimborsati, legge 388/2000;
27. definizione della cadenza annuale per le variazioni dei prezzi dei farmaci non rimborsati, legge 449/1997;
28. circolare Ministero Sanità 13/1997, criteri farmaci OTC e foglio illustrativo;

29. circolare Ministero Sanità n. 115 /1975, classificazione dei prodotti da banco.

Le industrie di produzione dei farmaci sono vincolate da una serie di obblighi in materia legale e devono ovviamente tener conto anche dell'innovazione tecnologica.

L'innovazione tecnologica è un fattore fondamentale in questo settore che permette ad un'industria farmaceutica di conquistare la leadership di mercato e mantenere successivamente un vantaggio competitivo sui concorrenti³⁹. “Ciò che bisogna ricercare è un costante equilibrio tra le innovazioni desiderate e la capacità di sfruttarle introducendo nel sistema gli opportuni cambiamenti”⁴⁰. I rapidi cambiamenti che avvengono nel settore tecnologico incidono notevolmente sullo sviluppo di nuovi principi attivi e quindi sull'industria farmaceutica nel suo complesso.

³⁹ Gli investimenti richiesti per lo sviluppo di nuovi prodotti o nuove tecnologie hanno tipicamente tempi di ritorno medio-lunghi, con elevati elementi di rischio industriale. L'evoluzione tecnologica è un processo in costante accelerazione e oggi nessun settore si evolve tanto velocemente come quello della sanità.

⁴⁰ L'evoluzione tecnologica richiede un'evoluzione professionale non solo a coloro che direttamente impiegano le tecnologie bensì a tutti coloro ai quali spetta prendere decisioni di programmazione, di investimento, di organizzazione in campo sanitario. Di conseguenza, occorre che diffusione tecnologica, aggiornamento professionale ed adeguamento organizzativo procedano parallelamente e tempestivamente. Cfr. *Prodotti chimici e tecnologie per la salute*, documento internet tratto dal sito <http://www.osservatoriochimico.it>, consultato il 7 maggio 2015.

1.1.3 La regolamentazione del settore distributivo

La regolamentazione del settore distributivo in Italia è caratterizzata da una serie di leggi che in parte si trovano anche negli ordinamenti dei principali Paesi europei, in parte costituiscono peculiarità del nostro Paese. Esse costituiscono tutte tentativi di ottimizzare la soluzione al problema di tutelare la salute, a cui si accennava all'inizio di questo paragrafo. Alcuni aspetti del sistema italiano, però, introducono delle distorsioni concorrenziali non giustificate, nel senso che l'obiettivo primario di tutela potrebbe essere adeguatamente conseguito anche tramite soluzioni differenti e più rispettose dei meccanismi naturali di mercato.

Ad esempio la norma che impone l'obbligo per i distributori all'ingrosso di detenere almeno il 90% delle specialità medicinali in commercio va oltre quanto dettato dalla Direttiva CE 25/92, che definisce genericamente un obbligo per i grossisti di garantire un assortimento di medicinali sufficiente a rispondere alle esigenze del territorio da essi servito. Con il sistema vigente i grossisti sono obbligati ad acquistare, invece, tutte le specialità esistenti su un determinato mercato, senza poter scegliere tra produttori di farmaci con caratteristiche analoghe sotto il profilo terapeutico. In questo modo non ci sono incentivi per le imprese farmaceutiche a praticare politiche concorrenziali basate sul prezzo.

Quando un medicinale esce dall'industria farmaceutica che lo ha prodotto entra nel circuito della distribuzione all'ingrosso, per poi accedere ai diversi canali di vendita al dettaglio.

La fase di "distribuzione del farmaco" è attuata da una rete capillare di distributori sul territorio nazionale che ne garantisce:

- i. reperibilità in commercio;
- ii. consegna tempestiva;
- iii. idonea conservazione.

Due sono i principali attori a cui è affidato il compito della distribuzione:

- depositari;
- grossisti.

Questi soggetti devono essere autorizzati ai sensi del D.lgs 219/2006 (artt. 99-112) e successive modifiche⁴¹.

I **depositari** detengono e distribuiscono i medicinali ai grossisti e alle strutture territoriali per conto dei titolari A.I.C.⁴², sulla base di contratti stipulati con essi. Pertanto i depositari non hanno la proprietà dei medicinali, proprietà che resta dei titolari A.I.C. I depositari non distribuiscono tutti i farmaci ma solo quelli dei titolari A.I.C. o dei loro rappresentanti con i quali hanno stipulato contratti per il deposito e la distribuzione.

I **grossisti**, a differenza dei depositari, sono i distributori che hanno la proprietà dei medicinali che distribuiscono. Essi acquistano i medicinali dai titolari

⁴¹ Cfr. <http://salute.gov.it>, consultato il 7 maggio 2015.

⁴² Acronimo per Azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

Cfr. <http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Cerca-un-farmaco/Istruzioni-per-la-ricerca.aspx>, consultato il 27 ottobre 2014.

A.I.C. e li rivendono alle farmacie territoriali. A loro è quindi affidato il compito della distribuzione secondaria, ovvero la distribuzione alle circa 18.000 farmacie pubbliche, che, a loro volta, rappresentano l'anello terminale della distribuzione.

A questi attori della distribuzione primaria e secondaria si devono aggiungere i farmacisti che operano nel settore della distribuzione e le strutture ospedaliere che, con la legge 405/2001 possono distribuire farmaci ai pazienti dimessi o ai pazienti che a causa di patologie invalidanti non possono raggiungere l'ospedale o la farmacia per accedere ai farmaci necessari.

Infatti, con l'applicazione della legge 405/2001 l'ospedale raggiunge il paziente a casa attraverso la distribuzione operata dalle farmacie pubbliche o private e dai distributori che distribuiscono anche i farmaci che non sono di loro proprietà ma che sono stati acquistati dalla struttura ospedaliera⁴³.

La normativa di riferimento per l'attività di depositari e grossisti è regolamentata dai seguenti decreti:

1. D. lgs 219/2006, artt. 99-112. Tale decreto prevede l'emanazione di un provvedimento di autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso da parte della competente Regione o Provincia e/o da autorità delegata.

Il provvedimento di autorizzazione è emanato solo a seguito di una verifica ispettiva dell'idoneità dei locali e del personale responsabile del magazzino.

L'autorizzazione è legata ad un definito territorio identificato con il territorio della Regione e/o Provincia autonoma territorialmente competente. Per magazzini di una stessa ditta di distribuzione dislocati però in regioni diverse è necessario l'autorizzazione da parte di ciascuna Regione interessata.

Il titolare dell'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso deve acquistare farmaci solo dal titolare A.I.C. e da altri distributori autorizzati e può cedere farmaci solo alle farmacie e alle strutture autorizzate all'acquisto di farmaci. Il grossista è tenuto a rispettare tempi di consegna definiti, definiti nel contratto, ed un obbligo di assortimento.

2. D. 6 luglio 1999 che ha definito le "Linee guida in materia di buona pratica di distribuzione dei medicinali per uso umano", in cui sono declinate le regole per la corretta conservazione e il trasporto.

Con riferimento alla *struttura* il magazzino di medicinali deve essere organizzato in maniera tale che i farmaci non possano deteriorarsi durante il periodo di immagazzinamento. Il locale dovrà essere organizzato funzionalmente in modo da consentire facilmente l'identificazione dei farmaci.

Nel caso in cui il distributore distribuisca oltre ai farmaci anche altre tipologie di prodotti (cosmetici e parafarmaci) il deposito deve avere al suo interno locali riservati esclusivamente a tali prodotti.

⁴³ I distributori che operano la distribuzione per conto della struttura ospedaliera hanno nel proprio deposito un deposito addizionale, strutturalmente e funzionalmente separato dal primo, contenente i farmaci della struttura committente.

Per le *procedure di gestione* tutte le operazioni devono essere registrate per consentire di tracciare l'attività di magazzino. Nel caso, infatti, che un farmaco debba essere ritirato dal mercato il responsabile del deposito deve essere in grado di rintracciare tale farmaco e restituirlo al titolare o all'autorità competente rapidamente e senza possibilità d'errore. Procedure scritte devono descrivere le modalità di esecuzione delle diverse operazioni che possono influire sulla qualità dei prodotti o sulla qualità della distribuzione.

Per quanto riguarda il *personale*, ogni fase della distribuzione dei medicinali deve avere una persona responsabile che sia qualificata. Il personale impiegato nei magazzini deve possedere professionalità ed esperienza adeguata a garantire che i medicinali siano maneggiati e conservati in modo adeguato.

I farmaci devono essere trasportati in modo da mantenere lungo tutta la catena distributiva una temperatura costante; quelli per i quali è indicata una specifica temperatura di conservazione, devono essere trasportati in contenitori adeguati. Infine i farmaci non possono essere trasportati insieme ad altre tipologie di prodotti che possano rappresentare un rischio per la loro sicurezza ed efficacia.

La regolazione del mercato dei farmaci impone dei vincoli anche per la **distribuzione al dettaglio**. Il servizio farmaceutico alla popolazione viene erogato principalmente tramite le farmacie territoriali⁴⁴.

Le farmacie sono state interessate, dal 2005 in poi, da una serie di interventi di liberalizzazione che ne hanno profondamente modificato l'assetto. Si citano, in questa sede:

1. il decreto-legge Storace del 2005, che ha introdotto la possibilità di praticare sconti fino al 20% sul prezzo dei medicinali senza obbligo di prescrizione (DL N. 87/2005, convertito nella legge 149/2005).
2. il decreto-legge Bersani del 2006 che ha previsto la possibilità di vendere medicinali senza obbligo di prescrizione in esercizi commerciali alla presenza di un farmacista e l'eliminazione del limite del 20% sullo sconto praticabile sui prezzi di tali farmaci. Sempre con il decreto Bersani è stata introdotta anche la possibilità per le società di farmacisti di essere titolari di 4 farmacie ed è stata eliminata l'incompatibilità tra attività di distribuzione all'ingrosso e finale dei farmaci. Il provvedimento ha anche ridotto a soli due anni il termine concesso agli eredi per acquisire i requisiti per assumere la titolarità o cedere la farmacia (DL N. 223/2006, convertito nella legge 248/2006).
3. la legge 296/2006 — legge finanziaria 2007 che ha liberalizzato il prezzo dei medicinali senza obbligo di ricetta medica, prevedendo che esso venga stabilito autonomamente da ciascuna farmacia o punto vendita. Sempre nel 2007 sono stati eliminati tutti i vincoli sulla pubblicità della farmacia (Codice Deontologico del Farmacista).

⁴⁴ Secondo il rapporto OSMED 2008, realizzato dall'Istituto Superiore della Sanità e dall'Agenzia Italiana del farmaco, gli italiani spendono per le medicine quasi il doppio rispetto a frutta e verdura.

4. la legge 214/2011 ha ampliato la gamma di medicinali vendibili negli esercizi commerciali dotati di farmacista. È stata introdotta la possibilità di praticare sconti anche sui medicinali di fascia C con ricetta.
5. Il decreto-legge Cresci-Italia del 2012 ha previsto una drastica riduzione del rapporto farmacia/abitanti (quorum) a una farmacia ogni 3.300 abitanti, con assegnazione delle nuove farmacie tramite concorso straordinario per soli titoli, riservato a farmacisti non titolari e titolari di farmacie rurali sussidiate e con punteggio di favore per i farmacisti delle parafarmacie, introducendo la possibilità di partecipazione al concorso anche in forma associata. Il DL Cresci-Italia ha inoltre previsto la possibilità di apertura di farmacie, in deroga al quorum, anche nelle zone ad alta frequentazione (porti, aeroporti, stazioni ferroviarie, centri commerciali, ecc.). Sono stati liberalizzati gli orari, consentendo l'apertura delle farmacie oltre gli orari minimi ed è stata introdotta la possibilità di praticare sconti su tutti i medicinali acquistati dal cittadino. È stato ulteriormente ridotto, a 6 mesi dopo la presentazione della successione, il termine concesso agli eredi per assumere la titolarità o cedere la farmacia. È stata, inoltre, introdotta la possibilità per gli esercizi commerciali di vendere medicinali veterinari con ricetta medica e preparazioni galeniche (DL n. 1/2012, convertito nella legge n. 27/2012). Il DDL Concorrenza prevede, infine, la possibilità per le società di capitali di essere titolari di farmacia e di creare catene di farmacie⁴⁵.

Il criterio prevalente per stabilire il numero delle farmacie in ogni Comune è quello demografico, in base al quale il numero delle autorizzazioni è stabilito in modo che vi sia una farmacia ogni 3.300 abitanti⁴⁶.

Pertanto, non esiste più una differenziazione del quorum a seconda del numero degli abitanti del Comune, come in vigore precedentemente. È possibile l'apertura di una ulteriore farmacia qualora la popolazione eccedente sia superiore al 50% del parametro (art. 1 L. 475/1968, come modificata dall'art. 11 della L. 24.03.2012, n. 27, in G.U. 24.03. 2012, n. 71, S.O.).

In base alla L. 221/1968 le *farmacie territoriali* sono *urbane* oppure *rurali*. Sono territoriali se collocata in Comuni o centri abitati con più di 5.000 abitanti; sono rurali se collocate in Comuni o centri abitati con meno di 5.000 abitanti. Non sono classificate farmacie rurali quelle che si trovano nei quartieri periferici delle città, congiunti a queste senza discontinuità di abitati.

Le rurali sono *sussidiate* quando collocate in centri con meno di 3.000 abitanti; godono di un sussidio annuo, stabilito dalla L. 221/68 e dalle leggi regionali. Godono inoltre di condizioni agevolate per quanto riguarda gli sconti da riconoscere al SSN, non sono soggette alla tassa di esercizio e possono avere i locali forniti dal Comune. Le rurali sono *ordinarie* se collocate in centri con più di 3.000

⁴⁵ Cfr. *La farmacia italiana 2015*, dati Federfarma 2015.

⁴⁶ Si veda il D.L. 24.01.2012, n.1, convertito nella L. 27 del 24.03.2012.

abitanti: godono ancora di condizioni favorevoli in materia di sconti per le forniture al SSN, qualora non superino un determinato volume di vendite.

Le **farmacie succursali** previste dall'art. 116 del TULS sono farmacie che restano aperte per un limitato periodo dell'anno, fissato nel decreto di autorizzazione, nelle stazioni di cura, dove si verificano fluttuazioni stagionali della popolazione.

La farmacia succursale deve avere un farmacista direttore responsabile (art. 120 del TULS) ed è soggetta a tutte le norme previste per le farmacie ordinarie.

I dispensari farmaceutici sono entrati nel nostro ordinamento con la L. 221/1968. Queste strutture possono essere istituite nei comuni, frazioni o centri abitati con popolazione non superiore a 5.000 abitanti, ove non sia stata aperta la farmacia privata o pubblica prevista nella pianta organica⁴⁷.

Una parte rilevante di medicinali viene distribuita anche attraverso le **farmacie ospedaliere** e dai servizi farmaceutici delle ASL. Queste dispensazioni sono a favore di pazienti assistiti in regime di day hospital, o sono per farmaci utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero (farmaci di classe H) o soggetti al doppio canale di distribuzione ospedale-territorio (medicinali inclusi nel PHT).

Le **farmacie private** possono essere *uninominali*, nel caso in cui la titolarità è in capo ad un singolo farmacista; in *gestione societaria*, quando la titolarità è condivisa tra più farmacisti, che a tal fine costituiscono una società di persone; in gestione cooperativa.

Le **farmacie pubbliche** (o **farmacie comunali**), entrate nella legislazione italiana con il R.D. 15.10.1925, n. 2578, sono quelle in cui il titolare è una persona giuridica, cioè il Comune rappresentato dal Sindaco.

Secondo il D.L. 1/2012 il quorum minimo demografico per l'apertura di una farmacia è pari a 3.300 abitanti risultando inferiore ai previgenti parametri demografici (5.000 abitanti per comuni fino a 12.500 abitanti e 4.000 abitanti per gli altri comuni). Il parametro dell'eccedenza di abitanti, per l'apertura di un'ulteriore farmacia deve essere maggiore del 50 per cento di 3.300 abitanti — 1651 abitanti, (comma 1, lett. a).

Il Comune deve stabilire il numero delle farmacie risultante dall'applicazione dei parametri previsti, prevedere l'ubicazione della farmacie secondo criteri di equa distribuzione e di copertura delle aree scarsamente abitate, usare le rilevazioni Istat sulla popolazione per la revisione biennale della pianta organica (comma 1, lett. c)⁴⁸.

Il farmacista, iscritto all'albo professionale, può ottenere la titolarità di una farmacia in due casi:

1. per concorso;
2. per trasferimento.

⁴⁷ La L. 362/1991 ha inoltre previsto la possibilità di aprire *dispensari stagionali* nelle stazioni di soggiorno, di cura e di turismo, nonché nelle altre località climatiche, balneari o termali o comunque di interesse turistico, con popolazione non superiore a 12.500 abitanti, tenuto conto della media giornaliera delle presenze annuali rilevate dalle aziende di promozione turistica.

⁴⁸ Cfr. <http://leg16.camera.it/561?appro=43>, consultato il 14 marzo 2014.

Il primo è il caso in cui il candidato, una volta ottenuta l'abilitazione professionale e l'iscrizione all'Albo, supera uno dei concorsi banditi. I vincitori del concorso, in base alla graduatoria finale, ottengono il conferimento di una sede farmaceutica di nuova istituzione o vacante (per decadenza o rinuncia del titolare).

Il secondo è il caso di acquisizione per trasferimento. L'acquisizione per trasferimento può avvenire per atto tra vivi solo a favore di chi abbia conseguito la titolarità o l'idoneità in un precedente concorso o abbia almeno 2 anni di pratica professionale o per successione ereditaria⁴⁹.

Le farmacie possono svolgere il servizio in turni e orari oltre quelli obbligatori e possono, inoltre, praticare sconti su tutti i farmaci e prodotti non a carico del SSN.

Il D.L. 223/2006 ha previsto la possibilità di vendere i medicinali da banco o di automedicazione, e quelli senza obbligo di prescrizione (SOP) pagati interamente dal cittadino, negli esercizi commerciali definiti parafarmacie oppure nei corner dei centri commerciali.

In tema di medicinali sono previsti i seguenti obblighi per il medico e per il farmacista:

- il medico deve informare il paziente sui medicinali equivalenti in commercio;
- il farmacista deve sostituire il medicinale prescritto con altro medicinale equivalente, tranne quando: *a)* il medico dichiara in prescrizione la non sostituibilità del farmaco; *b)* c'è una diversa richiesta del paziente; *c)* non esistono in commercio medicinali a prezzo più basso.

In materia di vendita di farmaci equivalenti sono stati emanati una serie di decreti. Il D.L. 347/2001 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) stabilisce un prezzo di rimborso a favore del farmacista e a carico del SSN per la vendita dei farmaci equivalenti, fino al prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile in regione. Il D.L. 78/2010 l'AIFA fissa un prezzo massimo di rimborso per i medicinali equivalenti, con rimborso a carico del SSN (classe A). Il medico nel prescrivere i farmaci con prezzo superiore al minimo ha facoltà di prescrivere la non sostituibilità da parte del farmacista. Il farmacista, se manca l'indicazione di non sostituibilità oppure, dopo aver informato l'assistito, in caso di non accettazione della sostituzione da parte di quest'ultimo, deve offrire il farmaco che ha il prezzo più basso.

⁴⁹ Per agevolare l'accesso dei giovani alla titolarità delle farmacie al concorso straordinario sono ammessi esclusivamente i farmacisti, cittadini di uno Stato membro dell'Unione europea, iscritti all'albo professionale:

- non titolari di farmacia;
- titolare di farmacia rurale sussidiata;
- titolare di farmacia soprannumeraria;
- farmacisti dipendenti;
- titolare di esercizio negli esercizi commerciali definiti parafarmacie ovvero corner dei centri commerciali.

Cfr. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3623&area=farmaci&menu=dfarm, consultato il 7 aprile 2015.

Infine il D.L. 95/2012 stabilisce inoltre che il medico di medicina generale a fronte del possibile utilizzo di più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare sulla ricetta del SSN la denominazione del principio attivo utilizzabile, senza indicare alcun farmaco specifico.

Per incrementare la vendita dei farmaci in canali diversi dalle farmacie è previsto che parafarmacie e corner dei centri commerciali:

- possono vendere medicinali veterinari;
- possono vendere medicinali officinali SOP;
- nei comuni con meno di 12.500 abitanti, possono vendere senza ricetta medica (SOP) quei farmaci che l'AIFA, escluderà dalla lista dei medicinali di classe C, posti a carico del cittadino e con obbligo di prescrizione⁵⁰.

Ogni Paese possiede un proprio sistema di classificazione dei farmaci. In base alla classificazione si determinano il sistema di distribuzione ed il prezzo.

In Italia i farmaci sono attualmente classificati nelle seguenti fasce:

- i.** Farmaci di FASCIA A: prescrivibili a carico del SSN;
- ii.** Farmaci di FASCIA C: non a carico del SSN con o senza ricetta medica;
- iii.** Farmaci di FASCIA C-BIS: non soggetti a prescrizione medica che possono essere oggetto di pubblicità al pubblico, cosiddetti di automedicazione (OTC);
- iv.** Farmaci di FASCIA H: di uso ospedaliero e non vendibili, pertanto, ai cittadini dalle farmacie aperte al pubblico⁵¹.

La fascia A comprende tutti i farmaci essenziali e per malattie croniche i cui costi sono rimborsati in tutto o in parte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La fascia C comprende quei farmaci utilizzati per patologie di lieve entità o considerate “minori”, non “essenziali”; il costo di tali farmaci è totalmente a carico dei cittadini. I farmaci in fascia C sono inoltre suddivisi in:

- farmaci soggetti a prescrizione medica⁵²;
- farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP).

⁵⁰ Cfr. <http://leg16.camera.it/561?appro=437>, consultato il 20 marzo 2015.

⁵¹ Dati Federfarma 2015.

⁵² Tra i farmaci appartenenti a questa FASCIA ci sono: antibiotici, antipertensivi, ormoni, anestetici, ansiolitici, antiepilettici, cortisonici, ipnotici, oppioidi, sedativi, anticoncezionali, steroidi anabolizzanti, antitumorali)

Tabella 1.1.3.1 – Classificazione dei farmaci

FASCIA	COSTO	PRESCRIZIONE
A	A carico del SSN	Prescrizione medica
C	A carico del cittadino	Senza obbligo di prescrizione

Fonte: elaborazione personale sulla base di studi del settore.

In quest'ultima categoria vi sono due sottoclassi: i prodotti da banco (OTC) e i prodotti su consiglio (SOP):

- OTC: con la legge 311/2004 (legge 311/2004, Finanziaria 2005) è stata creata una nuova fascia di medicinali, la C-bis, che comprende le specialità medicinali di automedicazione, cioè i farmaci senza obbligo di ricetta medica, i cosiddetti farmaci da banco o OTC⁵³.
- SOP (Senza Obbligo di Prescrizione): si tratta di medicinali senza obbligo di ricetta medica⁵⁴. Il cittadino ha accesso ai SOP solo attraverso il farmacista e agli OTC attraverso il messaggio pubblicitario e il farmacista. I SOP non possono essere tenuti in vista sul banco della farmacia in quanto questa collocazione potrebbe promuoverne il consumo da parte dei pazienti⁵⁵.

⁵³ OTC è acronimo per l'inglese "Over The Counter" ("sopra il banco" letteralmente). Questi medicinali possono essere oggetto di pubblicità al pubblico.

⁵⁴ I farmaci SOP non possono essere oggetto di pubblicità al pubblico.

⁵⁵ Cfr. *Chiarimenti sui farmaci di fascia C*, documento internet tratto dal sito <http://www.ministerosalute.it>, 11.04.14.

Tabella 1.1.3.2 — Farmaci senza obbligo di prescrizione

FARMACO	MODALITA' DI ACCESSO DA PARTE DEL CITTADINO	GALENICI ⁵⁶ INDUSTRIALI	SPECIALITA' MEDICINALI ⁵⁷
SOP	Consiglio del farmacista	Sì	Sì
OTC	Pubblicità, consiglio del farmacista	No	Sì

Fonte: elaborazione personale sulla base di dati Federfarma 2015.

Le confezioni esterne dei farmaci OTC e SOP devono riportare un bollino di riconoscimento che permetta al consumatore di identificarli. Sulle confezioni deve, inoltre, essere riportata la dicitura “farmaco senza obbligo di ricetta”⁵⁸.

I farmaci di fascia A e C con ricetta medica possono essere distribuiti solo in farmacia o, se inseriti nella classe A-PHT (Prontuario della distribuzione diretta), anche erogati direttamente dalle strutture pubbliche. I farmaci di fascia C senza obbligo di ricetta (cosiddetti SOP) e quelli classificati come C-bis (cosiddetti OTC, pubblicizzabili al pubblico) sono vendibili in farmacia e negli esercizi commerciali dotati di farmacista. I farmaci di fascia H sono erogabili solo da ospedali e ASL.

Le specialità farmaceutiche possono avere diverse classificazioni a seconda del criterio di analisi che si intende usare. In generale si possono definire i seguenti criteri principali di classificazione⁵⁹:

- a. Classificazione dei farmaci secondo l'obbligo di prescrizione medica;
- b. Classificazione dei farmaci in base al regime pubblicitario;
- c. Classificazione dei farmaci a seconda del regime brevettale;
- d. Classificazione dei farmaci a seconda della rimborsabilità;
- e. Classificazione con riferimento alle classi terapeutiche (ATC).

⁵⁶ Con galenico si fa riferimento a un medicamento preparato dal farmacista su ricetta. In dettaglio, si dice di preparazioni medicinali, costituite da prodotti naturali o ingredienti organici, prodotte con semplici operazioni di laboratorio (miscelazione, filtrazione, macinazione, ecc.). Cfr. Fumagalli, M., *Dizionario di alchimia e di chimica farmaceutica antiquaria*, Edizioni Mediterranee, 2000.

⁵⁷ Le specialità medicinali sono farmaci, precedentemente preparati, commercializzati con un nome specifico e in una confezione particolare. Cfr. Colombo, G. L., op. cit. pag. 55.

⁵⁸ Legge 405/2001.

⁵⁹ Cfr. *Classificazione dei farmaci*, documento internet tratto dal sito www.galenotech.org, consultato il 27 ottobre 2014.

Per le farmacie, inoltre, esiste un complesso di norme da rispettare. L'**ordinamento della farmacia prevede le seguenti** fonti giuridiche:

- i. L. 475/1968, nota come Riforma Mariotti;
- ii. L. 362/1991, Norme di riordino del settore farmaceutico;
- iii. L. 248 /2006, nota come decreto Bersani.

Con tre decreti del 2010 sulla “farmacia dei servizi” è prevista l'erogazione di servizi e prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie.

Le **prestazioni analitiche di prima istanza** effettuabili in farmacia sono:

- 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.

I **dispositivi strumentali** previsti per l'erogazione dei servizi di secondo livello in farmacia sono i seguenti:

- 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 tele cardiologia da effettuarsi in collegamento con centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali.

Le attività erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente da **operatori sanitari** devono essere effettuate esclusivamente da infermieri e da fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso di tali requisiti⁶⁰.

Il recente Ddl concorrenza del 2015 lascia la possibilità di vendita dei far-

⁶⁰ Le farmacie pubbliche e private, per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti da parte di operatori sanitari abilitati, devono utilizzare spazi dedicati e separati dagli altri ambienti.

maci di fascia C soltanto presso la farmacia. Il decreto lascia invariato il numero delle farmacie e anche la distanza fra una e l'altra.

Le novità riguardano l'eliminazione del limite delle quattro licenze della titolarità delle farmacie e la possibilità di costituire Società di Capitali anche per le farmacie. I soci delle società titolari di farmacia non dovranno più essere necessariamente dei farmacisti. Solo la direzione dovrà essere attribuita a un farmacista abilitato.

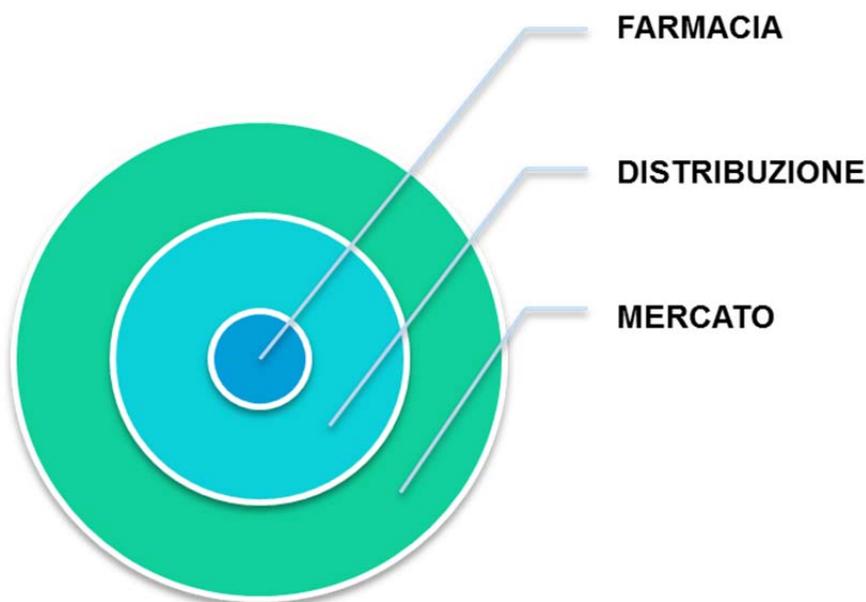
Questo significa che anche in Italia le S.d.C. potranno creare delle catene di farmacie come già avviene in altri Paesi.

L'eliminazione del limite delle quattro licenze in capo a un identico soggetto nel settore delle farmacie consentirà economie di scala tali da condurre alla riduzione dei costi e consentire l'ingresso di soci di capitali alla titolarità dell'esercizio della farmacia.

1.2 Gli attori della filiera del farmaco

Il percorso di riflessione si incentra ora sullo scenario di riferimento e sulla filiera del farmaco, quale “sistema di articolazioni tra le attività di produzione, trasformazione e distribuzione” dei farmaci⁶¹. Il percorso di ricerca effettuato è sintetizzato in Figura 1.2.1.

Figura 1.2.1 – Ricognizione teorica del contesto di riferimento della farmacia



Fonte: elaborazione personale.

Per le proprie caratteristiche quello del farmaco costituisce senza dubbio uno tra i settori a maggiore investimento in Ricerca & Sviluppo e fra i più regolamentati dallo Stato⁶². I farmaci vengono usati in medicina a scopo terapeutico, per curare malattie o a scopo preventivo, per difendere il paziente da minacce alla sua salute⁶³. Ma per portare una nuova molecola dall'idea del ricercatore alla vendita in farmacia oggi sono mediamente necessari circa 800 milioni di dollari e un tempo medio di 12 anni. Inoltre solo una molecola iniziale su diecimila diventa un farmaco venduto in farmacia, mentre le restanti si rivelano inadatte nel corso del processo di ricerca e sviluppo perché non efficaci o tossiche⁶⁴.

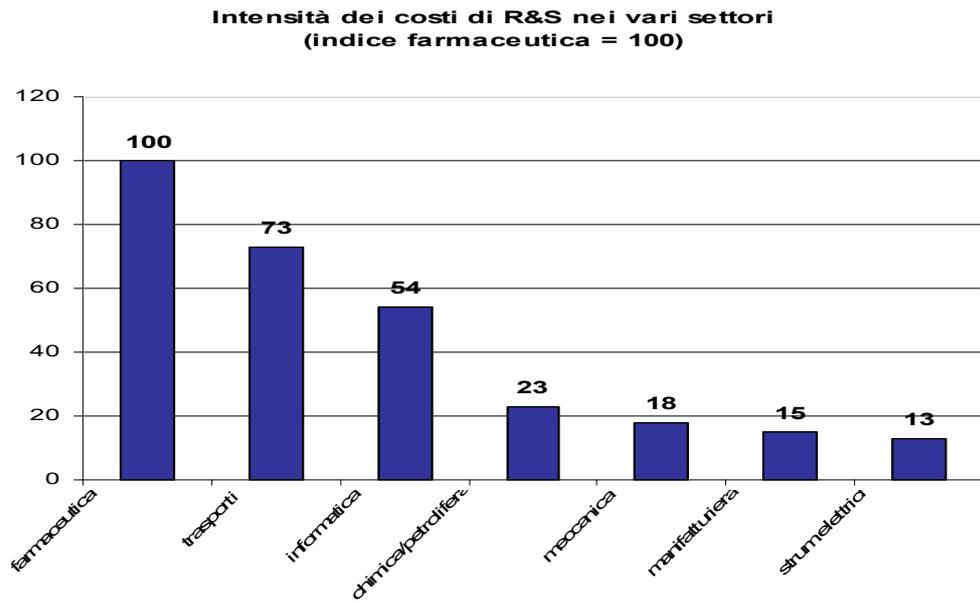
⁶¹ La definizione proposta è quella di Bellon, B., “La filiera di produzione”, in *Economia e politica industriale*, n. 42, 1984, pag. 110. Il concetto di filiera è più esteso nei casi in cui “la trasformazione delle materie prime in prodotti finiti richiede la presenza di produzioni intermedie”. Cfr. Panati, G., Golinelli, G. M., *Tecnica economica industriale e commerciale*, Nis, 1993, p. 320 e ss.

⁶² Il processo di ricerca e sviluppo in ambito farmaceutico è “il percorso volto alla scoperta, allo sviluppo e all'introduzione nel mercato di nuovi farmaci etici. E' un percorso complesso, estremamente lungo e ad elevato rischio di fallimenti”. Cfr. Capri, S., Reggio, S., *Economia del farmaco: I costi, il mercato e l'efficacia dei farmaci*, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 76.

⁶³ Cfr. Swartz, M. H., *La diagnosi clinica*, Edises, 2005.

⁶⁴ OCSE, *Health Data 2015*.

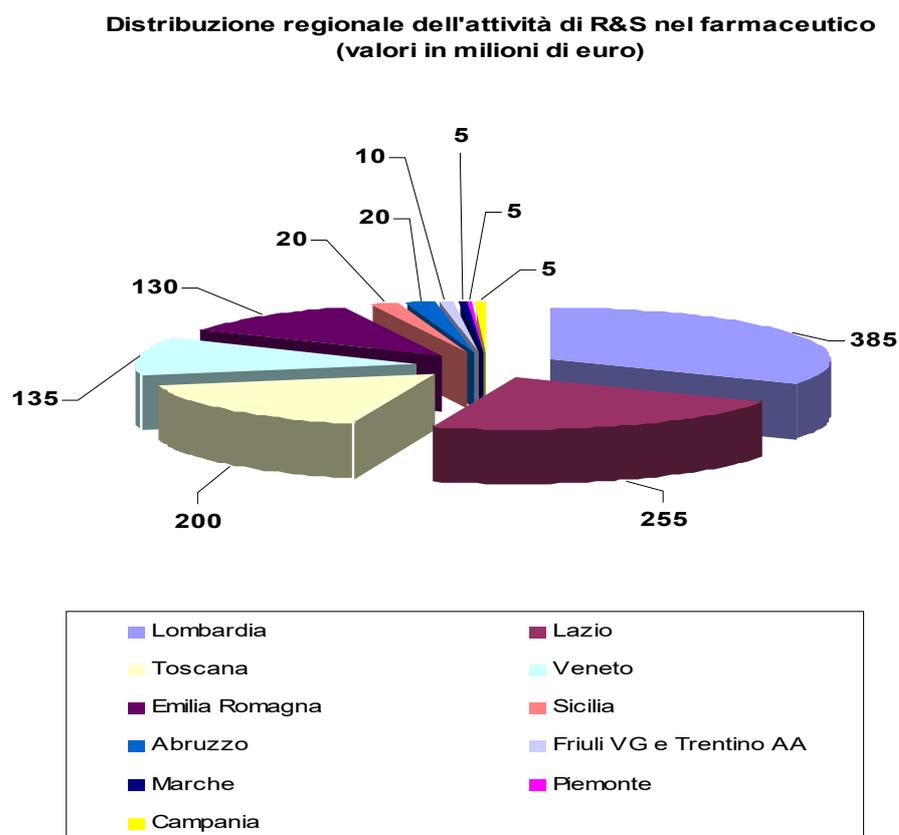
Grafico 1.2.1 — I settori economici per attività di ricerca



Fonte: elaborazione personale su dati Istat 2015.

I Grafici 1.2.1 e 1.2.2 forniscono un'idea dei costi sostenuti in Italia per il farmaceutico: il primo confronta il settore farmaceutico ad altri settori tra i maggiormente innovativi e strategici; il secondo riporta alcuni dati numerici sui costi sostenuti nel farmaceutico per regione.

Grafico 1.2.2 – Investimento regionale nel comparto farmaceutico



Fonte: elaborazione personale su dati Istat 2015.

Come accennato nel primo paragrafo oltre che per i tempi, i rischi e i costi nella ricerca e sviluppo farmacologico, il mercato di questo settore si caratterizza anche per il forte intervento di regolazione dello Stato.

Il farmaco, infatti, è considerato un bene “di merito”, un “diritto alla salute” e, come tale, deve essere garantito anche ai consumatori meno abbienti.

Il principale strumento di tutela e cura della salute pubblica è costituito dall’assistenza sanitaria, cioè l’insieme di beni e servizi che ogni società evoluta garantisce alla collettività per tale scopo: ospedali, medici, infermieri, ambulatori, laboratori di analisi, farmaci, vaccinazioni, ecc⁶⁵.

La spesa sanitaria pubblica, anche di alcune fasce di farmaci, è finanziata pertanto dallo Stato per conseguire fini di interesse pubblico⁶⁶.

I principali attori della filiera del farmaco sono le industrie farmaceutiche

⁶⁵ Cfr. Gianfrate, F., *Marketing farmaceutico – Peculiarità strategiche e operative*, pp. 3-4, Tecniche Nuove, 2008.

⁶⁶ Nell’ordinamento italiano il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti governativi e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art. 1 del D. Lgs. 502/1992), è rappresentato dal servizio sanitario nazionale (SSN), introdotto con la legge n. 833 del 1978 (la cosiddetta “Riforma Sanitaria”). Si veda il paragrafo 1 del presente capitolo.

che riforniscono le aziende all'ingrosso per il 78%; gli Ospedali (11%); ove possibile direttamente le farmacie, per una quota pari al 10%; gli Enti Governativi e assistenziali (1% dei casi). Il canale principale attraverso il quale i farmaci giungono al consumatore finale sono ancora le farmacie (nel 90% dei casi); ospedali ed Enti gov. e ass. sono gli altri due possibili canali attraverso i quali i farmaci giungono al consumatore finale⁶⁷.

La liberalizzazione del mercato farmaceutico e l'evoluzione normativa degli ultimi anni hanno, però, in parte variato la struttura della filiera del farmaco che è mutata sia dal punto di vista della rete di distribuzione sia da quello della delle autorità competenti.

In Italia, infatti, per la distribuzione al pubblico di medicinali, che avveniva principalmente attraverso le farmacie — private e pubbliche (comunali o ospedaliere), si è aggiunta, in seguito al decreto Bersani del 2006, la G.D.O. per la vendita dei medicinali da banco.

A livello di distribuzione intermedia, il servizio di fornitura alle farmacie è invece svolto da grossisti specializzati, pur non mancando casi di fornitura diretta da parte delle imprese produttrici al punto di vendita finale.

Il comportamento degli operatori della distribuzione è disciplinato attraverso la regolazione generale del prezzo di vendita dei farmaci, realizzata attraverso l'istituzione di un regime di prezzi amministrati e la classificazione ai fini del rimborso delle specialità medicinali.

Il rimborso totale è previsto solo per i farmaci destinati alla cura di patologie gravi. Per le altre categorie il costo del prodotto è a carico del paziente⁶⁸. La legge fissa il prezzo di alcuni medicinali e prevede anche i margini fissi di guadagno per gli operatori che li distribuiscono. In particolare, è stabilito che al grossista spetti circa il 6,65% del prezzo di vendita al farmacista e al farmacista circa il 26,70% del prezzo di vendita al pubblico⁶⁹.

Gli attori della filiera del farmaco sono condizionati da un complesso di norme nazionali e locali che riguardano nello specifico le imprese farmaceutiche, la distribuzione intermedia e la distribuzione finale.

⁶⁷ E', infatti, ammessa anche la distribuzione diretta da parte degli ospedali.

⁶⁸ In passato le classi di rimborso ammesse erano tre: Classe A (rimborso totale), Classe B (rimborso parziale) e Classe C (assenza di rimborso). Ai sensi della legge finanziaria per l'anno 2001, a decorrere dal 1°luglio 2001 è stata soppressa la classe B di cui all'art. 8, comma 10, lettera b) della legge finanziaria 24 dicembre 1993 n. 537.

⁶⁹ L'art. 1 comma 40 della legge n. 662/1996 stabilisce, per le aziende farmaceutiche, i grossisti e i farmacisti, delle «quote di spettanza», nella misura, rispettivamente, del 66,65%, 6,65% e 26,70% sul prezzo di vendita al pubblico netto dell'iva dei medicinali erogati a carico del servizio sanitario nazionale. Cfr. documento Internet tratto dal sito <http://www.tuttocamere.it>, consultato il 13 marzo 2016.

1.2.1 Le imprese farmaceutiche

L'industria farmaceutica è il settore economico che riunisce le attività di ricerca, di fabbricazione e di commercializzazione dei farmaci. L'elemento che maggiormente differenzia il funzionamento dell'industria farmaceutica dagli altri settori industriali è l'estesa presenza dell'intervento pubblico, che incide in svariate forme sia sull'offerta che sulla domanda farmaceutica. Sotto il profilo della struttura di mercato, il settore farmaceutico presenta, in Italia come altrove, almeno altre due caratteristiche:

- i. un elevato grado di internazionalizzazione delle imprese;
- ii. un grado di concentrazione relativamente basso.

Il settore farmaceutico è caratterizzato, inoltre, dall'esistenza di molteplici forme di cooperazione fra le imprese, sia nella fase iniziale di ricerca e sviluppo, che in quella finale della distribuzione e commercializzazione dei prodotti.

Per quel che attiene il primo aspetto, nell'industria farmaceutica i costi e i rischi associati ai progetti di ricerca e sviluppo risultano particolarmente elevati. Difatti circa il 90% della spesa in ricerca è finanziata con fondi interni delle imprese; ma solo 1-2 delle 10.000 sostanze sintetizzate dall'industria diventano prodotti immessi sul mercato. Le forme di cooperazione e di condivisione dei programmi di ricerca diventano, perciò, elementi indispensabili per poter sopravvivere nel mercato.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, le imprese farmaceutiche si scambiano frequentemente licenze e stipulano accordi di distribuzione. Tali accordi sono in genere posti in essere al fine di superare gli ostacoli di entrata e di garantirsi sbocchi di mercato sufficientemente ampi⁷⁰.

L'industria farmaceutica in Italia è rappresentata da 351 imprese; 74 mila addetti (in crescita costante da quasi 10 anni); più di 6 mila addetti all'attività di R&S che rappresentano l'8% degli addetti totali⁷¹. L'Italia, per numero di addetti nella farmaceutica, è terza in Europa e quinta nel mondo⁷². Il valore della produzione dell'industria farmaceutica italiana, sulla base dei dati Istat, è risultato pari nel 2012 a circa 25 miliardi di euro, con un incremento rispetto agli ultimi tre anni del 2,3 per cento.

Dati gli elevati costi di Ricerca & Sviluppo le imprese farmaceutiche in difficoltà sono state oggetto, negli ultimi decenni, di attività di fusione e acquisizione da parte delle imprese più solide e con un più consistente *portfolio* di innovazioni scientifiche⁷³.

⁷⁰ Cfr. <http://agcm.it>, consultato il 7 novembre 2015.

⁷¹ Dati Farmindustria 2015.

⁷² L'Italia è, per fatturato farmaceutico complessivo (farmacia e ospedali), il sesto paese al mondo. Cfr. Dati Farmindustria 2015.

⁷³ Le industrie farmaceutiche sono vincolate a due tipologie di incertezze: un'incertezza definibile "di mercato", relativa al rischio connesso alle concrete capacità di penetrazione del nuovo farmaco sul mercato e quindi al suo successo commerciale; un'altra incertezza definibile di tipo "tecnica", relativa, cioè, proprio alle difficoltà afferenti il processo di R&S di un nuovo farmaco.

I profondi mutamenti della scienza (biologia molecolare, biochimica, ecc.) e della tecnologia (sintesi chimica, ingegneria genetica) hanno contribuito a definire un nuovo contesto competitivo, caratterizzato dalla presenza di nuovi attori e a modificare la struttura organizzativa e le competenze delle imprese del settore.

La domanda di salute a cui un prodotto farmaceutico risponde presenta delle peculiarità che la differenziano notevolmente rispetto ai prodotti più tradizionali:

- diversità degli utilizzatori;
- rispetto di normative;
- presenza di vincoli nelle risorse pubbliche destinate alla sanità.

L'industria farmaceutica europea detiene la leadership mondiale per numero di addetti ma non per produzione⁷⁴. Negli ultimi 10 anni, infatti, oltre il 60% dei nuovi prodotti commercializzati sono stati sviluppati negli Stati Uniti⁷⁵.

In questo settore c'è una forte relazione tra innovazione e dimensione dell'impresa: solo le imprese più grandi sono in grado di diversificare i loro sforzi e ripartire i rischi associati alle attività innovative su più progetti⁷⁶. Inoltre solo le grandi imprese beneficiano di maggiori incentivi ad intraprendere attività di R&S⁷⁷.

L'innovazione continua (radicale ed incrementale) costituisce, pertanto, una via obbligatoria che le imprese farmaceutiche devono percorrere per mantenere la propria posizione sul mercato⁷⁸.

⁷⁴ Cfr. *L'industria farmaceutica in Europa non regge il passo di quella Usa. L'industria Usa investe di più nella ricerca*, documento Internet tratto dal sito <http://www.molecularlab.it>, consultato il 12 febbraio 2015.

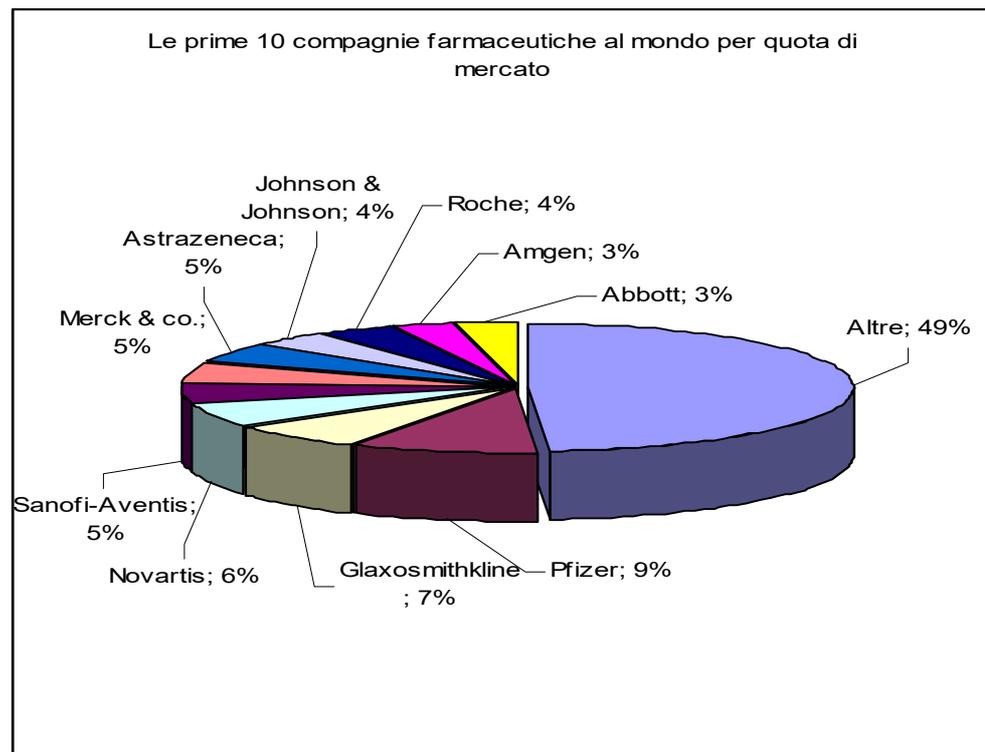
⁷⁵ Una serie di motivi ha determinato un calo di attrattività dell'Europa per la Ricerca e tra queste le principali sono la scarsa propensione all'innovazione nelle tecnologie, le difficili condizioni di investimento, i diversi sistemi economici e regolatori dei Paesi membri. L'industria farmaceutica si caratterizza per la più alta produttività (maggiore della media dell'industria e degli altri settori hi-tech) e per il più alto rapporto spese in R&S sul fatturato (15,3% contro il 3,8% degli altri settori industriali) e detiene anche il primato tra i settori industriali per spese in R&S (circa il 18% del totale); ha inoltre un ampio surplus nei conti con l'estero. Per questo l'industria farmaceutica è il primo settore in Europa che dimostra una forte specializzazione. Cfr. nota precedente.

⁷⁶ In questo momento delicato di cambiamenti del settore e di evoluzione delle imprese, le industrie farmaceutiche, anche quelle europee, stanno ristrutturando i processi, con economie di scala ed accentramento dei siti, con operazioni di concentrazione.

⁷⁷ Cfr. Pammolli, F., *Innovazione, Concorrenza e Strategie di Sviluppo nell'Industria Farmaceutica*, Guerini Scientifica, 1996.

⁷⁸ L'innovazione può essere sia di natura endogena (innovazione di prodotto o di processo frutto della ricerca di aziende nazionali), sia generato all'estero e successivamente assimilata dal mercato italiano, attraverso lo strumento della concessione su licenze. La ricerca italiana ed europea si è scontrata e ancora oggi si scontra con le maggiori dimensioni degli investimenti fatti dai colossi americani. Cfr. Mennini, F. S., *Il settore farmaceutico*, edizioni Aracne, Torino, 1999.

Grafico 1.2.1.1 — Compagnie farmaceutiche per quota di mercato⁷⁹



Fonte: elaborazione personale su dati IMS Health 2015.

Le imprese farmaceutiche affidano il servizio di logistica ad operatori specializzati in grado di movimentare grandi quantità di merce con lo scopo di realizzare delle economie di scala. Per questo motivo la quasi totalità delle industrie farmaceutiche esternalizza la distribuzione primaria a depositari o a distributori intermedi del farmaco. La differenza che esiste tra questi due operatori è legata all'acquisizione della proprietà della merce: il depositario lavora in conto deposito mentre il distributore intermedio (grossista) acquisisce la proprietà della merce facendosi carico del relativo rischio imprenditoriale.

L'industria farmaceutica invia la merce sotto forma di pallet con un'unica tipologia di referenza. Il deposito opera sia come stoccaggio temporaneo del prodotto sia come operatore in grado di formare pallet con più referenze — vale a dire su cui sono raggruppate diverse tipologie di medicinali — e di spedirli verso il distributore intermedio, ospedali e/o case di cura⁸⁰.

Esistono poche grandi imprese farmaceutiche che effettuano attività di R & S e un ampio numero di medie imprese concentrate sulla propria capacità di ac-

⁷⁹ Da questi dati si evince la scalata delle aziende statunitensi a discapito di quelle europee. Infatti la Pfizer, la GlaxoSmithKline, la Merck & Co, la Johnson & Johnson, sono tutte compagnie partecipate in tutto o in parte dagli USA.

⁸⁰ Il grossista, invece, generalmente vede in ingresso pallet provenienti dall'industria o dai depositari, ma in uscita ha un flusso di unità di carico estremamente polverizzato contenenti poche unità di prodotti farmaceutici.

quisizione a posteriori dei risultati di ricerca, in funzione delle modificazioni normative del mercato⁸¹.

La sua attività a livelli elevati presuppone un rilevante impiego di risorse sia scientifiche che finanziarie. “Le valutazioni scientifiche guidano le modalità ed i limiti di conduzione dello sviluppo: il sistema è infatti sottoposto a rigide regolamentazioni — più restrittive rispetto a quelle vigenti in altri comparti industriali — e deve seguire passaggi codificati al fine di garantire l’introduzione nel mercato di farmaci sicuri ed efficaci. Le considerazioni finanziarie determinano quali opportunità scientifiche sviluppare nel corso del processo”⁸².

Al primo stadio di questa catena produttiva si colloca la ricerca, di base e avanzata, che si svolge nei laboratori delle università e delle aziende; l’anello conclusivo è invece rappresentato dalle Farmacie e, in misura ridotta, dall’assistenza pubblica⁸³. Il processo di ricerca e sviluppo in ambito farmaceutico “è il percorso volto alla scoperta, allo sviluppo ed all’introduzione nel mercato di nuovi farmaci etici. E’ un percorso complesso, estremamente lungo e ad elevato rischio di fallimenti”⁸⁴.

⁸¹ Cfr. Levaggi, R., Capri, S., *Economia Sanitaria*, Franco Angeli, Milano, 1999, p. 72.

⁸² Gold, M.R., Siegel, J.E., Russel, L. B., *Cost-effectiveness in health and medicine*, New York, Oxford University Press, 1996.

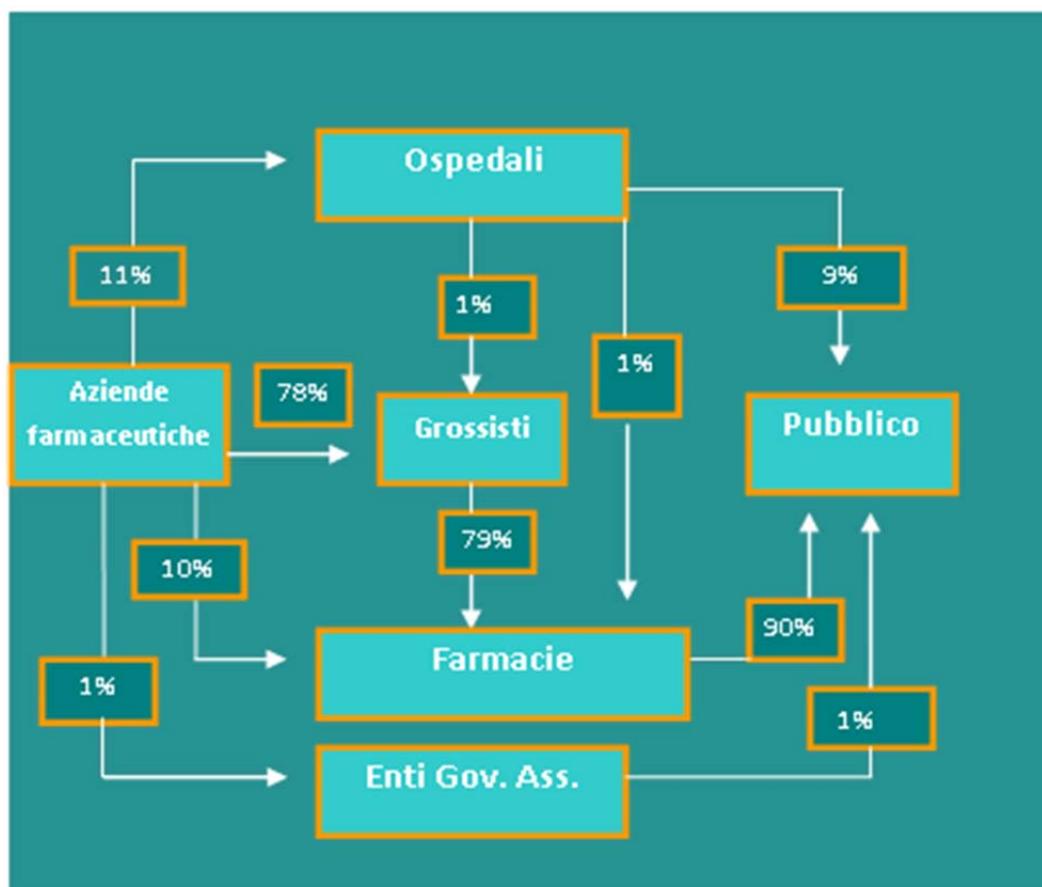
⁸³ L’Italia occupa posizioni di retroguardia nelle classifiche di investimenti dall’estero. Per gli investimenti delle industrie creative ad elevato livello tecnologico, invece, gli investimenti esteri sono raddoppiati da 6,3 a 12,6 miliardi di dollari. “Nell’ambito dell’Ict (primo settore di investimento in Europa), l’Italia dimostra il suo ruolo di mercato pilota con un valore stimato di 73,2 miliardi di euro per il 2008, rivelandosi un campo ideale per lo sviluppo di tecnologie Ict da applicare a settori quali la meccanica, l’automotive, l’aerospace, il design, il biomedicale. Importante anche il biotech, settore innovativo che gode di un trend in crescita continua (+10% di nuove aziende su base annua)”. L’industria farmaceutica italiana è la seconda in Europa per numero di imprese (324) e quarta per valore di produzione (22,5 miliardi di euro). I parametri di selezione dei progetti che presentano spiccate potenzialità di investimento si basano sulla qualità tecnica dei contenuti, sulle possibilità di sviluppo tecnologico e di sostenibilità, sul grado di innovazione e di radicamento sul territorio. Cfr. “Investimenti esteri nel settore farmaceutico”, in *La Repubblica*, sezione Affari e Finanza, 23 febbraio 2009.

⁸⁴ Citando Capri, S., Reggio, S., *Economia del farmaco: I costi, il mercato e l’efficacia dei farmaci*, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 176.

1.2.2 La distribuzione all'ingrosso

La distribuzione all'ingrosso di medicinali ad uso umano riguarda qualsiasi attività consistente nel procurarsi, detenere, fornire o esportare medicinali, salvo la fornitura di medicinali eseguita dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti⁸⁵. L'esercizio di tale attività è subordinato ad un'autorizzazione rilasciata dalla regione o dalla provincia autonoma in cui opera il distributore⁸⁶. La Figura 1.2.2.1 sintetizza i diversi canali di distribuzione dei farmaci.

Figura 1.2.2 — Struttura del sistema distributivo italiano dei farmaci



Fonte: dati IMS, Health Data 2015, *Mercato farmaceutico pubblico* – elaborazione personale.

Facendo riferimento all'assetto proprietario tali aziende possono essere distinte in tre principali categorie:

- i. grossisti privati, normalmente imprese con azionariato di controllo concentrato;
- ii. gruppi d'acquisto, i quali riuniscono un certo numero di farmacie sotto

⁸⁵ Art. 1, d.l. 538/1992.

⁸⁶ Art. 2, d.l. 538/1992. Tale documento non è invece richiesto se l'interessato è in possesso dell'autorizzazione alla produzione di cui all'art. 2 del decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178, a condizione che la distribuzione all'ingrosso sia limitata ai prodotti nella stessa elencati.

- forma di cooperativa, ossia di grossisti (generalmente attraverso consorzio);
- iii. aziende municipalizzate, di solito istituite per la fornitura delle farmacie comunali.

Il distributore intermedio del farmaco deve riuscire a far fronte alla domanda delle farmacie con una distribuzione veloce e capillare. La complessità logistica legata alla distribuzione del farmaco dipende da diversi aspetti:

- necessità di copertura di tutto il territorio nazionale;
- tempi medi di risposta dal momento dell'ordine tra 1 e 3 ore;
- periodi di validità e commerciabilità limitati nel tempo;
- trasporto dei medicinali e di alcuni prodotti a temperatura controllata;
- elevato valore unitario di alcuni farmaci e/o prodotti.

Un enorme aiuto a questi problemi è dato oggi dalla tecnologia e dall'utilizzo di sistemi automatici di prelievo e smistamento merci⁸⁷.

La distribuzione intermedia assicura alla collettività la disponibilità di farmaci e parafarmaci in tutte le farmacie del territorio, garantendo i massimi livelli di qualità nella movimentazione, custodia e distribuzione delle merci⁸⁸.

I distributori intermedi devono essere dotati di impianti tecnologicamente avanzati interfacciati con il sistema informativo proprio in grado di tradurre l'ordine di acquisto delle farmacie in azioni di picking.

A rendere più complessa l'organizzazione della distribuzione vi è la tipologia dei prodotti che non possono sempre essere gestiti attraverso meccanismi automatici come i prodotti voluminosi, i prodotti che devono essere mantenuti in zone ad accesso limitato e controllato (sostanze stupefacenti), oppure i prodotti che devono essere stoccati in celle frigorifero.

L'approvvigionamento dei farmaci risulta è uno tra i più efficienti⁸⁹.

⁸⁷ In Italia la distribuzione intermedia dei farmaci è disciplinata da una serie di norme in cui vengono definite delle regole che hanno un impatto assai rilevante sull'organizzazione del processo logistico:

- è vietato il monopolio distributivo;
- sono fissati per legge sconti minimi, sia sull'acquisto dei prodotti etici che sulla loro vendita;
- fino all'emanazione del decreto Bersani del 2006 i distributori intermedi erano obbligati a detenere almeno il 90% delle specialità medicinali in commercio;
- i distributori intermedi devono garantire la fornitura dei medicinali entro le 12 ore lavorative successive alla richiesta;
- obbligo di certificare il proprio sistema qualità.

⁸⁸ L'ordine dei prodotti farmaceutici viene inoltrato in mattinata dalle farmacie e termina in corrispondenza dell'orario di chiusura delle farmacie. Il sistema gestionale del distributore rielabora gli ordini; quindi la lista di prelievo viene trasferita al magazzino dove vengono preparate le unità di carico che saranno poi distribuite alle varie farmacie. A due ore dalla chiusura degli ordini (verso le 14-14:30) le unità di carico sono pronte per essere distribuite alle farmacie. Entro l'orario di riapertura delle farmacie ciascun ordine viene consegnato. Questa attività di rifornimento delle farmacie viene replicata a seguito della chiusura serale. Per l'attività di rifornimento delle farmacie, sono stati consultati i seguenti siti Internet: <http://www.cosmofarma.com>, <http://www.mnlf.it>, <http://www.comifar.it>, consultato il 20 marzo 2015.

⁸⁹ Una modalità di approvvigionamento ideale prevede: rapidità, basso livello di scorte, aggiornamento continuo, riduzione dei documenti cartacei, flessibilità, cooperazione e quindi farmacie e

Il depositario⁹⁰

La figura del depositario si occupa delle funzioni di stoccaggio, ricezione degli ordini, prelievo, allestimento dei colli e consegna della merce ai clienti.

Il depositario non assume la proprietà della merce e, dal momento che lavora per più clienti, può generare importanti economie di scala.

Spesso questa figura professionale può essere delegata dall'azienda produttrice ad eseguire immediatamente la consegna di tutte le merci richieste dalla clientela. Il produttore tende solitamente a mantenere accentrato il controllo degli ordini, fornendo al proprio depositario di volta in volta l'indicazione degli ordini e dell'autorizzazione ad evadere le consegne. Il ciclo dell'ordine viene compiuto tra i 2 e i 5 giorni lavorativi. Il depositario riceve dal produttore, per lo stoccaggio della merce e per la consegna della stessa, una remunerazione che può assumere varie forme:

- percentuale sul ricavo lordo industriale;
- quota fissa per pezzo consegnato;
- quota fissa per bollo di spedizione.

Il trasferimento dal luogo di confezionamento al deposito è anch'esso a carico del produttore. Il costo del depositario incide per l'1% — 1,5% sul fatturato industriale.

Il concessionario⁹¹

A differenza del depositario, che non diventa proprietario della merce, il concessionario entra in possesso della merce che poi rivende.

Il depositario promuove la vendita dei farmaci ai distributori finali, fra cui anche la farmacia. Dal momento che possiede l'esclusiva di una zona come agente il suo compito viene svolto all'interno di un'area geografica stabilita.

La concessione viene rinnovata al raggiungimento di un determinato volume di vendita. La loro presenza è legata all'attività di piccole aziende di prodotti parafarmaceutici.

consumatore finale soddisfatti; flusso di informazioni bi-direzionale tra distributore intermedio e distributore finale.

⁹⁰ Cfr. Colombo, G. L., *Economia & Gestione della Farmacia: strumenti e metodi manageriali per il farmacista*, Selecta Medica, Pavia, 2002, pp. 65 e 66.

⁹¹ Cfr. Colombo, G. L., *Economia & Gestione della Farmacia: strumenti e metodi manageriali per il farmacista*, Selecta Medica, Pavia, 2002, p. 66.

1.2.3 La distribuzione al dettaglio

La distribuzione finale rappresenta il canale di sbocco attraverso il quale il farmaco viene dispensato al cittadino-utente.

I canali di distribuzione al dettaglio dei farmaci attualmente sono:

- farmacie, sia pubbliche che private (oltre 18000);
- ospedali e case di cura (che rappresentano luoghi in cui vengono molti farmaci vengono esclusivamente utilizzati);
- parafarmacie (circa 3000);
- Grande Distribuzione Organizzata (oltre 290 corner)⁹².

Le farmacie sono il canale distributivo tradizionale di dispensazione dei farmaci. Insieme alle farmacie anche gli Ospedali e le case di cura rappresentano da sempre dei canali “naturalisti” attraverso i quali i medicinali arrivano al cittadino-paziente.

Le parafarmacie sono degli esercizi commerciali, diversi dalle farmacie, autorizzati alla vendita al pubblico di medicinali SOP e OTC dall’art. 5 del D.L. 223/ 2006. Presso questo canale è possibile trovare parafarmaci e prodotti farmaceutici, integratori alimentari, prodotti erboristici oppure fototerapici, farmaci omeopatici, farmaci veterinari con e senza obbligo di prescrizione, prodotti cosmetici, prodotti per l’igiene e per l’infanzia, articoli sanitari.

Per la G.D.O. i corner rappresentano un modo per “completare” l’offerta, non per “fidelizzare”. Questo dato è dimostrato dal fatto che i corner vengono aperti solo in caso di ampliamento delle strutture distributive e solitamente solo nei centri commerciali. I corner della GDO sono avvantaggiati dalla loro posizione all’interno dei centri commerciali e dalla possibilità che hanno di vendere a prezzi mediamente inferiori rispetto a farmacie e parafarmacie.

La novità introdotta dalla norma è stata vista con scetticismo. I dati mostrano come i parafarmaci continuano ad essere maggiormente venduti presso le farmacie. Le farmacie, infatti, presentano un maggiore assortimento di prodotti rispetto agli altri canali (317 confezioni in media contro le 241 dei Corner e le 135 delle parafarmacie) e risultano essere il canale maggiormente fruito dai cittadini nell’acquisto di questi medicinali. Il mercato SOP e OTC è così suddiviso:

- Farmacie, che detengono il 91,6% del mercato a volumi;
- Parafarmacie, che detengono il 4,9 del mercato%
- Corner della GDO, che detengono il 3,5%⁹³.

Dal 2006, quindi, il limite che prevedeva la dispensazione di tutti i farmaci presso le farmacie è stato superato e anche parafarmacie e GDO sono autorizzate alla vendita di medicinali da banco e senza obbligo di prescrizione. Tale limite era considerato, difatti, in contrasto con gli obiettivi della libera concorrenza del mer-

⁹² Dati IMS Health Italia 2011.

⁹³ Dati IMS Health Italia 2011.

cato. Presso gli esercizi commerciali che intendono avvalersi di un angolo “farmaci”, è obbligatoria l’assistenza al cliente di un farmacista abilitato ed iscritto all’ordine, questo per garantire gli obiettivi d’interesse generale di tutela della sanità pubblica.

Già con la legge 405 del 2001 i farmaci di automedicazione potevano essere commercializzati in farmacia secondo la tecnica del self service. La norma 248 del 2006 ha ulteriormente liberalizzato la vendita di tali tipi di medicinali.

Ci sono molteplici fattori che hanno favorito lo sviluppo di più canali distributivi dei farmaci:

- necessità di contenimento della spesa farmaceutica pubblica;
- creazione di nuovi sbocchi distributivi per le imprese;
- riduzione della fiducia verso il canale farmacia;
- cambiamenti sociali e culturali dell’utenza, con una maggiore inclinazione degli utenti verso l’automedicazione.

Nel settore della distribuzione al dettaglio del farmaco l’aumento della concorrenza per la farmacia sarà nei prossimi anni sempre più marcato in relazione ai sopra accennati fattori⁹⁴.

⁹⁴ Oggi è, difatti, possibile riscontrare l’interesse del retail nello sperimentare nuovi formati, anche nel mondo della salute e del benessere. Basti pensare che i formati legati al mondo dell’*Health & Beauty* sono tra quelli di maggiore successo in Europa. La continua innovazione di forme e di canali distributivi è dettata anche dalle esigenze dei clienti e dalla trasformazione delle abitudini d’acquisto e di consumo. Cfr. Brusoni, M., Mallarini, E., *La nuova impresa farmacia*, Egea, 2009, p. 16.

1.3 La farmacia come attore di un contesto multi-stakeholder

I protagonisti della vita di un'impresa vanno dai soggetti interni all'organizzazione a quelli esterni nei confronti dei quali si sviluppano relazioni di interesse e di influenza. Il concetto di *stakeholder* originariamente ristretto a coloro i quali avevano un interesse diretto nella vita dell'impresa, si è oggi notevolmente ampliato⁹⁵.

Appare evidente che anche per l'impresa farmacia è possibile utilizzare i concetti di sovra-sistemi e di sotto-sistemi rilevanti. La farmacia, difatti, in quanto sistema inserito in un determinato contesto, si trova a svolgere la propria funzione instaurando una serie di relazioni. Le risorse, infatti, che la farmacia utilizza per poter svolgere la sua attività possono essere, in parte, generate internamente; la restante parte deve essere attinta dall'esterno e cioè dai sovra-sistemi presenti nell'ambiente che rilasciano tali risorse⁹⁶.

Dallo studio dell'organizzazione farmacia risulta che suoi interlocutori rilevanti sono:

- Industria farmaceutica
- Comunità Scientifiche e centri di Ricerca
- Aziende distributive
- SSN
- ASL
- Medici e operatori sanitari
- Cittadino-utente

Fra gli interlocutori della farmacia troviamo anche altri portatori d'interesse quali lo Stato, l'Ordine dei Farmacisti, L'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero della Salute e le associazioni di categoria, come sintetizzato nella Figura 1.3.1.

⁹⁵ “Il governo dei rapporti con tutti gli *stakeholder* rappresenta una responsabilità primaria per l'imprenditore, perché influenza direttamente i risultati della gestione aziendale. Individuare gli stakeholder, stabilirne il peso relativo, valutarne gli interessi e orientare la *mission* dell'impresa anche tenendo conto di questi ultimi, sono passaggi di fondamentale importanza nel disegno del progetto strategico da perseguire”. Cfr. Sciarelli, S., *La gestione dell'impresa*, CEDAM, 2011, pp. 32-35.

⁹⁶ Cfr. Golinelli, G. M., *L'approccio sistemico al governo d'impresa*, vol. I, op. cit., pag. 176 e ss.

Figura 1.3.1 — Mappa delle categorie di stakeholder/sovra-sistemi dell'impresa farmacia



Fonte: Nostra elaborazione da *Esperienze d'impresa, serie speciale S/1*, Salerno, 2003.

Nel contesto delle farmacie gli stakeholder primari sono i lavoratori, le industrie farmaceutiche, i fornitori all'ingrosso, i finanziatori di queste imprese, lo Stato nella persona giuridica del SSN; gli stakeholder secondari sono le ASL, i medici, gli altri canali distributivi, le associazioni dei consumatori e tutti coloro i quali possono essere influenzati dall'attività di queste imprese pur senza aver stipulato alcun contratto con loro.

Gli interlocutori chiave della farmacia sono certamente le imprese sia di produzione che di distribuzione, il SSN, i medici e gli operatori sanitari, il cittadino-utente. Un altro stakeholder rilevante per la farmacia è l'ASL, soggetto acquirente/pagante, ma anche competitor sulla distribuzione diretta, regolatore del sistema, cliente di servizi, potenziale partner in politiche di prevenzione della ma-

lattia e cura della salute⁹⁷.

La farmacia rappresenta da sempre un punto di riferimento per il cittadino. Basti pensare che in ogni quartiere, in ogni centro storico, in ogni paese è possibile trovare una croce verde che indica la presenza di questo presidio pubblico, in cui operano professionisti della salute che dispensano farmaci e spesso, oggi, erogano una serie servizi aggiuntivi.

La farmacia è radicata nella vita quotidiana e se ne danno per scontate la sua esistenza e soprattutto la sua “efficienza”. In realtà quella che sembra un’attività molto semplice — lettura della ricetta medica, consegna del medicinale, pagamento dell’eventuale ticket, lettura della tessera sanitaria — ha alle spalle un articolato e complesso impegno organizzativo. Gestire una farmacia è come gestire una qualsiasi organizzazione imprenditoriale al dettaglio che prevede una serie di attività: gestione del magazzino, gestione dei rapporti con i fornitori, gestione del personale, monitoraggio di tutti i tipi di farmaci, assistenza alla vendita, conservazione dei farmaci alle diverse temperature previste, farmacovigilanza, corretto smaltimento dei farmaci scaduti.

Inoltre questa attività è caratterizzata dalla necessità di ottemperare ad una serie di vincoli legislativi. Secondo i dati pubblicati da Federfarma nel 2015 in Italia si stimano circa 18.000 farmacie operative. La densità di farmacie per abitanti in Italia (una ogni 3.340 abitanti) è nettamente maggiore rispetto alla media europea (una ogni 4.335 abitanti) a conferma della grande capillarità della farmacia italiana.

Il panorama delle farmacie in Italia è altamente frammentato e impone delle regole di logistica molto particolari in quanto tutte, sia le farmacie in città che quelle lontane dalle principali vie di comunicazione, hanno diritto — sancito dalla legge — ad avere gli stessi servizi e gli stessi tempi di approvvigionamento⁹⁸.

Le farmacie, data la tipologia dei prodotti venduti e la numerosità delle referenze presenti nel mercato, tendono ad avere in magazzino la minima quantità possibile, stoccando solo quei farmaci maggiormente richiesti dal mercato. Le motivazioni alla base di questa scelta sono essenzialmente due:

- riuscire a mantenere il minimo ingombro all’interno della farmacia;
- ridurre al minimo il rischio di obsolescenza della merce⁹⁹.

Queste esigenze costringono ad un approccio integrato di tipo *just in time* caratterizzato dall’assenza di stock e da approvvigionamenti molto frequenti¹⁰⁰.

I format di farmacia presenti sul mercato che attualmente conosciamo sono

⁹⁷ Cfr. Adinolfi, P., *L’innovazione gestionale nelle organizzazioni sanitarie. Dallo Scientific Health Management alla*

New Health Governance, Bruno Libri, Salerno, 2008, pp.35-51.

⁹⁸ I farmaci devono pervenire presso le farmacie e/o gli ospedali entro le 12 ore successive all’ordine.

⁹⁹ Tali considerazioni sono frutto di studi empirici dell’impresa farmacia.

¹⁰⁰ Cfr. Livello di integrazione di alcuni settori industriali, documento tratto dal sito internet <http://www.ebusiness-watch.org>, consultato il 27 ottobre 2014.

i seguenti:

- i. Farmacia tradizionale.** Questa farmacia è caratterizzata da poco spazio al libero servizio; dall'assenza di offerte promozionali; da una limitata presenza di prodotti nuovi e in generale da un assortimento poco ampio; inoltre in questa farmacia difficilmente si offrono servizi aggiuntivi alla clientela;
- ii. Farmacia innovativa.** E' la farmacia che ha cercato di adeguarsi ai cambiamenti del settore, cercando di offrire molti servizi per completare l'offerta. Quindi è caratterizzata da ampio spazio al self service; presenza di un percorso obbligato come nei supermercati; offerta di servizi aggiuntivi alla clientela con spazi dedicati (esami del sangue e della pressione, elettrocardiogramma); ripartizione in settori (cosmetico, omeopatico, fitoterapico); assortimento molto profondo; attenzione al servizio;
- iii. Farmacia commerciale.** Questa farmacia utilizza le leve del marketing per fidelizzare la clientela e riuscire a competere con i concorrenti attraverso politiche di prezzo. Quindi presenta orari più prolungati; espone con cesti assortiti prodotti scontati; realizza isole promozionali di offerte speciali e iniziative di fidelizzazione; offre ampio spazio ai prodotti pubblicizzati in tv;
- iv. Farmacia storica.** Questa farmacia esiste da più generazioni ed è ubicata nei centri storici; presenta allestimenti ed aree espositive legati alla tradizione della professione farmaceutica.

La distribuzione dei punti vendita sul territorio è regolamentata dalla pianta organica, che stabilisce la densità delle farmacie in base al numero di abitanti e della loro ubicazione¹⁰¹. “La distribuzione sul territorio secondo la pianta organica prevede l'esistenza di una farmacia ogni 5.000 abitanti nei comuni fino a 12.500 abitanti e di una ogni 4.000 per i comuni di maggiori dimensioni; la distanza minima tra le due Farmacie è comunque fissata a 200 metri¹⁰². La farmacia è istituzionalmente unica e ad essa si applica un'identica normativa.

Sotto il profilo amministrativo è, tuttavia, possibile distinguere diverse tipologie di farmacie, come si è tentato di illustrare con la Tabella 1.3.1.

¹⁰¹ Nella proposta di legge Gasparri-Tommasini era previsto anche l'ampliamento della pianta organica. Nel nostro Paese il criterio geo-demografico per l'apertura di una nuova farmacia è definito attraverso la coesistenza di due criteri: il bacino di utenza potenziale minimo e la distanza minima tra una farmacia e l'altra.

¹⁰² Cfr. legge 362/1991. Il sistema della pianta organica che associa, in Italia ed anche in Spagna, due limitazioni (bacino di utenza e distanza minima), è un aspetto che è stato molte volte contestato dalle correnti liberiste del mercato. Esso, difatti, viene interpretato come fortemente limitativo della concorrenza, in quanto genera un inasprimento delle barriere all'accesso. In realtà, come spesso si è cercato di giustificare, anche tale provvedimento mira a mantenere l'equilibrio economico della farmaci stessa, evitando che le farmacie si concentrino tutte nelle zone più popolate e trafficate delle città. Questo può, difatti, avvenire per gli esercizi commerciali dei beni di largo consumo ma non, come abbiamo più volte sottolineato, nel settore farmaceutico.

Tabella 1.3.1 — Le diverse farmacie sotto il profilo amministrativo

Farmacia di diritto	Ordinario	
	Patrimoniale	
Farmacia	Urbana > 5.000 abitanti	
Farmacia	Rurale¹⁰³	Ordinarie > 3.000 abitanti
		Sussidiate
Farmacia	Privata	Uninominale
		In gestione societaria
	Pubblica	
	In cooperativa	
Farmacia Ospedaliera	Interna	
	Esterna	

Fonte: elaborazione personale sulla base di studi del settore.

La pianta organica, invece, è lo strumento tecnico-amministrativo attraverso cui viene stabilita la territorialità delle farmacie.

La pianta organica delle farmacie può essere elaborata secondo il criterio **demografico** o della popolazione che considera il numero di abitanti residenti¹⁰⁴. Con popolazione fino a 12.500 unità non vi deve essere più di una farmacia ogni 5.000 abitanti; tale rapporto è di una farmacia ogni 4.000 abitanti per i comuni con più di 12.500 abitanti.

Poi c'è il criterio **topografico**, detto anche criterio della distanza, derogatorio rispetto al criterio demografico, che tiene conto della distribuzione della popolazione sul territorio. Si può applicare indipendentemente dal numero di abitanti residenti e nei comuni con fino a 12.500 abitanti ma la nuova farmacia deve distare almeno 3 Km dalle esistenti anche se ubicate in comuni diversi.

Infine il criterio **urbanistico**, viene adottato per le città in cui si sono eventualmente verificati mutamenti significativi nella viabilità, dislocazione delle abitazioni e della popolazione senza un contemporaneo aumento del numero di abitanti. Ciò implica lo spostamento di esercizi farmaceutici esistenti, compresi quelli in soprannumero, in zone diverse dal territorio comunale, in modo da soddisfare le nuove esigenze di assistenza farmaceutica.

¹⁰³ “Per farmacie rurali si intendono quelle ubicate in Comuni, frazioni o centri abitati con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti. Si confronti l’art. 1 legge 8 marzo 1968 n. 221 recante “provvidenze a favore dei farmacisti rurali”.

¹⁰⁴ L’art. 2 della legge 362/91 stabilisce che il limite di distanza per l’apertura di nuove farmacie basato sul criterio topografico o della distanza è derogatorio rispetto a quello demografico. 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.

La distribuzione dei punti vendita sul territorio è regolamentata dalla pianta organica che stabilisce la densità delle farmacie in base al numero di abitanti e della loro ubicazione¹⁰⁵. La distanza minima tra due farmacie è fissata in 200 metri. Le farmacie maggiormente presenti sul territorio nazionale possono essere classificate in tre categorie:

- Rurali, di piccola dimensione;
- urbane tradizionali, di media dimensione;
- urbane, di medio-grande dimensione.

Le farmacie, in Italia, possono essere di due tipi: pubbliche, cioè gestite dai comuni, o private.

Per svolgere le proprie attività, la farmacia necessita di tre tipi di licenze:

- i.** nell'area terapeutica è necessaria una concessione sanitaria;
- ii.** nell'area sanitaria — salutare sono necessarie una concessione sanitaria e un'autorizzazione commerciale;
- iii.** nell'area salutare sono richieste autorizzazioni commerciali.

L'Italia presenta delle peculiarità rispetto al contesto europeo, in relazione alla presenza di farmacie comunali oltre che private.

La costituzione di queste aziende speciali, riconoscendo la qualifica di servizio pubblico a questi esercizi, era stata introdotta per venire incontro alle esigenze di un cetto, per la massima parte, non abbiente che necessitava però di avere un'offerta di farmaci¹⁰⁶.

Per quanto riguarda le farmacie pubbliche l'art. 10 della legge 362 del 1991 prevedeva 4 forme di gestione delle farmacie comunali:

- “gestione in economia”;
- “azienda speciale”;
- “consorzi tra comuni”;
- “gestione mista” rappresentata da società di capitali tra il comune e i farmacisti che prestano servizio presso le farmacie di titolarità comunale.

¹⁰⁵ Cfr. Minghetti, P., Marchetti, M., *Legislazione farmaceutica*, Cea 2015.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

1.3.1 Alcuni interlocutori chiave della farmacia: SSN, medici e operatori sanitari, cittadino-utente¹⁰⁷

I rapporti fra SSN e farmacia

Il Servizio Sanitario Nazionale è senza dubbio il principale interlocutore della farmacia. Un rapporto organico tra farmacia e SSN consente a quest'ultimo la possibilità di aumentare le possibilità di incontro con l'utenza, senza dover avviare altre strutture e accendere quindi nuove voci di spesa¹⁰⁸.

Per garantire un corretto rapporto tra farmacia e servizio sanitario nazionale, è opportuno introdurre alcuni spazi collaborativi relativamente ai seguenti ambiti:

i. la possibilità di eseguire **prenotazioni per analisi e visite specialistiche** presso le farmacie, con conseguenti risparmi di tempo e disagi per gli utenti¹⁰⁹;

ii. la **farmacosorveglianza**, l'espansione del mercato di automedicazione aumenta la quota di farmaci privi di ricetta, sui quali viene a mancare il controllo esercitato dal medico e dal SSN. La perdita di contatto con una parte importante del mercato farmaceutico impedisce al servizio pubblico una rilevazione diretta relativamente alle due valenze del farmaco: quella economica e quella sanitaria¹¹⁰;

iii. la **consegna domiciliare dei farmaci**. La riduzione delle giornate di ricovero in ospedale rientra nei piani di risparmio imposti alle aziende sanitarie. Per compensare la riduzione dei tempi di degenza, verranno incrementate forme alternative di assistenza, quali quella domiciliare o in regime di day hospital; tali forme presuppongono la possibilità di consegnare i farmaci o altri ausili al domicilio di pazienti invalidi o non deambulanti;

iv. la **prevenzione e la diagnosi precoce**. L'esigenza di razionalizzare la spesa sanitaria ha dato maggiore rilevanza al ruolo della prevenzione¹¹¹.

I rapporti fra medico e farmacia

Il medico svolge un ruolo rilevante nell'ambito del sistema distributivo del farmaco, in quanto è lui a decidere ed a prescrivere l'utilizzo di alcuni medicinali.

¹⁰⁷ In questo paragrafo si esaminano alcuni degli interlocutori chiave della farmacia. Altri interlocutori rilevanti, industrie farmaceutiche e industrie all'ingrosso, sono già stati esaminati nei precedenti paragrafi del presente capitolo.

¹⁰⁸ Cfr. Maggi, D., *Economia dell'azienda farmacia e del settore farmaceutico*, Egea, Milano, 2013, p.20.

¹⁰⁹ La maggiore affluenza di pubblico non può che risultare un fattore positivo per la farmacia, in quanto aumenta e incentiva gli acquisti d'impulso.

¹¹⁰ Cfr. Baronti, P., *Le nuove opportunità professionali ed operative per le farmacie italiane dopo le riforme della Sanità e della Pubblica Amministrazione*, ASI, volume 8, 2000, pp. 16-18.

¹¹¹ Cfr. Brusoni, M., op. cit., pp. 16-31. Cfr. Brusoni, M. – Maggi, D., op. cit., pp. 17-26.

Ha, inoltre, maggiori competenze e informazioni che lo rendono un importante anello di congiunzione fra paziente e farmacista. La crescita delle rispettive funzioni e responsabilità potrà aumentare le occasioni di dialogo e di incontro tra medico e farmacista. La mancanza di comunicazione fra medico e farmacista può rappresentare un ostacolo anche in futuro allo sviluppo di una fase di collaborazione che mette al centro i benefici per il cittadino¹¹².

Il medico è stato da sempre considerato come “la persona alla quale ci si rivolge nel momento della malattia con la speranza di riceverne guarigione”¹¹³. Oggi ai medici viene richiesto di effettuare scelte che siano efficienti: devono, cioè, soddisfare i bisogni del paziente ma devono anche essere economicamente sostenibili per l'intero sistema sanitario. Vi sono però grandi difficoltà nel perseguire questo obiettivo, tra cui:

- il rapporto tra società e medicina: il medico, come il farmacista, oggi ha perso molto dell'aura di rispetto e “sacralità” che un tempo l'avvolgeva, perché ogni insuccesso non viene attribuito a limite della medicina, bensì ad incapacità del medico.
- la moltiplicazione delle specializzazioni e la frammentazione delle competenze, che è indispensabile per il progresso scientifico, pregiudicano e possono rendere inadeguato l'esercizio del giudizio diagnostico-terapeutico del singolo medico, sia esso di medicina generale o medico specialista.
- il fatto che “scelte condizionate da freddi, anche se razionali, parametri scientifico-economici possono contrastare con valenze etiche e porre il medico di fronte a decisioni contrastanti con la propria coscienza”¹¹⁴.

Per far fronte a questi problemi è necessaria una corretta istruzione e formazione di tali professionisti. La crescita delle sue funzioni e responsabilità potrà aumentare le occasioni di dialogo e di incontro con il farmacista. Si profila, quindi, una nuova figura di medico di base, la cui evoluzione interessa da vicino anche la farmacia dal momento che, tra le varie figure di medico, è proprio quello di famiglia il suo interlocutore più diretto. Secondo la nuova impostazione, la visita al medico di base non avrà soltanto lo scopo di diagnosticare e curare una malattia che ha già manifestato i suoi sintomi¹¹⁵.

Nella prospettiva di una nuova fase di collaborazione non vanno però ignorate alcune incomprensioni registrate in tempi recenti tra le due categorie che, se non adeguatamente risolte, potrebbero rappresentare un ostacolo anche in futuro. La conflittualità fra queste due categorie di professionisti riguardano:

¹¹² Cfr. Maggi, D., *Economia dell'azienda farmacia e del settore farmaceutico*, Egea, Milano, 2013, p. 45.

¹¹³ Cfr. Baronato, P., Rizzato, E., Fauretti, F., “Il medico di medicina generale come partner dell'azienda verso il budget di distretto”, *Mecosan, Management ed economia sanitaria*; gennaio-marzo 2002, edizioni SIPIS, pp. 111-120.

¹¹⁴ Cfr. Brusoni, M., op. cit., pag. 38. Cfr. Brusoni, M. — Maggi, D., op. cit., p. 51.

¹¹⁵ Non meno importante, nell'ottica della prevenzione, sarà l'identificazione per ogni assistito dei fattori di rischio per le singole malattie sulla cui base proporre eventuali indagini preventive e diagnostiche.

1. la distribuzione di farmaci in regime di day hospital¹¹⁶; in taluni casi le associazioni dei farmacisti hanno chiamato in causa responsabilità dirette dei medici, anche solo per atti burocratici e amministrativi;

2. le irregolarità nelle prescrizioni delle ricette difformi alle normative vigenti, che mettono in difficoltà il farmacista;

3. i nuovi servizi offerti in farmacia: “alcune iniziative recentemente lanciate dalle farmacie (come, ad esempio, le autoanalisi) sono state viste dalla classe medica come uno “sconfinamento” dei farmacisti rispetto al ruolo loro assegnato”¹¹⁷;

4. l’automedicazione: vanno infine ricordate alcune prese di posizione di rappresentanti dei medici contrari a un’eccessiva diffusione delle pratiche di automedicazione, viste invece con favore dai farmacisti e dai consumatori. In questo caso i punti di accordo evidenziano come tali iniziative si risolvano in un miglior servizio per i clienti¹¹⁸.

Affinché vi sia un corretto rapporto tra medici e farmacisti è necessario che:

- la distribuzione al pubblico di alcuni medicinali sia riservata al farmacista;
- l’unica deroga ammessa è nell’ambito dell’assistenza prestata in regime di day hospital, dove si prevede che alcuni farmaci di uso ospedaliero possano essere somministrati nell’ambulatorio del medico;
- il farmacista sia sempre tenuto a spedire la ricetta firmata dal medico, a meno che non presenti delle irregolarità;
- il farmacista non dispensi farmaci etici in assenza della ricetta medica;
- il medico non indirizzi il paziente verso una farmacia piuttosto che un’altra.

I rapporti fra gli operatori sanitari e la farmacia

Un ulteriore effetto del nuovo modello di sanità è quello di portare alla ribalta figure sanitarie finora rimaste in seconda linea nell’erogazione delle prestazioni. “La diversificazione delle forme di assistenza (che, accanto a quelle tradizionali, dovranno comprendere anche l’assistenza domiciliare agli anziani e gli interventi di riabilitazione prestati al di fuori degli ospedali) chiama in gioco, al

¹¹⁶ La possibilità di somministrare il farmaco direttamente nell’ambulatorio del medico si è tradotta, talvolta, in una larga e indiscriminata distribuzione di medicinali al di fuori del canale farmacia.

¹¹⁷ Cfr. Longo, N., *La relazione farmacista/paziente*, Re Media Edizioni, Roma, 1996, p. 57.

¹¹⁸ Infatti, “i test eseguiti in farmacia in genere rappresentano per le categorie di pazienti interessate un incentivo - se necessario - a compiere analisi più approfondite presso i centri specializzati. Cfr. Brusoni, M., op. cit., pp. 52-55. Cfr. Brusoni, M., Maggi, D., op. cit., pp. 39-42.

fianco del medico, operatori quali infermieri, terapeuti della riabilitazione, tecnici ortopedici, di laboratorio e logopedisti”¹¹⁹. A favore della futura affermazione professionale di queste figure sembrano poi giocare altri due fattori:

i. il peso maggiore che dovrà essere accordato alla prevenzione e all’educazione sanitaria: tali compiti verranno primariamente (ma non esclusivamente) svolti dal medico, anche se proprio su questo terreno gli operatori non medici della sanità rivendicano un loro specifico spazio di intervento sulla base delle rispettive competenze;

ii. la recente predisposizione, da parte del Ministero della Sanità, di una serie di profili che hanno dato a questi professionisti una migliore definizione dei loro ruoli e competenze, insieme all’indicazione dei rispettivi percorsi formativi.

La mancanza di una tradizione di rapporti diretti con queste figure da parte dei farmacisti non impedisce di ipotizzare doverosi spazi di incontro. In particolare, lo sviluppo dell’attività libero-professionale degli operatori sanitari potrà dare impulso a una forma di collaborazione proprio su questo terreno, secondo modalità già collaudate in esperimenti avviati tra farmacisti e infermieri in alcune realtà e proponibili anche rispetto ad altre figure sanitarie. Nella domanda di prestazioni in regime di libera professione, infatti, la farmacia può costituire il punto di raccolta di informazioni da mettere a disposizione degli utenti; attualmente, chi ha bisogno delle prestazioni di un infermiere o di altri operatori professionali spesso non sa a chi rivolgersi¹²⁰.

I rapporti fra il cittadino-utente e la farmacia

La necessità di riposizionarsi e trovare nuovi spazi all’interno di un mercato (quello farmaceutico) meno garantito che in passato dalla domanda del servizio sanitario è solo uno dei fattori che sollecitano un nuovo rapporto tra i clienti e la farmacia. “Tale processo va invece ricondotto a un fenomeno di portata più vasta: il nuovo status acquisito dal pubblico nell’ambito dei servizi pubblici e di quelli sanitari in particolare”¹²¹. Anche la farmacia, come le altre componenti del “sistema salute”, è infatti costretta a confrontarsi con un nuovo tipo di utenza, proiettata

¹¹⁹ Cfr. Greco, M., “L’evoluzione delle professioni sanitarie non mediche nel processo di riordino del sistema sanitario”, *Mecosan, Management ed economia sanitaria*, Gennaio-Marzo 2002, edizioni SIPIS, pp. 40-47.

¹²⁰ “Sarebbe un servizio apprezzato l’esposizione, nelle farmacie, di un elenco dei professionisti di zona. Tale lista dovrebbe essere accreditata dal Collegio di riferimento per garantire che si tratti di personale che abbia conseguito una regolare formazione, iscritto all’albo e abilitato a svolgere attività libero-professionale”. In conclusione, “è soltanto la collaborazione tra i diversi operatori della sanità che può condurre a un’assistenza completa e vicina ai cittadini”. Cfr. Brusoni, M., op. cit., pp. 55-56. Cfr. Brusoni, M., Maggi, D., op. cit., pp. 42-43.

¹²¹ Cfr. Plebani, M., *Etica e qualità in medicina di laboratorio: dalla ricerca dei modelli all’impegno dei professionisti*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000, pp. 13-16.

a imporre la propria centralità all'interno dei servizi sanitari¹²².

Strutture pubbliche e private, medici e infermieri, farmacisti e industria farmaceutica sono stati investiti in pieno da questa tendenza che impone a ognuno di essi di cercare una nuova legittimazione. In tutti i Paesi ci sono delle tendenze crescenti in termini di “autocura”¹²³. La scelta stessa del termine “autocura” non è casuale, ma supera ed arricchisce il più consueto termine di “automedicazione”, per sottolineare un nuovo approccio olistico al benessere delle persone¹²⁴. I risultati della ricerca hanno consentito di individuare tre modelli fondamentali di comportamenti di **autocura**:

i. un modello **debole**, in cui l'autocura arricchisce, ma non sostituisce, il ricorso al medico¹²⁵;

ii. un modello **intermedio**, in cui la persona integra, in un processo terapeutico elaborato autonomamente, l'intervento ed il sapere di varie autorità terapeutiche;

iii. un modello **forte**, in cui l'autocura si pone come alternativa all'intervento medico.

Nel processo di “democratizzazione” della sanità gioca, inoltre, un ruolo fondamentale un cambiamento che riguarda il modo stesso di agire della medicina, il cui asse strategico tende a spostarsi dall'intervento terapeutico a quello preventivo.

Questo spostamento è determinato essenzialmente da due fattori:

▪ la necessità di ridurre le spese sanitarie, la prevenzione comporta infatti costi minori rispetto ai diversi tipi di cura;

▪ la diffusione delle cosiddette “patologie del benessere”: tumori, obesità, malattie cardiovascolari, sono in larga parte la conseguenza di determinati stili di vita e di alimentazione; un'azione capillare di prevenzione può quindi ridurne in modo rilevante l'incidenza¹²⁶.

¹²² Nell'ultimo decennio si è molto dibattuto sul tema della “qualità”, in Italia e nel mondo, con particolare riferimento ai servizi di cura (terapie, interventi di urgenza, degenza, riabilitazione, ecc.) in senso stretto. Negli anni più recenti anche a motivo della necessaria integrazione tra tutte le diverse entità che partecipano a combinare l'insieme dei servizi sanitari in ogni paese, si sta progressivamente allargando lo sguardo a ricomprendere tutti gli attori di un processo articolato di tutela della salute pubblica e del singolo individuo. Riguardo a tali tematiche la bibliografia è ormai amplissima.

¹²³ L'*autocura* è riferita al processo completo, spesso dinamico, non occasionale, protratto nel tempo, della cura del proprio stato di salute. Inizia dal riconoscimento di un problema o dal desiderio di evitare l'insorgere di un problema temuto e si conclude con gli interventi adottati per risolverlo, senza l'intervento del medico. Un'accezione estesa del termine comprende abitudini igienico-sanitarie, uso di test diagnostici acquistati in farmacia, frequentazione di stazioni termali e di palestre o piscine, ecc; cfr. Vallega, S., *Marketing per la salute*, Etas Libri, 1996, p. 6.

¹²⁴ L'*automedicazione* è destinata alla risoluzione di sintomi patologici che avviene tramite rimedi di vario genere: farmaci non soggetti a prescrizione medica, prodotti a base di erbe, fitoterapici, omeopatici, massoterapia e altri; cfr. Vallega, S., op. cit., p. 7.

¹²⁵ L'individuo, tuttavia, manifesta il desiderio di una maggiore volontà di conoscere, comprendere e partecipare al processo terapeutico.

¹²⁶ Di fatto, mentre l'intervento terapeutico coinvolge quasi esclusivamente la responsabilità dell'operatore, la prevenzione richiede il concorso attivo della persona e il suo impegno a modificare i comportamenti a rischio.

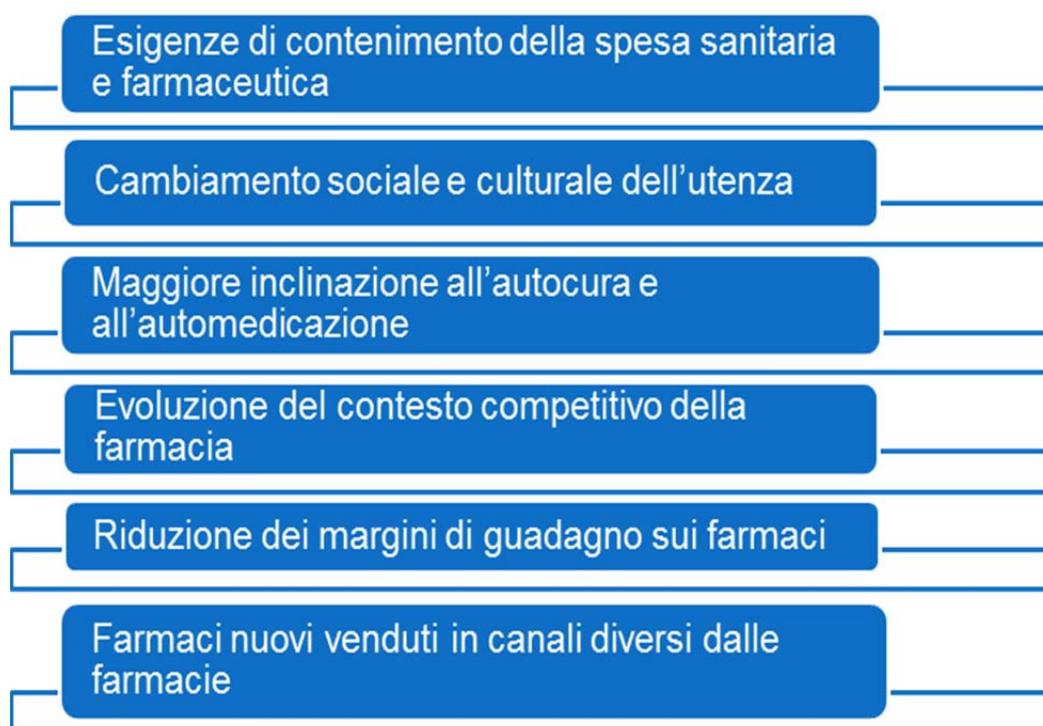
Da tempo si è, pertanto, fatta strada la convinzione che il futuro della farmacia sia necessariamente collegato alla sua ristrutturazione come azienda erogatrice di servizi da mettere a disposizione del pubblico.

1.3.2 Il ruolo della farmacia come azienda di servizio pubblico

L'analisi effettuata nei precedenti paragrafi ha evidenziato gli importanti cambiamenti in atto nel settore farmaceutico. I cambiamenti principali emersi riguardano gli aspetti economici e normativi. L'economia delle farmacie, infatti, continua ad essere condizionata dai tagli alla spesa farmaceutica pubblica e dalla dispensazione di molti farmaci etici esclusivamente presso altri canali, quali ASL e Ospedali. Altri importanti fattori riguardano i cambiamenti sociali e culturali dell'utenza, l'ampliamento degli ambiti concorrenziali e la vendita di nuovi farmaci con brevetti somministrati attraverso il canale Ospedaliero, con una notevole riduzione dei margini di guadagno sui farmaci prescrittibili.

I principali cambiamenti del settore che interessano la farmacia sono sintetizzati nello Schema 1.3.2.1.

Schema 1.3.2.1 – Stato dell'arte del settore farmaceutico



Fonte: elaborazione personale sulla base di studi del settore.

Alla luce di tali fattori è necessario riposizionare la farmacia nel sistema sanitario. La farmacia è un'impresa interessata da un importante rinnovamento nel suo ruolo di "servizio pubblico". Si stanno compiendo importanti passi in avanti su questa strada, come dimostra la crescente implementazione di servizi aggiuntivi erogati dalle farmacie.

Per garantire l'efficiente erogazione del servizio di assistenza farmaceutica occorre:

- rinnovare la convenzione farmaceutica nazionale;
- definire un tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica;
- garantire una remunerazione adeguata per le farmacie.

La convenzione dovrà, tra l'altro, ridefinire il ruolo della farmacia come azienda di servizio pubblico nella distribuzione dei farmaci e dei presidi dell'assistenza integrativa, individuare le modalità di erogazione in regime di SSN dei nuovi servizi, coordinare l'attività delle farmacie con quella dei medici di medicina generale nell'ottica di rafforzare l'assistenza territoriale e ridurre il ricorso alle costose cure ospedaliere.

Il problema del rimborso è una questione centrale per ridefinire il ruolo della farmacia e consentire il trasferimento alla farmacia stessa dei farmaci oggi distribuiti dalle ASL, in modo da consentire al cittadino di trovare comodamente sotto casa i medicinali di cui ha bisogno e al SSN di monitorare i farmaci erogati¹²⁷.

Le farmacie sono per loro natura caratterizzate da facilità di accesso da parte dei cittadini possono garantire la rilevazione costante dei dati sui consumi e sulla spesa di farmaci.

Il rinnovamento della convenzione farmaceutica nazionale, il superamento del tetto di spesa imposto, l'estensione anche alla farmaceutica territoriale le proposte avanzate per la farmaceutica ospedaliera, sono tutti elementi che permetterebbero alla farmacia di dare un contributo efficace al miglioramento del servizio offerto e al livello di tutela della salute garantito alla popolazione.

La normativa sui nuovi servizi in farmacia, di cui si è discusso nel paragrafo 1.3, ha delineato un nuovo modello di farmacia che, oltre al farmaco, assicura ai cittadini una serie di prestazioni aggiuntive

Per consentire l'erogazione di questi servizi in regime di SSN è necessario rinnovare la convenzione farmaceutica nazionale, cioè l'accordo tra farmacie e Regioni/Stato, che regola il funzionamento del servizio farmaceutico. La convenzione deve stabilire le modalità di svolgimento dei servizi. Attualmente tali servizi sono disponibili, infatti, solo presso alcune farmacie sul territorio¹²⁸.

La farmacia si è trasformata negli ultimi anni, quindi, da "azienda di produzione" in "azienda di servizi". Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, la farmacia è un presidio socio-sanitario al servizio dei cittadini e costituisce uno dei centri di assistenza di base, con riferimento al *pharmaceutical care*. Il cittadino all'interno della farmacia si assicura un servizio di consulenza ed informazione: il farmacista, infatti, è in grado di rispondere alla domanda di salute e di benessere dell'utente, dando consigli sia nel campo delle patologie minori e della prevenzione, sia nell'individuazione di casi gravi che richiedono un controllo medico. La farmacia è il luogo in cui quotidianamente si assiste anche all'educazione sanitaria, dove il cittadino può avere maggiori delucidazioni.

La farmacia rappresenta, pertanto, un'azienda che svolge essenzialmente un ruolo di servizio pubblico con una forte componente di orientamento al servi-

¹²⁷ Dati Federfarma 2015.

¹²⁸ Dati Federfarma 2015.

zio. L'attenzione posta tradizionalmente nei confronti dell'utenza permette innanzitutto di attuare fino in fondo la missione dell'azienda nonché di sentirsi parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale¹²⁹. Azienda di servizio pubblico significa intendere la farmacia come naturale luogo di incontro tra domanda e offerta di salute e non solo come l'anello terminale della catena di distribuzione di beni prodotti da altri.

Come componente del sistema sanitario la farmacia deve essere innanzitutto un'azienda erogatrice di servizi da mettere a disposizione del pubblico. Pur erogando prevalentemente un servizio di tipo sanitario, la farmacia è comunque anche un esercizio commerciale di distribuzione al dettaglio. Spostando l'asse della redditività è possibile, oggi, coglierne pertanto l'approccio manageriale più evoluto e integrare la gestione con elementi di management e di marketing dei servizi. Se da un lato è cresciuta l'importanza che le discipline economico-manageriali assumono nella gestione di questa impresa, d'altro lato non è possibile trasferire *tout court* le logiche di marketing dalle altre imprese commerciali alla farmacia. La farmacia, infatti, è innanzitutto un'azienda di servizio pubblico e come tale vanno tenuti in considerazione i fattori di complessità che caratterizzano questa tipologia di aziende. Bisogna pertanto considerare i diversi criteri di valutazione della qualità adottati dall'utenza, i problemi di comunicazione tipici degli elementi intangibili come il servizio, la partecipazione del cliente alla produzione del servizio stesso.

I cambiamenti del contesto normativo, economico e sociale evidenziano la necessità di collegare agli aspetti classici della professione una prospettiva economico-manageriale di gestione della farmacia, in modo tale da riuscire a coniugare esigenze di salute dell'utenza ed esigenze imprenditoriali.

¹²⁹ Cfr. www.salute.gov.it, consultato il 20 novembre 2015.

1.4 Lo stato dell'arte del settore farmaceutico all'estero

In ogni nazione il settore farmaceutico rappresenta un mercato strategico per il sistema sanitario e per l'intera economia del Paese. L'importanza per la sanità pubblica risiede nella possibilità di mettere a disposizione della collettività prodotti che tutelano la salute della popolazione; l'importanza per l'economia risiede nel fatto che l'industria farmaceutica è un settore strategico per gli elevati investimenti in R&S, la promozione di innovazione tecnologica e l'occupazione specializzata che crea¹³⁰.

Le imprese farmaceutiche adattano le proprie strategie ai contesti regolatori locali ma questi ultimi devono tener conto anche del contesto internazionale, in quanto la maggior parte dei prodotti realizzati viene commercializzata in mercati differenti da quello di origine. Date le sue caratteristiche il settore farmaceutico è stato sempre oggetto di regolamentazione pubblica in ogni paese. I motivi sono essenzialmente due. In primo luogo lo Stato deve intervenire per garantire l'immissione sul mercato prodotti sicuri ed efficaci, che viene perseguita attraverso organismi pubblici di certificazione. In secondo luogo volendo garantire, attraverso il sistema dei brevetti, una protezione dell'innovazione - dovuta agli alti costi di ricerca e alla bassa probabilità di successo che una molecola superi le prove di sicurezza e di efficacia — lo Stato spesso deve intervenire per regolare gli effetti potenzialmente negativi del potere monopolistico di cui gode l'impresa titolare del brevetto, per esempio attraverso una regolazione dei prezzi (Adams e Brantner, 2010).

La quasi totalità dei Paesi dell'UE prevede una regolazione più o meno marcata del settore farmaceutico. Come già accennato le dinamiche classiche del mercato non trovano piena applicazione in questo settore e giustificano un intervento di regolazione statale. La struttura del servizio farmaceutico nei Paesi europei viene solitamente esaminata sulla base di tre parametri: monopolio della professione, integrazione verticale e orizzontale, limitazioni all'apertura di farmacie¹³¹.

Il monopolio della professione riguarda la dispensazione dei farmaci soggetti a prescrizione quasi in tutta Europa; in molti Paesi il monopolio riguarda anche quella dei farmaci da automedicazione. Quest'ultimo aspetto ha spesso sollevato critiche, visto che si tratta di farmaci che non richiedono una prescrizione e per i quali l'asimmetria informativa risulti oramai significativamente ridotta. Attualmente la vendita dei farmaci da automedicazione è riservata alle farmacie - nel 60% dei Paesi UE — e in alcuni casi alle parafarmacie (come avviene in Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Romania, Slovacchia, Spagna e Svezia)¹³².

La domanda di farmaci è elevata in Paesi come gli Stati Uniti e tende a crescere in Cina e nei Paesi emergenti; invece in alcuni stati dell'UE — come Francia e Spagna — a causa di politiche economiche dirette a limitare e controllare la crescita della domanda di farmaci, è in atto una contrazione della spesa far-

¹³⁰ Cfr. Maggi, D., *Economia dell'azienda sanitaria e del settore farmaceutico*, Egea, 2013, p. 201.

¹³¹ Cfr. Brusoni, M., Mallarani, E., *La nuova impresa farmacia*, Egea, 2013, p. 4.

¹³² Cfr. Mallarani, E., op. cit., p. 5.

maceutica pro capite. L'attuazione di riforme sanitarie è in aumento rispetto alla domanda per i farmaci e oltre l'80% della crescita deriverà tendenzialmente dai farmaci equivalenti, cioè non di marca. Gran parte di questa crescita è data anche da farmaci che hanno nuove opzioni di trattamento per i pazienti, tra cui cure e complicazioni o ricoveri ospedalieri spesso ridotti, o farmaci disponibili in forma orale, il che riduce i costi associati¹³³.

Le dinamiche derivanti dai cambiamenti del ruolo dei farmaci nei sistemi sanitari e il livello associato di spesa differiscono in modo significativo nel tempo e per i diversi Paesi.

Nei maggiori mercati europei, invece, gli sforzi attuati per limitare la crescita della spesa sanitaria, e in particolare quella per i farmaci, hanno portato a riduzioni di spesa o ad una bassa crescita. In nessun Paese europeo la vendita di medicinali senza ricetta medica è effettuata in esercizi dotati di farmacista. Nei Paesi che hanno liberalizzato la vendita di questo tipo di medicinali, i farmaci da banco sono direttamente accessibili ai cittadini in esercizi commerciali. In nessun Paese dell'UE è consentita la vendita di medicinali con ricetta al di fuori della farmacia¹³⁴.

Nell'ambito dei Paesi aderenti all'UE esistono diverse politiche di intervento nel settore farmaceutico e di regolazione dei prezzi dei medicinali. Gli obiettivi perseguiti con tali politiche sono, però, uguali: garantire la sicurezza, la qualità e l'efficacia del prodotto; controllare la spesa farmaceutica pubblica; promuovere ed incentivare l'industria farmaceutica nazionale.

I diversi meccanismi di regolazione adottati sono così sintetizzabili:

- definizione di criteri per l'ammissione di ogni singolo farmaco nelle fasce per cui è previsto il rimborso del prezzo e la conseguente determinazione di farmaci rimborsabili e/o farmaci a carico del consumatore finale;
- fissazione del prezzo di vendita al pubblico (meccanismo di prezzi amministrati);
- determinazione dei livelli di rimborso per classe di specialità (meccanismo del prezzo di riferimento);
- imposizione di vincoli al profitto delle imprese farmaceutiche;
- fissazione dei margini di profitto ai grossisti e farmacisti;
- regolamentazione dei canali distributivi.

In Germania il mercato dei farmaci è regolato a livello centrale da una legge che sancisce le modalità di distribuzione e i prezzi dei farmaci. La regolamentazione dei prezzi delle specialità medicinali e dei criteri per l'esclusione dal rimborso è stata introdotta negli anni Ottanta del secolo scorso.

Il sistema di assistenza sanitaria tedesco non è gestito da un unico organismo centrale, ma da una pluralità di Casse di Mutua Assicurazione. Il rimborso dei costi dei farmaci è a carico di tali Casse ed è disciplinato dalla Commissione federale dei medici e delle Assicurazioni sulla base di norme dettate dalla legge sui rimedi farmacologici. In Germania non esiste una lista di farmaci rimborsabili

¹³³ Dati IMS Health Italia 2015.

¹³⁴ Dati FEDERFARMA 2015.

ma esistono due tipi di liste negative per farmaci non rimborsabili.

La prima entrata in vigore nel 1983 esclude la categoria di farmaci per lievi disturbi di salute.

Sono comunque ammessi al rimborso di tali farmaci gli assicurati che non hanno compiuto il diciottesimo anno di età. La seconda lista negativa specifica ulteriormente i tre criteri di esclusione al rimborso in base ai quali si deve pronunciare la Commissione:

- antieconomicità (combinazioni non ragionevoli di elementi nei farmaci);
- presenza di più di tre sostanze attive;
- attendibilità della efficacia del rimedio.

Tali medicinali identificano i prodotti che non beneficiano di rimborso. Per tutte le altre specialità, ossia quelle rimborsabili, è previsto un limite massimo di rimborso. Oltre tale limite il cittadino-utente deve pagare il medicinale in parte¹³⁵.

Sino al 1989 i prezzi dei farmaci erano rimborsati integralmente pur essendo lasciati alla libera determinazione delle imprese¹³⁶. Tale riforma è stata quello di introdurre di fatto un meccanismo di regolazione del settore farmaceutico basato sui prezzi di riferimento. Alle Casse di Mutua Assicurazione, infatti, è stato affidato il compito di fissare prezzi di riferimento per gruppi di specialità analoghe.

Una volta definiti i gruppi di specialità, le Casse di Mutua Assicurazione quantificano autonomamente la quota di rimborso in rapporto ai prezzi sul mercato e dei relativi farmaci generici. Il prezzo di riferimento così definito costituisce il limite massimo di rimborso riconosciuto dall'autorità pubblica. Le imprese restano libere di fissare autonomamente il prezzo di vendita dei loro prodotti, ma la differenza tra questo e il prezzo di riferimento per quel tipo di specialità risulta a carico dell'assicurato. L'ordinanza sul prezzo dei farmaci ha introdotto, oltre al meccanismo del prezzo di riferimento, l'obbligo che tutti i farmaci soggetti a prescrizione medica (le specialità etiche) e quelli che devono essere venduti solo nelle farmacie, gli OTC, devono avere prezzi alla vendita identici su tutto il territorio federale.

In Germania i margini di guadagno per grossisti e farmacisti sono fissati nel seguente modo:

- il margine del grossista individuando quindici fasce di prezzo, facendo riferimento al prezzo di acquisto al produttore, a cui applicare percentuali di ricarico;
- il margine per il farmacista, individuando tredici fasce di prezzo cui si aggiungono margini regressivi.

Esistono possibilità di sconto fra grossisti e farmacisti e fra questi e l'industria farmaceutica.

A seguito dell'introduzione del meccanismo del prezzo di riferimento è stato imposto a carico dei medici l'obbligo ad informare il paziente

¹³⁵ Questo deriva dal principio base su cui poggia l'intero modello di welfare tedesco, che è quello della "sussidiarietà": vale a dire che il cittadino deve essere in grado di assumere un ruolo attivo per soddisfare i propri bisogni e lo Stato agisce in via sussidiaria.

¹³⁶ Cfr. *Indagine conoscitiva del settore farmaceutico*, documento internet tratto dal sito www.agcm.it, consultato il 20 novembre 2015.

dell'intenzione di prescrivere un farmaco non totalmente rimborsato in quanto superiore al limite fissato dalle Casse di Mutua Assicurazione. Sempre in applicazione della nuova normativa vigente, le Casse e i farmacisti hanno l'obbligo di effettuare dei controlli sulla classe medica: il medico, infatti, ha l'obbligo di indicare sulla prescrizione, a parità di efficacia terapeutica, il farmaco "di marca" prescritto può essere sostituito con un farmaco generico. Gli effetti complessivi connessi all'introduzione del nuovo sistema di rimborso possono essere valutati positivamente. Infatti, si è assistito ad una sostanziale diminuzione del consumo pro-capite di medicinali, del livello medio dei prezzi e, conseguentemente, della spesa farmaceutica totale.

In Francia le politiche di regolazione del settore farmaceutico si basano sull'ammissione o meno al rimborso (sempre inserimento nella lista positiva) e sulla successiva fissazione del prezzo di commercializzazione delle specialità rimborsabili. I farmaci assoggettati al rimborso integrale risultano essere mediamente il 57% dei farmaci rimborsabili. Di libera vendita sono quei farmaci prodotti dalle industrie farmaceutiche come integratori vitaminici o rimedi per la prevenzione. La vigilanza sull'operato dei medici viene esercitata tre distinti strumenti:

- esame dello scostamento dei comportamenti prescrittivi di ciascun medico rispetto ai costi medi relativi alla categoria di specialisti alla quale il medico appartiene;
- analisi campionaria delle prescrizioni, effettuata con cadenza trimestrale e su un campione pari al 2% del totale dei medici convenzionati;
- negoziazioni tra le associazioni delle assicurazioni e le associazioni dei medici a livello di singola regione, sui volumi di prescrizione specifici per ogni singola specialità medicinale¹³⁷.

Il criterio che giustifica la rimborsabilità di un farmaco è l'interesse terapeutico il quale porta a suddividere i farmaci in specialità rimborsabili dal sistema sanitario (Securité Sociale) e specialità non rimborsabili. Le prime vengono ulteriormente distinte in tre sottocategorie in funzione del tasso di rimborso. In aggiunta alla distinzione tra farmaci inseriti nella lista positiva e quelli esclusi un'altra importante separazione è tra i prodotti etici e tutti gli altri, detti "medicazione familiare". I primi (i prodotti éthiques) sono quelli vendibili dietro prescrizione medica (ne esistono sia rimborsabili che non rimborsabili); i secondi (médication familiale) non necessitano di prescrizione e sono sempre a carico del paziente (tra essi ci sono sia quelli per i quali è lecito promuovere forme pubblicitarie, sia quelli per i quali ciò non è lecito).

I prodotti rimborsabili e quelli non rimborsabili si distinguono inoltre per la diversa politica di controllo dei prezzi. Infatti, il prezzo dei prodotti medicinali non rimborsabili è libero, nel senso che è fissato a discrezione di ogni singola farmacia o punto vendita al dettaglio.

Per tutti i farmaci rimborsabili il prezzo alla vendita è, al contrario, determinato dall'autorità amministrativa ed è uguale su tutto il territorio nazionale.

¹³⁷ Cfr. *Indagine conoscitiva del settore farmaceutico*, documento internet tratto dal sito <http://www.agcm.it>.

In Francia i margini per i medicinali rimborsabili per grossisti e farmacisti sono fissati in questo modo:

- per i grossisti il margine fisso di utile è fissato nella misura del 10,74% sul prezzo di vendita al farmacista, ovvero del 9,7% sul prezzo di vendita al pubblico. Il legislatore francese ha inoltre limitato al 2,5% del prezzo della specialità, lo sconto massimo praticabile dai distributori al farmacista e ha introdotto, a partire dal 1992, l'obbligo di versare un contributo straordinario alla Sécurité Sociale;
- per il farmacista è invece determinato in base al metodo del margine degressivo, che individua sei fasce di prezzo alle quali applica ricarichi percentuali decrescenti¹³⁸.

I medici francesi devono predisporre e mantenere aggiornato un dossier per i loro pazienti con età superiore ai 70 anni. Tali dossier hanno l'obiettivo di diffondere in modo capillare metodologie di prescrizione e somministrazione di farmaci aggiornate e a costi minimi. Non sono tuttavia previste sanzioni per comportamenti ritenuti devianti rispetto alle good medical practises.

Nel Regno Unito il meccanismo di regolazione del settore farmaceutico adottato si differenzia da quello degli altri Paesi della Comunità Europea, sia per la classificazione dei farmaci, sia per il controllo dei prezzi.

Per quanto concerne la classificazione dei farmaci non esistono liste positive di prodotti rimborsati (totalmente o parzialmente).

I farmaci sono infatti a carico del National Health Service o del consumatore in relazione al fatto che siano prescritti o meno dal medico.

Sulla base della necessità o meno della prescrizione i medicinali vengono distinti in due categorie:

- Prescription only medicines (PMO), vale a dire i farmaci etici che possono essere dispensati esclusivamente dalle farmacie dietro presentazione di prescrizione medica;
- Non-prescription, ossia farmaci OTC che possono essere acquistati anche al di fuori delle farmacie (i cosiddetti General Sale List Medicines) e l'insieme di medicinali detti Pharmacy medicines che per legge possono essere acquistati esclusivamente nelle farmacie ma senza obbligo di prescrizione medica.

Limitatamente ai farmaci con prescrizione obbligatoria (PMO) l'autorità pubblica regola indirettamente il prezzo di vendita negoziando con ciascuna impresa farmaceutica il margine di profitto massimo da questa conseguibile.

Il meccanismo di determinazione dei prezzi non ha fondamento legislativo, nel senso che scaturisce da un accordo tra il Department of Health (DH) e la Association of British Pharmaceutical Industries (ABPI). Con cadenza annuale i predetti organismi negoziano un determinato intervallo di redditività sul capitale investito e, nell'ambito dell'intervallo di redditività così definito, il DH negozia singolarmente con ciascuna azienda uno specifico livello di redditività.

¹³⁸ Cfr. *Indagine conoscitiva del settore farmaceutico*, op. cit.

L'azienda è pertanto libera di fissare discrezionalmente il prezzo di vendita dei prodotti¹³⁹.

La politica di prezzi adottata permette, infatti, all'impresa di decidere autonomamente le proprie strategie commerciali con un'interferenza minima da parte delle autorità amministrative. La contrattazione viene realizzata sulla base dei seguenti parametri:

- dimensione degli investimenti effettuati dall'azienda sul territorio nazionale;
- valore aggiunto all'economia nazionale;
- livello di profitto conseguito negli ultimi anni.

Tali parametri dimostrano che il valore della redditività è funzione sia del contributo dell'azienda all'economia nazionale, sia dei rischi imprenditoriali assunti¹⁴⁰.

Il meccanismo di controllo del margine di profitto (PPRS) non si applica agli OTC e ai prodotti inseriti nella lista nera dei prodotti non rimborsabili dal National Health Service.

Attualmente per tali farmaci è prevista solo la fissazione dei produttori di un prezzo minimo al dettaglio; i farmaci sono la sola categoria di prodotti a prezzo fisso nel Regno Unito.

Per quanto riguarda i margini di guadagno, nel Regno Unito non è fissato per legge ma deriva dalla differenza tra il prezzo imposto e gli sconti ottenuti dai produttori o grossisti.

Al fine di tener conto di tali sconti e quindi per evitare di corrispondere un ammontare superiore al costo realmente sostenuto dal farmacista, il Servizio Sanitario Nazionale rimborsa, per i farmaci forniti gratuitamente agli assistiti, un importo corrispondente al prezzo di rimborso al netto di una percentuale pari allo sconto medio percepito durante l'anno precedente dalle diverse classi di farmacie suddivise in termini di fatturato. Questo meccanismo rappresenta un valido strumento di contenimento della spesa pubblica: i farmacisti, infatti, sono incentivati a negoziare sconti superiori a quelli ottenuti l'anno precedente per motivi finanziari, ma sulla base di questi maggiori sconti anche la decurtazione sul prezzo di rimborso dell'anno successivo sarà maggiore. Il mercato farmaceutico inglese è caratterizzato dalla presenza di medicinali efficaci e a costi sensibilmente contenuti, da un consumo razionale e da un'industria innovativa e fortemente orientata alle esportazioni.

Al raggiungimento dei predetti risultati ha concorso anche l'istituzione della nuova figura dei medici generici gestori di un budget (General Practitioner fund-holder). Con tale denominazione si intendono medici di base che decidono volontariamente di amministrare un budget per la spesa sanitaria.

L'assunzione di una responsabilità diretta dei medici generici nella gestione dei fondi del Servizio Sanitario Nazionale ha portato ovviamente ad una maggior razionalità nella prescrizione delle specialità farmaceutiche. Il rischio che

¹³⁹ Il meccanismo di determinazione del prezzo è coerente con la tradizione britannica di un intervento pubblico caratterizzato dalla ricerca del consenso, piuttosto che da meccanismi impositivi.

¹⁴⁰ Cfr. *Indagine conoscitiva del settore farmaceutico*, op. cit.

frena una simile deregulation è dovuto al fatto che nel Regno Unito, rispetto all'Italia dove la proprietà multipla è possibile solo dal 2015, è ammessa già da molti anni la proprietà multipla e quindi esistono grandi e competitive catene farmaceutiche. Ne conseguirebbe che le farmacie, soprattutto quelle di limitata dimensione non sarebbero in grado di fronteggiare la concorrenza delle grandi catene in grado di acquistare a condizioni più vantaggiose dalle imprese e quindi a praticare prezzi di vendita al pubblico più competitivi.

1.4.1 La farmacia nei più importanti Paesi dell'Unione Europea

Il processo di commercializzazione dei prodotti farmaceutici coinvolge in tutta Europa principalmente questi due attori: grossisti e farmacisti.

Il bene farmaco deve essere garantito su tutto il territorio e deve essere mantenuto in ottime condizioni. Per queste ragioni grossisti e farmacisti sono soggetti in tutti i Paesi UE ad una specifica normativa, relativa alle qualifiche per l'esercizio dell'attività, allo stock minimo di magazzino, ai tempi di consegna e alla monoproprietà.

In taluni Paesi europei sono presenti anche ulteriori attori nella distribuzione: catene di punti vendita al dettaglio, i medici autorizzati alla distribuzione dei medicinali, importatori paralleli, operatori che acquistano medicinali in altri Paesi rivendendoli poi a prezzi più elevati nel proprio mercato¹⁴¹.

Per la figura del farmacista sono richiesti in tutta Europa specifici requisiti formativi: laurea in farmacia e un periodo di tirocinio da svolgere durante il percorso di laurea. In aggiunta al titolo di studio si richiede, per svolgere l'attività di farmacista, anche l'iscrizione all'albo professionale successiva a un esame di abilitazione e, a volte, formazione continua e aggiornamento. Il monopolio della professione copre in tutta Europa la dispensazione dei farmaci soggetti a prescrizione e in molti Paesi anche quella dei farmaci da automedicazione. Attualmente la vendita dei farmaci da automedicazione è riservata alle farmacie nel 60% dei Paesi UE, e in alcuni casi alle parafarmacie (sono i casi di Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Romania, Slovacchia, Spagna e Svezia)¹⁴².

Inoltre mentre in Belgio, Irlanda e Olanda non esiste una riserva della titolarità, in Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Lettonia, Lussemburgo e Slovenia il capitale delle farmacie è riservato in esclusiva ai farmacisti.

Le limitazioni al numero delle farmacie che è possibile possedere impediscono l'integrazione orizzontale, cioè il formarsi di catene di farmacie, quantomeno al di là di un ambito strettamente locale. Nei Paesi in cui più si è voluto liberalizzare il settore farmaceutico non esiste alcuna limitazione, come il caso dell'Irlanda; oppure esistono poche limitazioni, come è il caso della Gran Bretagna. L'integrazione orizzontale è consentita nella maggioranza dei Paesi membri, principalmente nella forma della partnership tra farmacie. L'integrazione verticale, invece, generalmente non è ammessa¹⁴³.

Al fine di garantire in tutte le aree un adeguato accesso alle farmacie, in molti Paesi dell'Unione Europea si prevedono criteri geo-demografici per l'apertura di una farmacia. In Spagna coesistono i due criteri; mentre Belgio, Francia e Lussemburgo si sono limitati al solo criterio demografico.

Oltre alle norme che regolano l'apertura di una farmacia vi sono altre che ne regolamentano l'operatività. A questa categoria appartengono le richieste di particolari caratteristiche dei punti vendita, soprattutto le dimensioni, le limitazio-

¹⁴¹Cfr. *Indagine conoscitiva del settore farmaceutico*, op. cit.

¹⁴² Cfr. Brusoni, M., Mallarani, E., *ibidem*, pp. 5-6.

¹⁴³ Cfr. Brusoni, M., Mallarani, E., *ibidem*, p.6.

ni sulle insegne, gli sconti e le promozioni, il rispetto di determinati requisiti per le scaffalature o l'immagazzinamento.

La situazione è per questo aspetto variegata, ma il requisito più spesso richiesto è la dimensione dell'esercizio, che è regolamentata in 17 Paesi, compresi Francia, Germania e Gran Bretagna. Sono invece 14 i Paesi che hanno regolato l'aspetto esterno, con particolare riferimento a insegne e materiale pubblicitario. Nell'Unione Europea per il farmaco soggetto a prescrizione prevale il servizio sanitario pubblico.

In pochi Paesi si dispone esplicitamente che non si possa aprire una farmacia senza stipulare un contratto con il Servizio Sanitario Nazionale o aderire a una convenzione; mentre negli altri è ammesso che una farmacia possa operare anche in assenza di un rapporto strutturato con il SSN.

Soltanto in cinque Paesi non viene regolato il margine alla farmacia, negli altri viene regolato in diverse forme; le principali sono la percentuale sul prezzo di vendita e il compenso fisso per l'atto della vendita. Inoltre è molto diffusa la regolamentazione dei prezzi¹⁴⁴.

La **Germania** è uno dei Paesi europei, insieme al Regno Unito, ad avere un orientamento meno rigido in relazione alla normativa che regola l'ingresso nel mercato della **distribuzione intermedia**. Chi vuole distribuire i farmaci deve avvisare l'autorità competente, precisando il tipo di operazioni che si intendono svolgere e la tipologia di impianti di cui è dotata l'impresa.

Inoltre relativamente al personale è necessaria la presenza di una persona responsabile delle operazioni e di addetti con opportune conoscenze tecniche; non è invece richiesta la presenza di farmacisti dato che la distribuzione intermedia non può operare nella fase di produzione e controllo della qualità dei medicinali; per lo stoccaggio e la conservazione è richiesta l'osservanza di adeguate modalità onde evitare alterazioni delle specialità medicinali; per il trasporto sono previste delle condizioni per evitare che si possano verificare danni ai prodotti e che persone non autorizzate ne vengano in possesso.

Per quanto concerne la **distribuzione finale** ci sono regole maggiormente stringenti. Per la titolarità delle farmacie occorre seguire le seguenti disposizioni:

- il farmacista deve essere proprietario della farmacia che gestisce direttamente;
- il titolare non può possedere contemporaneamente più di una farmacia;
- ai distributori non è concesso di possedere farmacie territoriali.

L'effetto di tali norme è quello di imporre la "monoproprietà" e quindi di impedire la nascita di catene di farmacie. La frammentazione della proprietà costituisce un freno alla concentrazione in gruppi del sistema di distribuzione farmaceutica al dettaglio al fine di tutelare la concorrenza sul mercato.

In **Francia** l'attività di **distribuzione intermedia** di medicinali è sottoposta, invece, ad una rigida regolamentazione che impone una serie di vincoli. Per il personale è, infatti, obbligatoria la presenza di un farmacista nella direzione e nella struttura operativa in numero proporzionale al totale dei lavoratori impiegati;

¹⁴⁴ Sulla regolamentazione dei prezzi si è discusso al paragrafo 4.

inoltre l'apertura di una nuova impresa distributiva è subordinata alla presentazione di una documentazione al Ministero della Sanità. Poi i distributori devono avere delle giacenze minime di specialità medicinali corrispondente al consumo medio mensile delle farmacie servite; il farmaco richiesto non può essere sostituito con un altro equivalente; la consegna alle farmacie va effettuata entro ventiquattro ore dall'ordinazione. Il rifornimento di ogni farmacia deve essere garantito da almeno due grossisti.

Con riferimento alla **distribuzione finale** esiste il monopolio esclusivo delle farmacie su tutti i prodotti del settore farmaceutico. I vincoli imposti al distributore finale sono:

- richiesta di un'autorizzazione alla distribuzione finale al Ministero della Sanità;
- indivisibilità fra proprietà e gestione;
- divieto per il farmacista di essere proprietario di più di una farmacia;
- obbligo del farmacista di essere coadiuvato da un numero di farmacisti aggiunti in funzione del fatturato complessivo derivante dalla vendita sia delle specialità medicinali che degli altri prodotti.

Il principio della professionalità dei soggetti coinvolti nella catena di commercializzazione assimila il sistema distributivo francese a quello prevalente nei Paesi europei (fatta eccezione per il Regno Unito di seguito esaminato). I farmacisti francesi hanno meno vincoli, invece, rispetto al resto d'Europa nella fissazione del prezzo finale delle specialità non rimborsabili.

Nel **Regno Unito** i **distributori intermedi** sono soggetti a due fonti normative:

- il *Medicines Act* del 1968 che stabilisce l'obbligo per il distributore di ottenere un'autorizzazione alla vendita all'ingrosso rilasciata da un'agenzia governativa (*Medicines Inspectorate*), da rinnovare ogni cinque anni¹⁴⁵;
- il *Code of Practice* del 1989 che è un codice di autoregolamentazione al quale tutti i distributori devono uniformarsi. Tale codice regola le modalità di immagazzinamento, di registrazione della merce in entrata ed in uscita e di trasporto, la professionalità richiesta al personale ed i tempi di consegna.

Con riferimento alla **distribuzione finale** due sono le caratteristiche distintive del sistema di commercializzazione inglese rispetto al resto d'Europa:

- sia le persone fisiche che le persone giuridiche possono essere proprietarie di una o più farmacie senza alcun limite all'apertura di nuovi punti vendita;
- il monopolio di vendita è limitato ai soli farmaci etici (*Prescribing Only Medicines*) e su un limitato gruppo di medicinali vendibili senza prescrizione denominati *Pharmacy Medicines*.

Per tutti gli altri prodotti farmaceutici, in particolare gli OTC, la vendita è realizzata anche nei *drugstores*, nei supermercati, nei negozi di alimentari e nei tabaccai.

Il sistema distributivo nel Regno Unito è fondato sulla presenza di grandi

¹⁴⁵ Cfr. <http://www.agcm.it>, op. cit.

catene di farmacie in grado di far fronte alla concorrenza tra i vari punti vendita per il mercato degli OTC. Questi ultimi sono infatti commercializzati anche attraverso canali distributivi diversi dalle farmacie ed hanno prezzo libero, salvo per l'esistenza di un livello minimo definito.

Nel complesso, il sistema di distribuzione inglese può essere considerato un modello misto tra un sistema di libero mercato, come quello statunitense, ed uno controllato, come quello prevalente nella maggior parte dei Paesi europei, quali Italia, Francia e Germania.

Una disposizione come quella vigente in Francia, dove i distributori sono tenuti a tenere in magazzino un quantitativo di specialità equivalente in valore al consumo mensile delle farmacie da essi rifornite, non impone obblighi di detenzione di farmaci specifici, per cui è il mercato che selezionerà liberamente i prodotti migliori in base al rapporto efficacia terapeutica-prezzo.

Un altro aspetto del sistema francese che favorisce una maggior concorrenza è la possibilità per i farmacisti di fissare il prezzo di vendita dei medicinali. La previsione di un prezzo unico, per i farmaci non soggetti a rimborso, su tutto il territorio nazionale, infatti, appare impedire il trasferimento ai consumatori dei benefici derivanti dalla concorrenza tra distributori. Infatti, il sistema che prevede prezzi fissi e margini stabiliti, da un lato, disincentiva i farmacisti a ricercare condizioni di approvvigionamento migliori e a selezionare i fornitori che effettuano le offerte più convenienti; dall'altro queste si traducono in più elevati margini per loro rispetto a quelli prefissati, senza che il consumatore possa avvantaggiarsene in termini di prezzo finale.

Il codice fissa, ad esempio, l'obbligo per i grossisti a garantire almeno due consegne giornaliere nei giorni feriali e la disponibilità ad effettuare consegne di emergenza in ogni momento. L'unico limite rilevante è quello relativo al numero di convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale per la dispensazione di farmaci etici. Attualmente circa il 99% delle farmacie è convenzionato. Per i farmaci in fascia C, per i quali non è previsto un sistema di margini prefissati, sono applicati quelli stabiliti per i farmaci rimborsabili¹⁴⁶.

Nel settore farmaceutico la liberalizzazione dei prezzi al pubblico consentirebbe di instaurare il meccanismo di selezione dei fornitori da parte dei distributori e di trasferimento dei benefici derivanti da condizioni di approvvigionamento migliori agli utenti finali. L'aumento della concorrenza nella vendita all'ingrosso e al dettaglio di medicinali non diminuisce il principio generale di tutela della salute del cittadino¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Cfr. *Indagine conoscitiva del settore farmaceutico*, op. cit.

¹⁴⁷ Cfr. *Indagine conoscitiva della concorrenza e del mercato*, op.cit.

Capitolo II

La farmacia nella ricerca di management: un'analisi della letteratura

SOMMARIO: Introduzione. — 2.1 La farmacia nella letteratura manageriale. — 2.2 La farmacia nella letteratura di marketing. q 2.3 La farmacia nella letteratura di service marketing. — 2.4 La ricerca di nuovi spunti interpretativi.

Introduzione

Come è emerso dall'analisi del precedente capitolo la farmacia è un'azienda a tutti gli effetti e come tale deve essere organizzata e gestita. Difatti i cambiamenti del contesto e della domanda di servizi di assistenza farmaceutica impongono strategie e strumenti operativi che ormai sono entrati a far parte anche del settore sanitario. Per questo il focus di indagine del presente capitolo analizza i contributi teorici, ad oggi, della farmacia dapprima nella letteratura di management, poi di marketing e infine di marketing dei servizi.

Quindi si esplora se e come è stato inteso nella letteratura il concetto di "service". L'analisi dei contributi teorici sulla farmacia pone le premesse per un nuovo approccio interpretativo che permetterà di spostare la prospettiva di indagine in cui inquadrare il fenomeno.

2.1 La farmacia nella letteratura manageriale

Originariamente la base necessaria e sufficiente della competenza professionale di ogni farmacista era rappresentata da branche come la chimica, la biochimica, la fisica, la fisiologia, la conoscenza dei farmaci e dei loro effetti.

Questo perché il compito assegnato alle farmacie era quello di realizzare i preparati farmaceutici in formulazioni apposite per le esigenze cliniche di ogni paziente. In quella fase l'accento della professione era posto sulla preparazione dei prodotti in continuità con la tradizione degli speciali e non vi era alcun accento alle altre competenze necessarie per la conduzione di un'attività.

Dal XX secolo si è assistito ad un progressivo trasferimento delle attività di preparazione dei medicinali alle imprese farmaceutiche¹⁴⁸. Il progressivo declino della pratica della preparazione galenica in farmacia a vantaggio del farmaco industriale ha inevitabilmente mutato l'attività del farmacista. Questo cambiamento ha determinato adeguamenti istituzionali e normativi volti a ridefinire la regolazione dell'assistenza farmaceutica.

Negli ultimi trent'anni, inoltre, cambiamenti sociali ed economici — invecchiamento della società, crescente peso delle malattie croniche, stili di vita moderni, deregolamentazione e aumento della concorrenza — hanno imposto ulteriori metamorfosi a questa antica professione: le conoscenze del farmacista si

¹⁴⁸ Cfr. Anderson S., *Making medicines: a brief history of Pharmacy and Pharmaceuticals*, Pharmaceutical Press, cap.1, 2005.

sono dovute ampliare e hanno dovuto integrare altre discipline. Il lavoro della farmacia moderna è svolta, oggi, intorno ai pazienti non più solo intorno al farmaco.

La missione dei farmacisti è aiutare gli utenti a massimizzare i loro risultati, nel senso di aiutare le persone sane a preservare il loro stato di benessere e di salute e di migliorare la qualità della vita dei cittadini in generale¹⁴⁹.

La professione della farmacia viene, quindi, svolta per e tra i cittadini: clienti/pazienti che a loro volta, sono collegati tra loro in famiglie, organizzazioni e sistemi sanitari nei Paesi e nelle culture di tutto il mondo. All'interno della farmacia sono diventati rilevanti, nel tempo, anche i fattori sociali che influenzano l'uso dei farmaci, come ad esempio le credenze, gli atteggiamenti, le regole, le relazioni e i processi¹⁵⁰.

La farmacia è stata all'inizio una attività "marginale". I professionisti si specializzavano mediante apprendistato e non vi erano requisiti formativi obbligatori richiesti oggi. La funzione del farmacista consisteva, come detto, nella preparazione di "rimedi medici di uso comune"¹⁵¹. I farmacisti o "speziali", erano spesso impegnati nella produzione e distribuzione di medicinali all'ingrosso e il loro ruolo era completamente diverso da quello attuale. Agli inizi del XX secolo il farmacista doveva procurarsi le materie prime con le quali realizzare i composti per uso dei consumatori. Inoltre dovevano saper usare i componenti chimici per preparare i medicinali che vendevano. Non c'era una chiara distinzione fra medicinali prescritti e non prescritti e i farmacisti erano considerati autonomi, rispetto ai medici, nell'esercizio del loro lavoro. Infatti potevano dispensare preparati medici anche senza una prescrizione¹⁵².

I primi cambiamenti nella professione dei farmacisti sono avvenuti a partire dagli anni 40 del secolo scorso. Il ruolo delle farmacie nella società iniziò a cambiare radicalmente a causa dei miglioramenti qualitativi e quantitativi dei servizi di assistenza sanitaria, dei progressi della tecnologia e delle scienze farmaceutiche e sociali, e con l'istituzione di un corso di laurea apposito per chi voleva esercitare la professione di farmacista¹⁵³.

Con lo sviluppo dell'industria farmaceutica i medicinali iniziarono ad essere pre-confezionati in formati prestabiliti — capsule, sciroppi — con una significativa riduzione dei compiti del farmacista.

Inoltre, a partire dagli anni 50, i farmacisti non potevano più rivendere alcuni medicinali senza una prescrizione medica né erano tenuti ad illustrare gli ef-

¹⁴⁹ Cfr. Ainsworth, M.A., Szauter, K.M., Medical Student Professionalism: Are We Measuring the Right Behaviours? A Comparison of Professional Lapses by Students and Physicians, *Academic Medicine*, 81(10), 2006, pp. 83- 86.

¹⁵⁰ Cfr. Troy, D. B., Beringer, P., *Remington: the science and practice of pharmacy*, Lippincott Williams & Wilkins, 2006, pp. 7-20.

¹⁵¹ Cfr. Sonnedecker, G., *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*, Philadelphia, PA: Lippincott 1963, p. 204.

¹⁵² Cfr. Hepler, C. D., "The third wave in pharmaceutical education: The clinical movement", in *American Journal of Pharmaceutical Education*, 51:369, 1987.

¹⁵³ Cfr. Relman, A.S., "Assessment and accountability: the third revolution in medical care", in *The New England Journal of Medicine*, 319:1220.

fetti terapeutici o la composizione di un medicinale all'utente¹⁵⁴.

E' da questo momento che la farmacia inizia a diventare la farmacia che conosciamo oggi: un luogo in cui il farmacista dispensa medicinali già preparati dall'industria farmaceutica e prescritti dai medici.

Per ciò che concerne la formazione del farmacista, invece, continuavano ad essere previste solo discipline di natura fisica e chimica e non anche legate alla gestione della farmacia o agli aspetti di educazione alla salute del paziente.

Negli ultimi decenni, con gli ulteriori cambiamenti avvenuti nel settore, ai farmacisti è stato chiesto di affrontare altre sfide: da un lato dovrebbero avere a mente gli aspetti storici e le competenze originariamente richieste per l'esercizio della loro antica professione; ma dall'altro lato dovrebbero sviluppare capacità e competenze manageriali.

Difatti prima degli anni Settanta del secolo scorso l'importanza degli aspetti gestionali nella gestione della farmacia erano completamente ignorati. Uno studio condotto nel 1975 mostrava, infatti, come i farmacisti non erano adeguatamente preparati nel sistema di analisi e di gestione dell'assistenza farmaceutica che dovevano fornire, non comunicavano con i pazienti né tantomeno con le altre categorie professionali del settore. I farmacisti, snaturati del loro ruolo originario di "prescrittori" dei medicinali ed esecutori materiali dei preparati terapeutici, continuavano ad avere una formazione universitaria non al passo con quanto richiesto dalla loro professione. La farmacia era diventata un punto "indipendente" all'interno del sistema sanitario. La completa mancanza di integrazione con gli stakeholder significava che aveva fallito nel suo ruolo di erogazione di assistenza farmaceutica al paziente¹⁵⁵.

Negli ultimi anni il ruolo che deve avere la farmacia nel sistema sanitario è stato, quindi, interamente rivisto¹⁵⁶.

I cambiamenti in atto nel sistema sanitario, l'avvento della vendita dei farmaci in canali diversi dalla farmacia, compreso lo sviluppo dell'e-commerce, hanno continuato ad apportare delle significative trasformazioni alla gestione di questa attività e al ruolo del farmacista. L'assistenza farmaceutica è oggi intesa come una missione che si avvale dei farmacisti nella gestione del cittadino-utente non solo per risolvere ma anche per prevenire problemi di salute. L'accresciuto ruolo della farmacia nell'erogazione di servizi di salute pubblica ha fatto sì che si arrivasse al più ampio concetto di "gestione della terapia", che rappresenta un approccio proattivo del farmacista nell'aiutare i pazienti a massimizzare i benefici derivanti da una cura. Uno studio di quegli anni identificò gli standard di qualità di assistenza farmaceutica individuando 52 norme da implementare nella pratica

¹⁵⁴ Cfr. Buerki, R. A., Vottero, L. D., *Ethical Responsibility in Pharmacy Practice*, Madison, WI: American Institute of the History of Pharmacy.

¹⁵⁵ Cfr. Millis, J. S., "Looking ahead: The report of the Study Commission on Pharmacy", in *American Journal of Hospital Pharmacy*, 33:134, 1976.

¹⁵⁶ Cfr. Brodie, D. C., Drug-use control: Keystone to pharmaceutical service, *Drug Intell* 1:63, 1967.

quotidiana del farmacista¹⁵⁷.

Nell'ultimo decennio il ruolo del farmacista si è ulteriormente evoluto e con esso anche l'attività di gestione della farmacia. Ad esempio l'attività di farmacovigilanza rappresenta, oggi, un'estensione dei rischi legati all'attività di gestione della farmacia e fa parte dei servizi offerti dal farmacista¹⁵⁸. Le farmacie oggi erogano servizi aggiuntivi, che mirano a facilitare o migliorare la conformità alla terapia da seguire del paziente; educano i cittadini al corretto utilizzo dei farmaci; conducono programmi di benessere, monitorano i pazienti nella gestione della terapia da seguire. Tutte queste nuove attività, gestione della terapia farmacologica — considerata oggi una componente chiave nell'erogazione dei servizi di assistenza in farmacia — gestione di nuovi servizi, hanno imposto la necessità di rivedere le competenze necessarie per la conduzione dell'impresa farmacia¹⁵⁹.

La necessità di guardare alla farmacia in una prospettiva manageriale è stata in passato trascurata sia dagli studiosi che dai farmacisti stessi.

Alcuni autori hanno nel corso dei decenni provato ad argomentare sul perché si riteneva che fosse impossibile far confluire la pratica manageriale nella gestione della farmacia¹⁶⁰.

In primo luogo l'attività della farmacia era considerata eticamente incoerente con una gestione manageriale della stessa.

In secondo luogo un'attività di *business* non veniva considerata come un'attività etica. Difatti i farmacisti conoscono le norme e i regolamenti che caratterizzano la loro professione, ma non sono consapevoli anche delle attività organizzative, contabili, promozionali, commerciali, di marketing che pure riguardano la gestione di una farmacia come un qualsiasi punto di vendita.

Inoltre secondo molti, la prospettiva economica della farmacia mette la qualità dell'assistenza farmaceutica in secondo piano rispetto alla generazione dei profitti.

Infine molti farmacisti non volevano accettare i cambiamenti gestionali imposti da una concezione manageriale dell'assistenza farmaceutica. Secondo questi farmacisti la complessità della moderna assistenza farmaceutica non lasciava tempo per occuparsi di altre discipline.

E' stato dimostrato, invece, come una gestione manageriale dell'assistenza

¹⁵⁷ Cfr. Desselle, S. P., "Pharmacists' perceptions of pharmaceutical care practice standards", in *American Journal of Pharmacists Association*, 3.264, 1997.

¹⁵⁸ Cfr. Wiederholt, J. B., Wiederholt, P. A., "The patient: Our teacher and friend", in *American Journal of pharmaceutical education*, 61:415, 1997.

¹⁵⁹ Cfr. Fjortoft, N., Zgarrick, D., "An assessment of pharmacists' caring ability", in *American Journal of Pharmacists Associations*, 43.483, 2003. Sono state mosse obiezioni sulla compatibilità dei principi di libertà e sull'accesso alle professioni all'interno dell'Unione Europea e le normative relative ai "servizi farmaceutici" di molti dei paesi membri. Molte delle obiezioni fatte alle normative nazionali perdono di forza se si tiene conto di come le farmacie siano da sempre storicamente state un presidio sanitario territoriale, integrato nel Servizio Sanitario Nazionale. Infatti le forme organizzative dell'assistenza sanitaria restano in ogni caso affidate al legislatore nazionale. Si veda Brusoni, M., Mallarini, E., *La nuova impresa farmacia*, Egea, 2013, p. 3.

¹⁶⁰ Cfr. Tootelian, D. H., Gaedeke, R. M., *Essentials of Pharmacy Management*, ST. Louis: Mosby, p. 23, 1993.

farmaceutica è un onere che aiuta i farmacisti ad essere maggiormente produttivi, efficienti, con vantaggi sia per il paziente che per l'intera filiera.

La prospettiva manageriale della farmacia permette di incrementare i volumi di affari, ridurre gli errori, generare soddisfazione dei clienti, migliorare la redditività, ridurre il turnover dei dipendenti. L'evidenza del successo della prospettiva manageriale nella gestione dell'assistenza farmaceutica è stata documentata da numerosi studi condotti negli ultimi decenni in materia¹⁶¹. I contributi dei ricercatori dimostrano che i farmacisti che conducono la propria attività in maniera manageriale ottengono volumi di vendita più alti e una maggiore redditività rispetto a quelli che non lo fanno o che lo fanno solo parzialmente. Inoltre è stato dimostrato che condurre una farmacia in maniera strategica significa anche essere più propensi ad offrire servizi aggiuntivi¹⁶².

Un altro studio ha sottolineato come il supporto di supervisor esterni ha un impatto positivo sull'impegno che mostra il farmacista verso la sua organizzazione¹⁶³.

Altri studi ancora dimostrano che questi stessi farmacisti traggono anche una maggiore soddisfazione dal loro lavoro¹⁶⁴.

Indagini on field rilevano che, guardando alla professione del farmacista com'è oggi, i farmacisti vorrebbero ricevere più formazione nelle discipline economico-manageriali durante il percorso universitario¹⁶⁵. Alcuni studi hanno messo in relazione i benefici ottenibili dall'intero sistema sanitario con una gestione manageriale dell'assistenza farmaceutica (Desselle, Alafris, 1999).

Uno studio suggerisce che un orientamento al business del punto vendita farmacia rappresenta la parte più critica per implementare un'organizzazione di

¹⁶¹ La farmacia — come ogni altra attività imprenditoriale - ha bisogno di un capitale di avviamento, proprio o di prestito; la farmacia ha un magazzino da gestire, ordini ai fornitori da inviare, contratti da concludere, pagamenti da effettuare, rimborsi da ottenere, conti bancari, conti di cassa; la farmacia deve gestire prezzi, promozioni, vetrine, esposizioni, layout delle attrezzature e delle merci; la farmacia ha un personale da selezionare, assumere e formare. Per approfondimenti si rimanda a Harrison, D. L., Bootman, J. L., "Strategic Planning by institutional pharmacy administrators", in *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 8:73, 1994; Harrison, D. L., Ortmaier, B. G., "Predictors of community pharmacy strategic planning", in *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 11:1, 1996.

¹⁶² Troppo spesso le farmacie ancora oggi preferiscono non investire sui servizi aggiuntivi, ritenendo che non rappresentino un modo per ampliare e completare l'offerta e quindi fidelizzare gli utenti. Secondo il parere di chi scrive questo punto è risultato essere vero anche alla luce dei risultati dell'indagine esplorativa condotta presso alcune farmacie e di cui si parlerà nel IV capitolo del presente lavoro.

¹⁶³ Cfr. Gaither, C. A., "Predictive validity of work/career-related attitudes and intentions on pharmacists' turnover behavior", in *Journal of Pharmaceutical Market and Management* 12:3, 1998b.

¹⁶⁴ Cfr. Desselle, S. P., Tipton, D. J., "Factors contributing to the satisfaction and performance ability of community pharmacists: A path model analysis", in *Journal of Society and Administrative Pharmacy*, 18:15, 2001.

¹⁶⁵ Questo punto è risultato vero anche dall'indagine condotta da chi scrive. Alla domanda chiusa "Quali delle competenze che le elenco sono rilevanti, oggi, nella gestione di una farmacia?", tutti i farmacisti intervistati hanno dichiarato che servono le competenze elencate, vale a dire: "competenze tecnico-scientifiche"; "competenze manageriali"; "competenze economico-finanziarie"; "competenze relazionali"; "competenze di marketing"; "competenze nella gestione delle risorse umane"; "competenze tecnologiche". Dell'indagine e dei risultati se ne parlerà nel IV capitolo.

successo¹⁶⁶. Altre ricerche ancora hanno messo in evidenza che i principali ostacoli all'offerta di servizi in farmacia sono la mancanza di tempo e l'assenza di comunicazione con il paziente (Ciancanglini, Waterhouse and D'Elia, 1994). Per implementare dei servizi in farmacia il farmacista deve essere in grado di:

- allocare correttamente le risorse;
- disegnare un efficiente sistema di distribuzione;
- selezionare un adeguato staff di supporto;
- sviluppare sistemi per diffondere conoscenza sui nuovi farmaci e sulle nuove tecnologie;
- valutare il costo-beneficio dei servizi offerti.

Tutti quelli descritti sono compiti che richiedono elevate competenze nella gestione della farmacia (Smith, 1988, 1996).

Alcuni fattori, inoltre, influenzano la fornitura di prodotti e servizi di farmacia e dimostrano ulteriormente l'esistenza di sinergia fra assistenza farmaceutica e scienze gestionali.

Uno di questi fattori è, ad esempio, il cambiamento della composizione demografica della popolazione, dato dall'aumento dell'età media delle persone e dell'aspettativa di vita. La gestione di questi pazienti comporta per l'assistenza farmaceutica una maggiore responsabilità e l'offerta di ulteriori servizi di salute. C'è inoltre anche un cambiamento nella composizione demografica dei pazienti dovuta a etnie e quindi a culture diverse circa lo stato della loro malattia, all'assunzione di farmaci per la cura e alla loro fiducia nel sistema sanitario. Tutte le conoscenze cliniche e scientifiche sono pertanto inutili se i farmacisti non conoscono gli utenti che servono.

Un altro fattore è l'aumento della commercializzazione di prodotti per la cura della salute direttamente ai consumatori. Questo ha comportato inevitabilmente un incremento della frequenza di richieste mediche specifiche da parte dell'utenza.

Un altro cambiamento avvenuto nelle farmacie è la riduzione dei margini di profitto.

Quando la percentuale di prescrizioni pagate dal Servizio Sanitario Nazionale è aumentata i margini di profitto per i farmacisti sono diminuiti. Per portare ricavi aggiuntivi e ridurre le spese i farmacisti hanno dovuto far ricorso ad altri servizi, vendere prodotti accessori, ricorrere ad attività di marketing, assumere il personale con le competenze necessarie o formare quello già in carica in modo tale da poter svolgere questo lavoro.

Ciò è particolarmente importante alla luce del fatto che i consumatori oggi hanno molte alternative, potendo spaziare anche da fonti non tradizionali (medicina complementare o alternativa) a fonti tradizionali (parafarmacie, ipermercati, e-commerce)¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Cfr. Speedie, S. M., Palumbo F. B., Leavitt, D. E., "Pharmacists' perceptions of the antecedents of success in pharmacy", in *Contemporary Pharmacy Practice*, 3:189, 1980.

¹⁶⁷ Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., *Pharmacy Management, Essentials for All Practice Settings*, Mc Graw Hill, 2005, pp.10-13.

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare lo scenario in cui operano oggi le farmacie obbliga, pertanto, ad una gestione manageriale delle stesse. Una buona cura dell'utente, infatti, non esclude ma anzi dipende da una completa gestione dei punti di assistenza farmaceutica. Una maggiore assistenza al cittadino e l'implementazione di servizi clinici aggiuntivi sono resi possibili solo da farmacisti qualificati nel management.

Basti pensare che una corretta gestione della contabilità permette di controllare e gestire le risorse da destinare a servizi aggiuntivi per l'utenza; una corretta gestione delle risorse umane significa avere un personale sicuro e motivato che offre una assistenza elevata al cliente instaurando relazioni fiduciarie e durature. Così come una corretta gestione delle attività promozionali permette di identificare i bisogni di base dei consumatori ai quali quelle attività e quelle strategie di marketing sono rivolte, offrendo il giusto mix di beni e servizi, posizionando i prodotti in maniera appropriata, stabilendo i giusti prezzi.

Una gestione manageriale della farmacia si rende oggi indispensabile per i professionisti del settore, in quanto prevede l'utilizzo di strumenti quali la contabilità, la finanza, il marketing e la gestione delle risorse umane¹⁶⁸. La pianificazione delle azioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere, l'organizzazione, intesa come relazione delle attività e delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, le attività di conduzione e di controllo delle azioni, rappresentano un set di competenze e di strumenti di cui i farmacisti necessitano per gestire la loro attività¹⁶⁹.

In una prospettiva manageriale il farmacista dovrebbe informarsi sul proprio settore e aggiornarsi continuamente sulle dinamiche istituzionali e di mercato che possono impattare sulla sua attività. Quindi deve analizzare la sua azienda, le sue politiche interne, gli strumenti e le strutture, la sua organizzazione. Per quanto riguarda le politiche interne, il farmacista prende quotidianamente una serie di decisioni aziendali che riguardano gli approvvigionamenti, la commercializzazione, l'amministrazione, il personale, il marketing. Nella gestione di una farmacia risultano rilevanti la logistica e le procedure dell'organizzazione dei servizi, questo perché i processi — nelle aziende di servizi in generale — sono particolarmente importanti per garantire la qualità dell'offerta finale al cliente/paziente. Una farmacia deve selezionare i fornitori, gestire le scorte, rispondere tempestivamente alle richieste di farmaci non disponibili in magazzino. La farmacia gestisce un patrimonio — crediti, merci, attrezzature, immobili — . Infine è formata da un insieme di persone che con il loro lavoro e a vario titolo collaborano nella gestione dell'attività.

Le risorse umane rivestono un ruolo strategicamente rilevante nella farmacia. Difatti il personale di contatto al banco ha una forte influenza sulla soddisfazione dei clienti e sulla fiducia che loro ripongono nella farmacia. La selezione, la formazione e la gestione del personale costituiscono un aspetto importante

¹⁶⁸ Cfr. Peterson, A.M., Kelly, W.A., *Leadership and management in pharmacy practice*, CRC Press pharmacy education series, 2014, pp. 17-35.

¹⁶⁹ Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., *ibidem*, p. 28.

nell'organizzazione di una farmacia¹⁷⁰.

L'assistenza farmaceutica è una combinazione di erogazione di cura per il paziente e pratica economica. Esistono molte opportunità per i farmacisti di creare servizi innovativi che da un lato soddisfino i pazienti e dall'altro generino profitti. Un primo studio da fare solitamente inizia con una ricerca della letteratura esistente con articoli che identifichino e descrivano i servizi farmaceutici già esistenti. Non solo, ma molti articoli offrono i risultati dell'impatto dei servizi offerti sulla salute dei pazienti¹⁷¹.

Nell'esplorazione del business concept di una farmacia si può quindi tener conto dei risultati raggiunti in letteratura.

Le attività commerciali esistono per offrire beni e servizi ai consumatori¹⁷². L'offerta di beni e servizi ha un costo. I consumatori pagano per ottenere l'output delle attività commerciali e soddisfare i loro bisogni che, nel caso del settore sanitario, sono bisogni di cura e di salute¹⁷³. In questo scenario la farmacia sostiene una serie di costi associati alla creazione di beni e servizi per il paziente, per i quali è necessario conoscere quali saranno effettivamente venduti e per prendere questa decisione deve essere fatto un pianificazione strategica¹⁷⁴.

L'assistenza sanitaria in generale è rimasta indietro, rispetto agli altri settori, nel miglioramento della qualità. E' stato osservato che il settore sanitario dovrebbe prendere esempio dalle altre attività di business e usare le tecniche utilizzate dalle altre organizzazioni. In questo modo si eviterebbero anche molti errori¹⁷⁵. Molte di queste tecniche sono basate sulla Teoria dei Sistemi utilizzata in tutti i campi, della medicina, dell'ingegneria, dell'educazione¹⁷⁶. Un approccio sistemico prevede la definizione di propositi e aspettative dell'intero sistema e apportando modifiche sulla base dei feedback ottenuti¹⁷⁷. L'approccio sistemico guarda al sistema nella sua interezza controllando l'interazione fra le parti, piuttosto che alle componenti singolarmente¹⁷⁸.

Questo approccio utilizzato già in altri settori dovrebbe essere utilizzato anche dal settore sanitario, per migliorare la qualità degli outcomes e creare una

¹⁷⁰ Cfr. Brusoni, M., Mallarani, E., ibidem, p. 205.

¹⁷¹ Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., ibidem, p. 47.

¹⁷² Questi beni e servizi sono chiamati offerta commerciale, e sono qui utilizzati nella loro tradizionale accezione, cfr. Kotler and Keller, 2006.

¹⁷³ "Elevare la soddisfazione di un bisogno al rango di diritto significa invertire la relazione tra titolare del bisogno e responsabile della sua soddisfazione". Cfr. Borgonovi, E., Fattore, G., Longo, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, 2013, p. 35.

¹⁷⁴ Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., ibidem, p. 76.

¹⁷⁵ Cfr. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC): National Academies Press (US), 2000, cap.8.

¹⁷⁶ Sull'argomento si vedano Von Bertalanffy, L., *General Systems Theory: Foundations, Development, Application*. New York: George Braziller, 1968; Nagel, D. C., "Human error in aviation operations", in Nagel D. C. (ed.), *Human Factors in Aviation*, New York Academic Press, 1988, p. 263; cfr. anche Sheridan, T.B., "The system perspective", in Nagel D. C. (ed.), *Human factors in Aviation*, New York Academic Press, 1988, p. 27.

¹⁷⁷ Cfr. Park, K. S., "Human error", in Salvendy G. (ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics*, New York: Wiley-Interscience, 1997, p. 150.

¹⁷⁸ Dell'Approccio Sistemico Vitale se ne parlerà ampiamente nel III capitolo del presente lavoro.

maggior soddisfazione del paziente¹⁷⁹. Per migliorare la qualità dell'intero settore è necessario che le singole parti collaborino per raggiungere un miglioramento dei singoli processi ed un innalzamento globale della qualità dei servizi offerti all'utente.

A livello internazionale la farmacia è chiamata a rivedere le proprie mansioni all'interno di complessi "sistemi di tutela della salute" in costante evoluzione. Pur con tempi e modi diversi in ciascuna nazione, le farmacie oggi devono estendere le proprie competenze su altre direttrici, quali aspetti manageriali, servizi di informazione all'utenza, adeguamento dei servizi centrati sul singolo paziente, promozione della farmacovigilanza per l'utilizzo appropriato dei medicinali, collaborazione con gli altri attori della filiera del farmaco, rispetto dei budget di spesa, miglioramento della qualità dell'offerta ai pazienti.

Proprio gli aspetti manageriali e la qualità dell'esperienza di acquisto e di consumo dei cittadini hanno reso indispensabili competenze professionali un tempo appannaggio solo di altre organizzazioni sociali.

Anche la politica sanitaria sottolinea spesso l'importanza di scelta dell'utente e la qualità dell'esperienza dell'assistenza sanitaria, che deve essere orientata al benessere dei pazienti. I driver per questo cambiamento non sono solo una risposta all'influenza della politica, ma il desiderio di migliorare le prestazioni professionali e trovare il modo di identificare potenziali problemi di salute dei cittadini prima ancora che si verifichino (Ainsworth & Szauter, 2006).

Le farmacie oggi devono organizzare servizi ai pazienti e migliorarne la qualità. L'assistenza sanitaria nel suo complesso è destinata a modificarsi e ad ampliare le proprie competenze per prestazioni, politiche sanitarie e spese¹⁸⁰.

Il farmacista deve oggi offrire un servizio sempre più utile e ricco di significato perché è cresciuto il bisogno di informazione e di trasparenza, è cambiata la domanda di salute e benessere, è nata una "cultura del servizio" e il paziente è diventato molto più consapevole dei suoi diritti e, per questo, più esigente¹⁸¹.

¹⁷⁹ Cfr. Berwick, D.M., Leape, L.L., "Reducing error, improving safety", *British Medical Journal*, 320 (7237), Theme Issue (March 18), 2000.

¹⁸⁰ Cfr. PGEU Annual Report 2015.

¹⁸¹ Cfr. Borgonovi E., *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*, Egea, Milano, 2008.

2.2 La farmacia nella letteratura di marketing

Le aziende che operano nell'assistenza farmaceutica — *pharmaceutical care* — utilizzano già da alcuni anni le leve del marketing per fronteggiare le minacce derivanti dai cambiamenti del settore. L'utilizzo delle leve del marketing si è reso necessario per la farmacia avendo conto dei cambiamenti di scenario esaminati che si sono verificati nell'ultimo trentennio, come aumento di domanda e offerta di salute e aumento della concorrenza. Non sempre, però, è possibile semplicemente “trasferire” le logiche di marketing alla farmacia, perché verrebbe a mancare il rispetto di due dei principi fondanti del marketing stesso: l'adattamento di tali leve al settore specifico in cui opera l'azienda e l'adeguamento degli strumenti alle caratteristiche e alle specificità dell'organizzazione stessa. Il ruolo della funzione marketing nella farmacia consiste nello stabilire, mantenere e rafforzare i rapporti tra il farmacista e l'utente, per passare da una logica di semplice dispensazione dei farmaci a una logica di fidelizzazione dei clienti serviti, che massimizzi il risultato economico e salvaguardi i valori del servizio di assistenza farmaceutica¹⁸².

Difatti bisogna in primis considerare la specificità del contesto in cui opera la farmacia, vale a dire in un mercato che non è libero ma regolamentato, con un cliente che è anche un paziente, che il manager, il farmacista, appartiene a un ordine professionale e che la farmacia è inserita in un sistema di relazioni con il Servizio Sanitario Nazionale.

In secondo luogo occorre considerare che la farmacia è un'azienda di servizi e come tale vanno tenuti in considerazione i fattori di complessità che caratterizzano questa tipologia di impresa.

Occorre quindi realizzare un marketing ad hoc per la farmacia. Nell'ottica di questo cambiamento e in relazione alla nuova tipologia di utenza che si trova a gestire, la farmacia deve orientare la propria gestione in relazione alle esigenze dei clienti e con uno spiccato orientamento al marketing¹⁸³. Il processo di marketing in farmacia si articola pertanto lungo due fasi: una fase strategica di tipo analitico conoscitiva - dell'ambiente, della domanda, dell'offerta e dell'azienda - e una fase strumentale operativa con la quale si definisca l'offerta da mettere a disposizione dei pazienti. Il sistema di offerta della farmacia deve rispondere alla domanda di un consumatore più esigente. Nell'assistenza farmaceutica i bisogni dei pazienti non vengono completamente soddisfatti e assecondati, in quanto le aziende sanitarie hanno anche il compito di riorientare le abitudini dei propri utenti verso comportamenti sani, responsabili e coerenti con i principi di salute¹⁸⁴.

¹⁸² Cfr. Maggi, D., *Economia dell'azienda farmacia e del settore farmaceutico*, Egea, Milano, p. 62.

¹⁸³ “A completamento di quanto detto allo stato odierno assistiamo al passaggio ormai concluso dall'economia dei prodotti a quella dei servizi a quella attuale delle relazioni, dall'economia industriale a quella delle connessioni”. Cfr. Cuomo, M., T., Metallo, G., Testa, M., Tortora, D., *La gestione della farmacia. Guida pratica al miglioramento delle performance*, Giappichelli Editore, Torino, 2010, pp.21-23.

¹⁸⁴ “Il marketing dei servizi è un processo integrato e strutturato per la gestione delle relazioni con la clientela, il cui scopo è la costruzione di relazioni personalizzate di lungo periodo con il cliente, in grado di aumentare la customer satisfaction e, per questa via, il valore per il cliente e per

Esistono varie modalità di applicazione del marketing alla farmacia a seconda degli obiettivi e del mercato in cui opera. Spesso la maggior parte delle applicazioni di marketing alla farmacia sono di tipo operativo e non seguono una preliminare fase analitico strategica. Sempre più frequentemente le farmacie attuano processi di *category management*, utilizzano principi di display e merchandising per allocare i prodotti sugli scaffali, applicano sconti e promozioni ai prezzi dei prodotti, fondano gruppi di acquisto o catene virtuali senza preventive valutazioni strategiche della domanda e del mercato¹⁸⁵. Un apporto concreto al cambiamento strutturale dell'impresa farmacia è dato dall'applicazione delle tecniche di merchandising, vale a dire dalle tecniche espositive, di organizzazione degli spazi e di comunicazione atti a trasmettere i contenuti commerciali e l'immagine del punto vendita¹⁸⁶.

Nonostante i suoi contributi il marketing è una funzione ancora oggi da molti criticata, tanto più quando applicata a settori tipici come quello sanitario¹⁸⁷. Questo scetticismo nasce dal fatto che il marketing è "l'arte di vendere prodotti"¹⁸⁸. Anche per la gestione della farmacia si era pertanto diffusa l'opinione che il marketing fosse una funzione non etica da applicare da parte dei professionisti del settore. I farmacisti lo hanno spesso ignorato perché lo consideravano "contaminante" rispetto al sistema di valori imposto dalla professione; altri farmacisti, invece, ne hanno adottato alcuni strumenti, improvvisandone la gestione nell'ambito di una visione parziale e non strategica. Gli studi dimostrano come il marketing sia una funzione trascurata da molti che, però, risulta essere critica per il successo delle organizzazioni¹⁸⁹. Il marketing è una funzione importante non solo per le organizzazioni multinazionali, ma anche per le piccole organizzazioni e per la gestione del punto vendita farmacia¹⁹⁰.

Utilizzare il marketing nell'azienda farmacia significa salvaguardare anche i valori e la specificità della professione del farmacista¹⁹¹. Gli strumenti di marketing, infatti, vengono utilizzati dai farmacisti per affrontare numerosi problemi pratici derivanti dalla gestione della farmacia¹⁹².

l'impresa. Esso individua le leve operative necessarie per la definizione del posizionamento aziendale." Cfr. Brusoni, M., Mallarini, E., op. cit., p. 114.

¹⁸⁵ Cfr. Brusoni, M., Mallarini, E., ibidem, pp.116-117.

¹⁸⁶ Cfr. M.,T., Cuomo, Metallo, G., Testa, M., Tortora, D., *La gestione della farmacia. Guida pratica al miglioramento delle performance*, Giappichelli Editore, Torino, 2010, p. 25.

¹⁸⁷ Cfr. Smith, M. C., "Pharmacy Marketing", in *Effective Pharmacy Management*, 8th ed., Alexandria, VA:NARD, 1996, p. 423.

¹⁸⁸ Cfr. Kotler, P., Keller, K. L., *Marketing Management*, 12th ed., Upper Saddle River, Nj: Prentice Hall, 2006.

¹⁸⁹ Cfr. Smith, M. C., "General Principles", in Smith M. C., Kolassa E. M., Perkins, G., Siecker B. (eds.), *Pharmaceutical Marketing: Principles, Environment, and Practice*, New York: Pharmaceutical Products Press, 2002.

¹⁹⁰ Cfr. Kotler, P., Clarke, R., *Marketing for health care organizations*, Englewood Cliffs, NY, Prentice Hall, Inc., 1987.

¹⁹¹ Cfr. Maggi, D., *Economia dell'azienda farmacia e del settore farmaceutico*, Egea, 2013, p. 61.

¹⁹² La superficie commerciale del punto vendita farmacia deve essere organizzata con tutte le leve che il marketing mette a disposizione delle imprese commerciali. Il punto vendita viene ridefinito in base ad ogni farmacia in riferimento alla sua vocazione dispensativa e commerciale con criteri di category management. Cfr. Bernuzzi, G., "Un nuovo approccio per la gestione globale della farmacia", in *Farmacia News*, maggio 2008.

Il ruolo del marketing è cresciuto di importanza contestualmente all'evoluzione della farmacia. Fin da quando si è iniziato a parlare di assistenza farmaceutica sono stati implementati molti servizi innovativi della farmacia, che vanno dai servizi di gestione della terapia farmacologica a servizi di gestione specifica della malattia¹⁹³.

Simultaneamente allo sviluppo e all'implementazione di questi servizi sono continuati a crescere in letteratura documenti sull'utilizzo inappropriato delle medicazioni, suggerendo che esiste un bisogno significativo per i servizi diretti a ridurre eventuali conseguenze negative derivanti da una terapia farmacologica. Alcuni servizi al paziente non vengono offerti in farmacia perché ci sono degli ostacoli derivanti da un'assenza di sinergia fra chi prescrive i farmaci, i pazienti e chi paga alcune categorie di farmaci o alcune tipologie di prestazioni sanitarie¹⁹⁴.

Le componenti chiave del marketing sono proprio la comprensione dei bisogni dei pazienti, la creazione, lo sviluppo e la comunicazione del valore per l'utente finale. In questo scenario l'orientamento al cliente emerge come imperativo necessario in un settore in cui i rapporti con i consumatori sono sempre stati filtrati attraverso le istituzioni pubbliche. La farmacia viene chiamata a conoscere e soddisfare il cittadino-utente¹⁹⁵. Secondo molti farmacisti le conoscenze di marketing, infatti, rappresentano competenze necessarie per la gestione della farmacia. Rovers (1998, p.136) riassume questo punto notando che “i farmacisti dovrebbero contemporaneamente costruire la domanda e poi fornire servizi di assistenza farmaceutica”. Mentre la farmacia continua la sua evoluzione da una prospettiva focalizzata sul prodotto ad una prospettiva centrata sul servizio, il marketing oggi più che mai è una condizione critica per il successo della professione.

L'importanza del marketing per il successo dell'assistenza farmaceutica è stata affrontata da molti autori in passato, quali ad esempio Hepler e Strand (1990, p. 541), i quali facevano notare come “una strategia di marketing dell'assistenza farmaceutica si differenziava dalla classica strategia sviluppata per la vendita dei farmaci”.

I farmacisti devono capire l'importante ruolo svolto dal marketing per offrire servizi innovativi in farmacia ed aiutare i pazienti a raggiungere i risultati terapeutici sperati.

Kotler (2003) descrive sei tipologie di concetti che le organizzazioni possono utilizzare come guida nel condurre attività di marketing. Il primo concetto pone l'enfasi sulla produzione (*production concept*), partendo dall'assunto che i consumatori sono interessati essenzialmente alla disponibilità dei prodotti e ai prezzi bassi. Una farmacia interessata solamente a dispensare quante più ricette mediche è possibile o a vendere a prezzi bassi e a non avere interesse su come i pazienti utilizzano i farmaci, è una farmacia che sta tenendo conto del concetto di

¹⁹³ Cfr. Hepler, C.D., Strand, L. M., “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, in *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47:533, 1990.

¹⁹⁴ Cfr. McDonough, R. P., Rovers, J. P., Currier, J. D., et al., “Obstacles to the implementation of pharmaceutical care in the community setting”, in *American Journal of Pharmacy Association*, 1998a, 38:87.

¹⁹⁵ Cfr. M.,T., Cuomo, Metallo, G., Testa, M., Tortora, D., op. cit. p. 25.

produzione. Il concetto di prodotto (*product concept*) pone l'attenzione sulla manifattura dei prodotti e sulla loro qualità. Così una farmacia che sviluppa attività per promuovere campagne anti-fumo è una farmacia che pone l'accento sulla qualità della sua offerta. Poi ci sono le azioni che mirano a stimolare l'interesse dei consumatori mediante azioni di vendita e promozioni (*selling concept*). Come quando una farmacia effettua aggressive campagne pubblicitarie, sconti, sotto prezzo. Quando, invece, una qualsiasi organizzazione, e quindi anche una farmacia, pone l'attenzione su quelli che sono i bisogni dei consumatori, sta applicando il *marketing concept*¹⁹⁶.

Smith sintetizza il significato del marketing concept partendo dalla prospettiva dell'industria farmaceutica: secondo questo autore è più facile per un'industria cambiare i prodotti che convincere un distributore a rivendere quelli che attualmente realizza¹⁹⁷. Un'organizzazione che utilizza il marketing concept seleziona anche dei *target markets*, cioè serve prodotti e servizi distinguendo i vari gruppi di consumatori. Una farmacia che offre servizi personalizzati sulla base delle diverse esigenze dei pazienti crea valore per i pazienti stessi.

Un ultimo orientamento di marketing delle organizzazioni, che ha delle significative affinità con la farmacia, viene denominato *societal marketing concept*, che consiste nel soddisfare i bisogni dei consumatori in modo più efficace ed efficiente rispetto ai competitors in modo da preservare il benessere della società, mediante una maggiore attenzione anche all'ambiente e alle risorse¹⁹⁸.

Il marketing sociale applica "principi e tecniche di marketing finalizzati a influenzare un target affinché volontariamente accetti, rifiuti, modifichi o abbandoni un comportamento a beneficio di individui, di gruppi o dell'intera società"¹⁹⁹. Gli obiettivi del marketing sociale si estendono dal migliorare le condizioni di salute dei cittadini alla prevenzione, dalla tutela dell'ambiente alla promozione di comportamenti socialmente responsabili. In questo senso si possono leggere anche i recenti orientamenti e la nascente letteratura della *farmacia sociale* che ha nella sua *anima* la soddisfazione dei bisogni del cittadino. L'identità sociale del consumatore odierno, mutevole e contraddittoria, fa sì che i suoi desiderata, i suoi biso-

¹⁹⁶ Secondo il marketing concept la chiave di un'organizzazione per raggiungere i suoi obiettivi consiste nel creare, sviluppare e comunicare valore aggiunto alla clientela. Cfr. Kotler, opera già citata, p. 19.

¹⁹⁷ "The marketing concept states what seems obvious now but was not always practiced: it is easier to change the products and activities of the individual manufacturer to fit the market than it is to convince the entire market to use the products and service as the individual marketer prefers them". Cfr. Smith, 2002, p. 9.

¹⁹⁸ Kotler, opera già citata, pp. 26-27. Nelle forme tradizionali di marketing vale il principio che il cliente abbia sempre ragione, e che di conseguenza l'offerta debba cercare di adattarsi alle richieste della domanda. Il settore sanitario ha invece una specificità per la quale quando il bisogno non coincide con l'aspettativa, esso non va soddisfatto, anzi l'azienda deve attivare altre leve come il marketing sociale per riorientare le aspettative a comportamenti responsabili e coerenti con i principi di salute. Cfr. anche Kotler, P., Roberto, N., Lee, N., *Social Marketing. Improving the quality of life*, Sage, London, 2002.

¹⁹⁹ Cfr. Kotler, P., Zaltman, G., "Social marketing: An approach to Planned Social Change", in *Journal of Marketing*, 2/1971.

gni, siano anch'essi mutevoli e diversi (Di Nallo 2003). La farmacia deve sapersi adattare a questa nuova figura di cittadino che a volte è paziente, a volte è cliente e a volte è utente, e che è sempre più consapevole dei suoi diritti. Si sta delineando una nuova figura, quella del *cittadino-consum/attore*, persona sempre più informata grazie all'aumentato aspetto socio-culturale, e consapevole dei suoi diritti. Il processo di sviluppo civico e sociale che interessa i consumatori delinea una figura di cittadino-utente sempre più informato riguardo a patologie, farmaci, terapie e cure da seguire.

Secondo Kotler, Roberto e Lee (2002) le aziende che fanno marketing sociale vendono dei comportamenti a beneficio dell'individuo e dell'intera collettività. Al contrario del marketing tradizionale che opera in condizioni di concorrenza con aziende che producono beni sostituibili e simili, il social marketing ha come concorrenti comportamenti opposti: Sheef (2002) parla di anti-marketing, in quanto il marketing sociale spesso contrappone prodotti positivi sotto il profilo della salute a prodotti di altre aziende che hanno un impatto negativo sulla salute, come l'alcool, il fumo, e così via. La farmacia per raggiungere la propria mission sanitaria, spesso si deve porre in concorrenza con i comportamenti negativi quali possono essere, ad esempio, un eccessivo o inappropriato consumo di farmaci, e può applicare strumenti di marketing funzionali a modificare i comportamenti di consumo o a educare i pazienti alla salute attraverso campagne informative e di prevenzione²⁰⁰.

Il marketing sociale costituisce anche un'importante leva di comunicazione per la farmacia che, attraverso esso, contribuisce a rafforzare la propria immagine di professionalità e di azienda a servizio della salute dei cittadini e dei clienti²⁰¹.

In breve si può affermare che il marketing applicato alla farmacia permette di rispondere meglio ai bisogni della domanda. La domanda è un bisogno sostenuto dalla volontà di pagare per ottenere un bene o un servizio²⁰².

Nella letteratura di economia sanitaria il bisogno è definito come “la quan-

²⁰⁰ La farmacia, oltre alla dispensazione di farmaci propone:

- consulenza socio sanitaria;
- informazioni sul corretto uso del prodotto farmaceutico;
- prestazioni diagnostiche;
- prescrizioni elettroniche;
- consegne a domicilio di farmaci,
- campagne informative;
- coinvolgimento dell'utente.

Cfr. M.,T., Cuomo, Metallo, G., Testa, M., Tortora, D., op. cit. p. 11.

²⁰¹ Il concetto di farmacia che informa e forma i cittadini è ripreso dal marketing sociale teorizzato dal Kotler negli anni Settanta. Secondo questa declinazione sociale il marketing era l'utilizzo di principi e tecniche atti ad influenzare un gruppo di persone per modificare o abbandonare un comportamento allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, il gruppo o la società nel suo complesso. Cfr. Kotler, P., Roberto, N., Lee, N., *Social Marketing. Improving the Quality of Life*, Sage Publications, Thousand Oaks (California), 2002, second edition, p. 5.

²⁰² Nel caso dell'assistenza farmaceutica si parla di domanda negativa, perché le persone non vorrebbero dover ricorrere a quei beni o servizi. Cfr. Kotler e Keller, opera già citata.

tità di cure mediche che i medici pensano che una persona dovrebbe avere per conservare o riavere uno stato ottimale di salute, basato sulle conoscenze a disposizione”²⁰³. Gli economisti sottolineano che il bisogno è solo uno dei fattori che influenza la domanda di assistenza: la domanda di assistenza medica è infatti determinata da una serie di fattori legati sia al paziente che al fornitore di servizi di assistenza farmaceutica. Inoltre la domanda di cura può essere maggiore o inferiore rispetto all’effettivo bisogno dei pazienti.

Questo vale soprattutto nell’assistenza farmaceutica, dove i fruitori di servizi farmaceutici non hanno le conoscenze e le competenze adatte per capire ciò di cui necessitano e sono in una situazione di “asimmetria informativa” rispetto a chi eroga di servizi medici e prestazioni farmaceutiche.

Nell’assistenza farmaceutica bisogna non creare bisogni ma aiutare a capire il paziente di cosa ha bisogno. I pazienti devono riuscire a percepire il valore del servizio offerto, ma questo avviene soltanto se i professionisti del settore riescono a tradurre bisogni latenti in domanda effettiva. Per fare questo, farmacisti e farmacie dovrebbero capire perché i pazienti utilizzano i prodotti e i servizi che forniscono. Difatti è oramai tramontata la farmacia tradizionale, deputata alla sola dispensazione di farmaci, e non vi è possibilità di sviluppo per una farmacia commerciale votata al profitto. Una farmacia possibile è una farmacia che recupera il rapporto con i propri clienti in un’ottica relazionale. Oltre al prodotto, infatti, i pazienti hanno una serie di aspettative legate all’assistenza farmaceutica. Le aspettative consistono in una serie di elementi quali:

- livello di servizio desiderato;
- adeguato livello di servizio minimo;
- livello di servizio previsto;
- zona di tolleranza²⁰⁴.

Gli strumenti del marketing mix devono essere utilizzati dai farmacisti includendo considerazioni addizionali richieste dalla natura distintiva dei servizi di salute offerti. Questo significa che nel settore farmaceutico bisogna ottemperare anche ad una serie di aspettative, nonché ricercare la qualità, il valore, la soddisfazione e quindi la fedeltà dei pazienti. Per questo è necessario puntare sulla centralità della relazione con il cliente per raggiungere i livelli di servizio desiderati dai pazienti stessi²⁰⁵.

La farmacia, per il contesto in cui opera e per il tipo di domanda cui risponde dovrebbe sviluppare processi di marketing che sintetizzino i modelli di marketing dei servizi, di retailing per le piccole superfici, di marketing per la salute, di marketing sociale e di trust management.

Il marketing della farmacia dovrebbe affiancare ad una logica di soddisfazione basata su un’offerta tangibile le componenti intangibili del servizio, soprat-

²⁰³ Cfr. Feldstein, P. J., *Health care Economics*, 5th ed., Albany, NY: Delmar Publishers, 1999, p. 3.

²⁰⁴ Cfr. Zeithmal, Berry, Parasuraman, 1993; Parasuraman, Zeithmal e Berry, 1994a.

²⁰⁵ Cfr. Ramalho O.D., Brummel A.R., Miller D.B., Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm.* 2010;16(3):185-195.

tutto in una logica *serviscape* e di educazione²⁰⁶.

Un buon processo di marketing management in farmacia dovrebbe seguire i seguenti passaggi: valutazione delle attività di marketing da inserire nel punto vendita farmacia; pianificazione e implementazione delle strategie e delle tattiche di marketing in farmacia; controllo dei risultati raggiunti²⁰⁷.

²⁰⁶ Il termine *serviscape* definisce l'ambiente dove si svolge l'esperienza di consumo o il luogo dove viene erogato il servizio. L'ambiente dei punti vendita concorre in modo rilevante a determinare la percezione del cliente. Cfr. Zeithaml, V.A., Bitter, M., Gremler, D.D., *Marketing dei servizi*, McGraw-Hill, Milano, 2008, 2° edizione.

²⁰⁷ Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., *ibidem*, pp. 360-362.

2.3 La farmacia nella letteratura di service marketing

Nel 1990 Hepler e Strand hanno definito l'assistenza farmaceutica come la "terapia farmacologica necessaria al raggiungimento di risultati precisi onde ottimizzare la qualità di vita di un paziente"²⁰⁸. Questa definizione servì come base per Strand, Cipolle, e Morley per definire le responsabilità di un operatore farmaceutico. L'assistenza farmaceutica è un'attività centrata sul paziente con tre componenti: filosofia dell'attività di assistenza farmaceutica; processo di cura del paziente; sistema di gestione dell'intero processo²⁰⁹. L'elemento centrale di questa filosofia è un approccio centrato sul paziente e guidato dai bisogni dello stesso. La gestione di questo processo include una serie di attività proprie di qualsiasi altra organizzazione imprenditoriale quali strumenti fisici, finanziari, di marketing, di risorse umane²¹⁰.

La farmacia è chiaramente un'organizzazione che offre servizi e come tale deve essere gestita²¹¹.

Le origini del *marketing dei servizi* sono rintracciabili negli anni Sessanta in alcuni contributi che rilevano l'inadeguatezza del marketing mix alle imprese di servizi (McCarthy, 1960; Borden, 1964). Dagli anni Settanta il marketing si è interessato in maniera significativa ai servizi principalmente a causa della crescita delle attività terziarie. Appurata la non trasferibilità dell'approccio basato sulle "4 P" alle imprese che offrono servizi si è sviluppato un filone di studi autonomo all'interno del marketing con due scuole in Europa (quella nordica e quella francese) che si sono affiancate a quella del Nord America²¹².

Il marketing dei servizi è un processo integrato e strutturato per la gestione delle relazioni con la clientela, il cui scopo è la costruzione di relazioni personalizzate di lungo periodo con il cliente, in grado di aumentare la *customer satisfaction* e quindi il valore per il cliente e per l'impresa²¹³. Il marketing individua le leve operative necessarie per la definizione del posizionamento aziendale. Tali leve sono: le persone, la loro professionalità e disponibilità, gli elementi su cui si fonda la stessa relazione e la soddisfazione dei bisogni; i processi, che costituiscono la modalità attraverso la quale si risponde ai bisogni dell'utenza e si costruisce il servizio; l'offerta allargata di servizio, ovvero gli elementi differenzianti lo stesso, quali gli orari, i meccanismi di accessibilità e fruibilità, i servizi collegati all'offerta caratterizzante l'esercizio ecc.; *physical evidence*, ossia le componenti fisiche del servizio, come possono essere un distributore automatico o il punto vendita stesso; la comunicazione interpersonale; la promozione; la leva del prez-

²⁰⁸Cfr. Hepler C.D., Strand L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Pharm Ed.* 1990; 53 (winter suppl):75-155.

²⁰⁹ Cfr. Cipolle R.J, Strand L.M., Morley P.C.. *Pharmaceutical Care Practice*. New York, NY: McGraw-Hill; 1998.

²¹⁰ Cfr. Strand L.M., Re-visioning the professions. *J AM Pharm Assoc.* 1997;NS37(4):474-478.

²¹¹ Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., ibidem, p. 336.

²¹² Nella scuola nordica si ricordano i lavori di Gronroos e Gummesson. In quella francese si ricordano i lavori di Langeard, Eiglier, Lovelock, Bateson, Young. In Nord America si ricordano Berry, Parasuraman, Donnelly. Per approfondimenti sulle origini del marketing dei servizi si veda Carù, A., *Consumo e marketing dei servizi*, Egea, 2007, pp.7-32.

²¹³ Cfr. Gronroos, C., *Management e marketing dei servizi*, ISEDI, Torino, 1994.

zo. È evidente quanto questi elementi di marketing operativo si adattino alla farmacia, che è innanzitutto un servizio e proprio su questo concetto fonda la propria *mission* aziendale. Pur erogando prevalentemente un servizio di tipo sanitario, la farmacia è un esercizio commerciale di distribuzione al dettaglio, quindi può integrare gli elementi del marketing dei servizi con gli elementi del retail management.

Quindi una farmacia che oggi vuole offrire un valore aggiunto deve offrire servizi. I servizi sono intangibili: il *marketing dei servizi* è “vendere l’invisibile”²¹⁴. Il punto critico del servizio è il momento di incontro fra il consumatore e il fornitore del servizio²¹⁵. Tutte le farmacie vendono sia beni fisici che servizi. Il vero cambiamento per una farmacia è rappresentato dal riuscire ad identificare le caratteristiche dei suoi pazienti e a valutare i loro bisogni. Offrire servizi a valore aggiunto significa, infatti, riuscire a sviluppare prodotti e servizi che incontrano i reali bisogni dei consumatori e non costringere o forzare i consumatori ad acquistare prodotti che in realtà non volevano²¹⁶. Non tutti i pazienti, infatti, necessitano degli stessi servizi o dello stesso livello di servizio di altri²¹⁷.

Un modo che le farmacie hanno a disposizione per sviluppare nuove idee di beni e servizi è l’utilizzo di un piano di business. Un business plan può aiutare i professionisti del settore ad identificare i rischi e le probabilità di successo connessi all’implementazione di un nuovo servizio o di un bene. Un processo di business plan per una farmacia è simile a quello utilizzato in una qualsiasi altra organizzazione. Occorre innanzitutto identificare la mission della farmacia e quelli che sono i vari servizi che si vorrebbero offrire. Quindi bisogna documentarsi rispetto ai vari servizi identificati. Infine bisogna ricercare le risorse necessarie per implementare questi servizi (risorse di tempo, risorse finanziarie, risorse umane). Inoltre ci sono una serie di fattori esterni che possono influenzare il successo o il fallimento dei servizi offerti da una farmacia²¹⁸. Il concetto di servizio o servizio di base costituisce la mission dell’azienda, la ragione stessa per la quale essa esiste: per un’azienda sanitaria è la cura e l’assistenza sanitaria delle persone, per una farmacia è la distribuzione di farmaci.

La farmacia può costruire il proprio posizionamento e differenziarsi rispetto ai concorrenti all’interno e all’esterno del canale non solo attraverso i servizi ma anche attraverso il più complesso sistema di offerta allargata che essa può es-

²¹⁴ Cfr. Beckwith, H., *Selling the invisible*, New York, Warner Bros, 1997.

²¹⁵ Questo momento è denominato “momento della verità” del servizio e non può essere strettamente controllato. Cfr. Norman, R., *Service Management*, New York, Wiley, 1984, pp.8-9.

²¹⁶ Cfr. Kotler, P., *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, Upper Saddle River, Nj, Prentice Hall, 1997.

²¹⁷ Cfr. Hepler, C.D., Strand, L.M., “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, in *Journal of the American Pharmacists Association*, 1989.

²¹⁸ Ad esempio l’età media delle popolazione servita può incrementare l’offerta di terapie mediche, informazioni sulla salute e monitoraggio della terapia medica. Così come le leggi e i rimborsi statali, la tecnologia, la competizione con le altre farmacie o con altre formule distributive possono comportare dei cambiamenti nei bisogni di assistenza sanitaria dei pazienti. Cfr. Desselle, S., P., Zgarrick, D., P., *ibidem*, p. 426.

sere percepita come unica e insostituibile. Tale offerta è determinata dall'assortimento e da un sistema di offerta: il suo vero potenziale di differenziazione e valorizzazione. Il core o pacchetto di servizi di base è l'insieme di servizi necessari a erogare il servizio di base. Esso si compone, oltre che del servizio di base, di servizi di facilitazione e servizi ausiliari. I primi sono quei servizi che facilitano l'erogazione del servizio di base, senza i quali spesso non sarebbe neppure possibile fornire il servizio (in una farmacia la selezione di un assortimento di prodotti farmaceutici e parafarmaceutici) i servizi ausiliari sono anch'essi da appoggio, ma assolvono a un'altra funzione: accrescere il valore del servizio e fare una prima differenziazione rispetto a quello erogato dai concorrenti (nella farmacia i servizi ausiliari sono informazione e consulenza; servizi di diagnostica; analisi di prima istanza; servizi di prenotazione di prestazioni ambulatoriali; noleggio di apparecchiature a supporto all'assistenza domiciliare; adesione a iniziative di prevenzione; ecc.).

La farmacia dei servizi è impostata principalmente sulla qualità e sulla quantità dei servizi offerti e cerca la fidelizzazione di coloro che la frequentano attraverso l'ampia gamma della sua proposta.

I servizi offerti possono essere suddivisi tra servizi cognitivi e servizi alla persona. Tra i servizi cognitivi, quelli più importanti sono l'informazione, il consiglio, la consulenza. Il farmacista deve utilizzare le proprie conoscenze per metterle a disposizione del paziente e coinvolgerlo nella scelta delle possibilità di cura. "Ascolto, affidabilità e fiducia sono i tratti caratteristici di questa rinnovata – o ritrovata – interazione"²¹⁹. Per quanto riguarda i servizi alla persona, si va dai vari tipi di analisi (della pelle, dei capelli, del sangue, ecc.) alla misurazione della pressione arteriosa, al controllo del peso, alle prenotazioni di visite ed esami presso le strutture sanitarie accreditate (CUP), alla consegna a domicilio dei farmaci per chi è impossibilitato a recarsi in farmacia, al noleggio di apparecchiature e/o di attrezzature (aerosol, stampelle, bilancia pesa-neonati, carrozzelle per problemi di tipo motorio, ecc.), alla distribuzione di materiale informativo su malattie, stili di vita e nuovi prodotti nonché attività di informazione su argomenti sanitari.

Il farmacista è innanzitutto un educatore sanitario; difatti dispensa consigli connessi alla cura dei pazienti. Il pacchetto di servizi di base va integrato dallo sviluppo dell' "offerta di servizi allargata" che è "il modo in cui i clienti ricevono l'offerta".

Quest'ultima si compone di tre elementi che si combinano con quelli del pacchetto di servizi di base: l'accessibilità del servizio, l'interazione con l'utente e la partecipazione del cliente²²⁰. I servizi offerti da una farmacia possono essere visti come un continuum che va dalla farmacia focalizzata solo sulla terapia farmacologica alla farmacia che fornisce servizi legati alla "gestione della malattia". Nel primo caso ci troviamo in una farmacia come "punto di servizi di assistenza"; nel secondo caso abbiamo di fronte una farmacia che si occupa della "gestione della malattia" oltre che della dispensazione della terapia farmacologica. Al centro

²¹⁹ Cfr. M.,T., Cuomo, Metallo, G., Testa, M., Tortora, D., op. cit. p. 10.

²²⁰ Cfr. Brusoni, F., Mallarani, E., *La nuova impresa farmacia*, Egea, 2009, pp.142-143.

ci sono le farmacie che offrono servizi di screening della salute, programmi di gestione della malattia, servizi clinici²²¹.

La gestione della cura della malattia prevede la raccolta di dati riguardanti la storia clinica del paziente e una comunicazione costante con il paziente stesso per poter poi offrire servizi di educazione e prevenzione. Numerosi studi hanno documentato l'importanza del ruolo del farmacista durante l'erogazione dei servizi di gestione della malattia. Fra questi, Christensen et al., 1999; Dobie and Rascati, 1994; Knapp et al., 1998; Rupp, 1988, 1992; Smith, Faussatt, and Christensen, 1999. Dopo aver raccolto i dati dei pazienti occorre monitorare continuamente il paziente con un'offerta di servizi e programmi per la salute mirati²²².

Si ricordano inoltre numerosi studi condotti che hanno dimostrato come i servizi offerti dalle farmacie possono apportare nel tempo un significativo miglioramento della qualità della vita dei pazienti seguiti²²³.

I contributi teorici e metodologici sul marketing dei servizi evidenziano come sia proprio all'interno della farmacia che si instauri il rapporto con il cittadino-utente. Pertanto bisogna cercare di soffermarsi sull'importanza che assume il personale all'interno del punto vendita.

Alcune ricerche dimostrano come i dipendenti che ricevono un trattamento equo dal proprio datore di lavoro sono più propensi alla relazione con i clienti²²⁴. I consumatori valutano un servizio sulla base di alcuni parametri quali l'affidabilità, la reattività ad aiutare in consumatore, la garanzia di trovare la cortesia del front office, l'empatia, la tangibilità ovvero la possibilità di trovare alcuni elementi tangibili del servizio quali le attrezzature, il personale di contatto²²⁵.

Gli studi fatti sul campo dimostrano come la professionalità e competenza del farmacista, così come la gentilezza e disponibilità del personale, sono fattori importanti per la scelta della farmacia da parte di un cliente. Il personale ha la

²²¹ McDonough, R.P., "Interventions to improve patient pharmaceutical care outcomes", in *Journal of the American Pharmacists Association*, 1996; cfr. Anche Strand, L.M., Cipolle, R.J., Morley, P.C., *Documenting the clinical pharmacist's activities: Back to basics*, Drug Intell Clin Pharm, 1988.

²²² L'offerta di tali servizi, programmi di campagne anti fumo, screening cardiovascolari, controlli del peso, controlli della pressione, restano sempre distinti dall'attività di dispensazione farmaceutica e rappresentano un importante modo di differenziarsi dalla concorrenza per una farmacia. L'implementazione di servizi aggiuntivi che possono trasformare la farmacia in un luogo di check up completo della salute del paziente, richiede da parte del farmacista una corretta gestione delle leve del marketing mix.

²²³ Si citano al riguardo i risultati dei lavori di Cranor, C.W., Christensen, D.B., "The Asheville Project: Factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program", *American Journal of Pharmacist Association*, 43:160, 2003; Etamad, L. R., Hay, J. W., "Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care in a medicare drug benefit program", in *Value Health* 6:425, 2003; Mc Lean, W., Gillis, J., Waller, R., "The BC Community Pharmacy Asthma study: A study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia", *Canadian Respiratory Journal*, 10.125, 2003.

²²⁴ Cfr. Bowen, D.E., Gilliland, S.W., Folger, R., *HRM and service fairness: How being fair with employees spills over to customers*. *Organizational Dynamic journal* 27:7.

²²⁵ Cfr. Berry, L., Parasuraman, A., Zeithmal, V., *Improving service quality in America: Lessons learned*. *Academy Management Executive journal* 8:32.

stessa importanza di elementi fisici quali ad esempio l'immediata disponibilità dei farmaci.

Il personale della farmacia genera un valore addizionale, frutto di atteggiamenti concreti tenuti quotidianamente dal personale nei confronti della clientela. L'uomo è un essere dominato dalle emozioni quindi per sviluppare una relazione duratura è necessario suscitare un'empatia e un senso di appartenenza e per questo risulta fondamentale la motivazione dei dipendenti. Le principali caratteristiche per avere un gruppo, o meglio una squadra motivata, sono: coltivare abitudini personali che siano di esempio per i colleghi e collaboratori: buon umore, equilibrato senso di ottimismo, atteggiamento positivo nei confronti del lavoro, degli obiettivi da perseguire e dei cambiamenti da gestire; valutare le capacità e le attitudini di ciascuno, individuando chi sia più portato a ricevere incarichi di responsabilità, rispetto a chi tende ad eseguire solo le direttive; sviluppare l'orientamento all'obiettivo da parte di tutto il gruppo fissando traguardi motivanti, ribadendo l'importanza del rispetto dei tempi e del lavoro dei colleghi. Così facendo, non solo si migliorano i risultati della farmacia, ma anche l'autostima e la sicurezza delle persone; emanare direttive chiare e precise, che non creino equivoci o incertezze relativamente alla qualità, ai tempi, alle modalità e alle valutazioni dell'attività da svolgere; riconoscere l'ottenimento dei risultati, ma anche l'impegno profuso e l'eventuale raggiungimento di obiettivi intermedi.

L'applicazione di queste capacità da parte di chi gestisce la farmacia è in grado di trasformare questo punto vendita in un luogo dove le persone sono contente di lavorare. Porre attenzione a questo tema, vuol dire far sentire i collaboratori parte della squadra, per questo si rende necessario mettere al corrente il personale dell'andamento dell'attività, dei progetti che l'imprenditore vuol porre in essere, e degli obiettivi che si vogliono raggiungere. Alcuni esperti spingono a vedere i propri collaboratori come clienti, ossia come una vera e propria risorsa da cui deriva il successo dell'impresa.

La farmacia intesa come "istituzione" vive in Italia come all'estero una pesante crisi di legittimità: gli utenti risentono di pregiudizi rispetto al canale e non raramente questo genera un'insoddisfazione diffusa, legata a reali inefficienze nel servizio o a comportamenti opportunistici, specie di chi non ha un rapporto continuativo con il farmacista.

In un contesto di questo genere, dove la fiducia non è quindi più legata al canale farmaceutico nel suo complesso, ma al singolo professionista o al singolo punto di vendita, questi ultimi si possono trovare in competizione con altri professionisti o con altre tipologie di punti di vendita nei confronti dei quali il cittadino ripone la propria fiducia, anche se tradizionalmente non operavano nel settore del farmaco.

A una riduzione delle restrizioni imposte dalle legislazione corrisponde un

aumento dei soggetti che operano sul mercato - corner in GDO e parafarmacie²²⁶. Inoltre le pressioni sui margini lungo la filiera hanno determinato operazioni di concentrazione e di integrazione verticale.

Altro fattore che ha modificato la domanda di assistenza farmaceutica in Italia è l'aumento della propensione all'automedicazione della popolazione. Maggiore è forte nel paziente tale propensione più egli è portato a rivolgersi a canali che lo fanno sentire più libero e meno controllato e con una veloce reperibilità dell'informazione.

I diversi canali, la competizione e le convergenze settoriali, se propriamente affrontate, possono costituire un'occasione importante per le farmacie più evolute e con maggiori capacità imprenditoriali, in quanto gli stakeholder del mercato, e in particolare le imprese di produzione, accrescono, grazie a esse, i propri investimenti sull'area del *trade* e aprono nuove opportunità di servizio e quindi di business per le farmacie sia singole sia aggregate in rete. L'ampliamento degli ambiti concorrenziali si manifesta anche in senso verticale, estendendosi agli altri soggetti coinvolti nel canale e, in particolare, ai fornitori industriali (Spranzi, 1988). Un ulteriore forma di concorrenza nel canale è data anche dallo sviluppo, anche nel settore farmaceutico, della marca commerciale (Lugli, 1976).

Nei contesti molto competitivi, come appunto il settore della distribuzione e del retail del farmaco, gli orientamenti strategici di tipo tradizionale orientati alla convenienza o alla differenziazione e al servizio, non sono sufficienti a garantire la sopravvivenza della farmacia. In tali contesti occorre operare uno spostamento della frontiera del "valore", agendo contestualmente su convenienza e servizio²²⁷. "La comprensione della struttura di valori attivata/attivabile attraverso la *product offering* costituisce il criterio guida per la determinazione di un **assortimento effettivamente coerente** e "riscontrabile" con i benefici ricercati dal consumatore, ovvero con il sistema valoriale da questi riconosciuto e apprezzato"²²⁸.

Le aziende che agiscono su una sola dimensione, infatti vengono scelte dal consumatore finale solo in base alle curve di indifferenza (preferenze) dello stesso, ma in realtà si equiparano come valore aggiunto complessivo.

Gli scenari economici, generale e settoriale, sono cambiati in maniera profonda e difficilmente reversibile, come del resto già avvenuto in molti altri settori di servizi pubblici e di pubblica utilità. Per molti anni il quadro dei rapporti con la Pubblica Amministrazione (PA) è rimasto saldamente ancorato al modello della concessione del servizio pubblico di farmacia, con piena continuità anche delle relative regole economiche. Oggi non solo stanno cambiando i livelli di remunerazione nell'ambito del rapporto di concessione, ma l'istituto stesso della concessione di servizio è talora messo in discussione²²⁹.

²²⁶ Cfr. Mallarini, E., *Fiducia in sanità*, Egea, Milano, 2004, pp.18-22.

²²⁷ Cfr. Cipolla C., Maturò A. (2001), *La farmacia dei servizi. Un percorso verso la qualità*, Franco Angeli, Milano, 2001.

²²⁸ Cfr. M.,T., Cuomo, Metallo, G., Testa, M., Tortora, D., op. cit. p. 10.

²²⁹ "Il tema è attuale in un paese come l'Italia, dove è difficile non garantire servizi sanitari disponibili in altri paesi, compresi gli Stati Uniti che hanno una spesa sanitaria superiore". Cfr. Borgonovi, E., Fattore, G., Longo, F., op. cit. p. 35.

I nuovi scenari pongono dunque l'esigenza di affrontare il dinamismo competitivo che preme sulle farmacie in termini di richiesta di efficienza e qualità dei servizi, ma anche in termini di rilancio su nuove basi della legittimazione sociale. Un secondo elemento è la riconosciuta importanza del carattere di prossimità. Oggi il concetto di "prossimità" non si riferisce soltanto alla "capillare dislocazione fisica sul territorio", ma anche e soprattutto alla "vicinanza della farmacia al paziente", attraverso le relazioni che la farmacia riesce a tessere con quest'ultimo che dipendono dalla sua capacità di essere per il cittadino un punto di riferimento.

Porre la centralità della farmacia come soggetto "prossimo" al paziente implica un'evoluzione dell'idea della farmacia come semplice impresa commerciale. Significa inoltre enfatizzare il ruolo della farmacia come realtà integrata nel SSN e significa considerare con grande attenzione il potenziamento che al carattere di vicinanza può derivare dall'utilizzo delle tecnologie informatiche. Valorizzare la vicinanza al paziente e l'integrazione della farmacia all'interno dei sistemi sanitari conduce ad una rivalutazione del contributo professionale del farmacista.

La fonte del vantaggio competitivo della farmacia va sempre più ricercata nel farmacista, le cui competenze specialistiche e capacità di azione rappresentano anche una difendibile barriera all'entrata in questo settore.

Quando oggi si parla di farmacia dei "servizi", si intendono semplicemente i "servizi aggiuntivi" o di completamento della distribuzione del farmaco, che possano contribuire all'immagine della farmacia, differenziandola dalla concorrenza e fidelizzando il cliente.

Ad oggi la logica dei servizi aggiuntivi sconta ancora una prospettiva "transazionale", dove gli obiettivi sono il profitto, la redditività e non la risonanza di intenti con i pazienti e con l'intero sistema sanitario.

Ci sono una varietà di servizi che i farmacisti possono offrire per aiutare i pazienti comprendere meglio i loro farmaci e stati di malattia²³⁰. I servizi di hanno diversi significati in diversi gruppi di assistenza sanitaria e possono riguardare la valutazione di farmaci paziente-specifici, la gestione della malattia-specifica, o una miscela dei due.

Mentre la maggior parte dell'assistenza sanitaria necessita di una prenotazione, di un appuntamento o di uno stato di emergenza, i farmacisti rappresentano il primo o comunque il punto di contatto più frequente e prossimo, anche fisicamente, tra il paziente e l'assistenza sanitaria. Le nuove pratiche di gestione della farmacia devono essere adottate raggiungendo obiettivi di cura e salute del paziente, miglioramento della qualità delle cure, riduzione dei costi per l'intero sistema sanitario.

²³⁰ Secondo i dati del Pharmaceutical Group of European Union 2015 i servizi maggiormente offerti dalle farmacie europee sono: servizio notturno; gestione pazienti asmatici; servizi domiciliari; vaccinazioni; Test gravidanza; smaltimento farmaci scaduti; misurazione pressione; vaccinazioni; disassuefazione dal fumo; test colesterolo, gestione pazienti cardiovascolari; revisione uso farmaci; misurazione pressione; ripetizione dispensazione pazienti cronici; follow up pazienti cronici. Cfr. PGEU, Annual Report 2015, <http://www.pgeu.eu>

Nonostante oltre due decenni di dibattito e sviluppo resta ancora molta ambiguità e incoerenza nel definire il ruolo centrale dei farmacisti e i servizi attraverso i quali questo nuovo ruolo serve ai pazienti²³¹.

²³¹ Cfr. Ellis, A. W., Sherman, J. J., Community and clinical pharmacy services. A step by step approach, McGraw-Hill Education, 2013, pp.15-22.

2.4 La ricerca di nuovi spunti interpretativi

Per ridare competitività alla farmacia non è possibile, oggi, tralasciare le dimensioni manageriali e di marketing. Questo perché i cambiamenti del comparto e della domanda di servizi di assistenza farmaceutica impongono strategie e strumenti operativi un tempo appannaggio solo di altri settori ma che ormai sono entrati a far parte anche del settore sanitario.

Una gestione manageriale della farmacia si rende sicuramente indispensabile per i professionisti del settore. Esiste una discreta letteratura, soprattutto internazionale, per ciò che concerne le tecniche e gli strumenti di marketing attivabili dal farmacista. Molti sono i contributi teorici per quanto riguarda l'applicazione delle funzioni operative alla farmacia: logistica, acquisti, allestimento del punto vendita, commercializzazione dei farmaci e dei prodotti.

Lo stato dell'arte della letteratura evidenzia che quello che si è teoricamente prodotto fino ad ora enfatizza la nuova chiave manageriale della farmacia.

I contributi teorici e metodologici ad oggi presenti, sia a livello nazionale che a livello internazionale, mettono in rilievo gli aspetti commerciali e di marketing della gestione della farmacia, ma non anche la dimensione *service*. I modelli di farmacia finora conosciuti e le modalità di gestione di questa impresa non sono in grado di competere nel mercato attuale né, tantomeno, di soddisfare i tanti e diversi bisogni espressi dai cittadini e dagli altri interlocutori. Nasce l'esigenza di sviluppare un nuovo modello di farmacia, che deve avere necessariamente nell'approccio multidisciplinare il suo punto di forza, e, nello stesso tempo, occorre dare un ruolo rilevante ad una gestione *service oriented*.

La farmacia è un'azienda a tutti gli effetti ed è sicuramente indispensabile gestirla come tale.

Gli approcci di marketing hanno, però, in qualche modo snaturato l'orientamento tradizionale di questa impresa. Dall'analisi della letteratura si evince come siano state tralasciate alcune dimensioni. Difatti nulla è risultato con riferimento al concetto di *service* applicato alla *gestione della farmacia*.

Oltre all'offerta tradizionale di farmaci e all'erogazione dei servizi aggiuntivi, si ritiene che il farmacista — laddove il paziente/utente è disposto — debba creare uno **“spazio di comunicazione”** con il cittadino, l' **“assistenza continua”**.

Nel presente lavoro per “servizio” non si intendono i servizi erogabili in farmacia introdotti dalle recenti normative, ma la **“relazione”**, il **“rapporto consulenziale”** e **“fiduciario”** con i pazienti.

Nella prospettiva suggerita il rapporto continuativo, relazionale e fiduciario che la farmacia deve creare con il cittadino è considerata l'unica fonte di valore aggiunto attraverso il quale, poi, si “co-crea valore” con e per mezzo di tutti gli attori del sistema. Le aziende non possono più agire senza che i consumatori partecipino all'erogazione dei servizi o all'offerta dei prodotti: i clienti oggi interagi-

scono sempre di più con le imprese e quindi co-creano valore²³². Questo è vero anche nel settore sanitario²³³.

La nuova identità della farmacia del futuro è quella di un point della salute di riferimento per i cittadini. Il ruolo strategico di interfaccia efficace nei confronti del paziente passa, difatti, attraverso un'attività di coordinamento e di integrazione con tutti gli attori della filiera, cittadino compreso.

Alla luce del gap emerso dall'analisi dei contributi sul “servizio in farmacia” e, in relazione all'attività di studio pianificata, nasce l'esigenza di una nuova metodologia di indagine.

Attraverso l'analisi della letteratura di alcuni filoni di ricerca si ritiene in questa sede di interpretare il fenomeno dell'assistenza farmaceutica. L'obiettivo è presentare il valore aggiunto che può apportare alle farmacie l'implementazione di una **logica relazionale di servizio** in cui il farmacista non vende un prodotto ma offre un servizio e lavora per conciliare le prospettive economiche e sociali dei diversi attori.

La metodologia interpretativa utilizzata è quella offerta dal *Viable System Approach* (VSA)²³⁴ unitamente alla *Network & Systems Theory*²³⁵, alla *Service Science* (SS)²³⁶ e alla *Service Dominant Logic* (S-DL)²³⁷. La metodologia interpretativa dell'Approccio Sistemico Vitale analizza il percorso evolutivo dell'orientamento al marketing nella gestione della farmacia evidenziando l'ampliamento della prospettiva da riduzionistica a sistemica, dal momento che l'approccio riduzionistico è inadatto ad analizzare un contesto complesso e in cambiamento come quello sanitario. L'orientamento del marketing nella gestione di impresa ha visto spostare il focus dell'attenzione dall'acquisizione della clientela (logica transazionale) al mantenimento della clientela (logica relazionale), aprendo al *Marketing Relazionale* e alla *Network & Theory Systems* che conduce,

²³² Cfr. Prahalad, C. K., Ramaswamy, V., “Co-creating unique value with customers”, in *Strategy & Leadership*, Vol. 32 Iss: 3, pp.4 – 9. Sulla co-creazione di valore si rimanda a Vargo, Maglio, Akaka, 2008; Maglio, Spohrer, 2008; Gronroos, 2008, 2011, 2012; Prahalad, Ramaswamy, 2010, 2013; Gummesson, Mele, Polese, 2010; Vargo, Lusch, 2010;

²³³ Nel servizio sanitario spostando l'attenzione alla condivisione delle informazioni e valori si offrono nuovi spunti per la co-creazione di valore nella cura della salute. Cfr. Barile, S., Saviano, M., Polese, F., “Information asymmetry and co-creation in health care services”, *Australasian Marketing Journal* (AMJ), Volume 22, Issue 3, August 2014, Pages 205–217. Si adano anche Iandolo, Calabrese, Antonucci, Caputo, 2013; Barile, Polese, Carrubbo, 2012; Saviano, Bassano, Calabrese, 2010.

²³⁴ Beer, 1991, Golinelli, 2000, 2001, 2002, 2009; Barile 2005, 2006, 2008, 2009; Barile, Gatti, 2003; Simone, 2011; Pellicano, Ciasullo, 2010; Saviano, Bassano, Calabrese, 2010; Saviano, 2003, 2012.

²³⁵ Gummesson 2002, 2008, 2009, Barile, 2009; Barile & Polese, 2009, 2010; Hofacker e Pagani, 2009; Golinelli, 2010; Estrada, 2011; Berkovitz, 1988.

²³⁶ Gummesson, 2004; Spohrer et al, 2007; Vargo, Lusch, 2004, 2006, 2008; Spohrer, Maglio, Bailey e Gruhl, 2007; Vargo, Maglio, Akaka, 2008; Barile, Saviano, 2010; Maglio, Kieliszewski, Spohrer, 2010; Saviano, Bassano, Calabrese, 2010; Grönroos, 2011; Golinelli, Barile, Saviano, Polese, 2012; Polese, Mele, Gummesson, 2014; Gadrey, Gallouj, 2002; Metcalfe, Miles, 2000; Lovelock, Wirtz, 2012.

²³⁷ Vargo & Lusch, 2006; Lusch, Vargo, Wessels, 2008; Vargo, Maglio, Akaka, 2008; Vargo e Akaka, 2012.

anche in ambito sanitario, ad uno spostamento della prospettiva dell'analisi alla relazione fra le parti²³⁸. Alla luce dell'*Approccio Sistemico Vitale* lo spostamento del focus dalle parti alla relazione fra le parti decreta il passaggio da una visione riduzionistica ad una sistemica.

L'attenzione posta sulla relazione e l'applicazione della *Service Science* rendono possibile il passaggio all'ottica sistemica di servizio. Difatti la *Service Science*, applicata all'area del *pharmaceutical care*, permette di indirizzare la gestione dell'intera filiera in un'ottica di servizio; inoltre ipotizza che il paziente-utente partecipi attivamente alla gestione dell'offerta del farmacista.

Infine il paradigma della *Service Dominant Logic* sposta il focus dall' "atto di scambio" di beni e servizi al "processo di interazione" in cui ogni attore diventa risorsa integrante e contribuisce alla creazione di valore²³⁹.

Quello che si cerca di elaborare è il passaggio da una logica transazionale ad una logica relazionale e di *service* anche nella gestione della farmacia.

La nuova prospettiva indica il ruolo che può svolgere la farmacia all'interno del contesto sanitario e delle strategie attivabili dal farmacista per sopravvivere nel nuovo contesto.

Attraverso il framework concettuale di questa metodologia di indagine, l'*Approccio Sistemico Vitale*, unitamente alla *Scienza del servizio* e alla *Logica del Servizio*, vengono approfondite le condizioni relazionali necessarie al rafforzamento del ruolo della farmacia come punto della salute e del benessere nel mercato.

Emerge, pertanto, una duplice prospettiva dell'azienda farmacia: da un lato è una componente necessaria del sistema sanitario; dall'altro, sotto la spinta del cambiamento del contesto competitivo, si coglie la necessità di un approccio evoluto di *management* e di *service marketing* nella sua gestione.

La figura che segue, 2.4.1, sintetizza la possibilità offerta dalla nuova metodologia interpretativa di studiare la farmacia sia in un'ottica di azienda pubblica che di service passando dalla logica transazionale alla logica relazionale.

²³⁸ Cfr. Grönroos C., 1994; Gummesson E., 2006; Gummesson E., 2008; Gummesson E., Polese F., 2009; Costabile M., 2001 e Grandinetti R., 2008 ; Esposito De Falco S., Massaroni E., Rossi S., 2009; Piciocchi P., Saviano M., Bassano C., 2011. Naturalmente il percorso delineato in questa sede non offre una rappresentazione compiuta dell'evoluzione del marketing, ma ne coglie alcuni passaggi fondamentali alla luce della prospettiva di interesse assunta.

²³⁹ Barile, Saviano, "Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva", in Esposito De Falco S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni*. pp. 56-78, Franco Angeli, Milano, 2012.

Schema 2.4.1 — Il passaggio dalla logica transazionale alla logica service offerto dalla nuova metodologia interpretativa



Fonte: elaborazione personale sulla base degli studi effettuati.

Capitolo III

Verso un ripensamento del ruolo della farmacia nel proprio contesto: il contributo di nuovi indirizzi interpretativi

SOMMARIO: Introduzione. — 3.1 La farmacia come sistema: il contributo dell'*Approccio Sistemico Vitale*. — 3.2 La farmacia come centro relazionale di servizio: il contributo della *Network & Systems Theory* e del *Relationship Marketing*. — 3.3 La farmacia come centro di conoscenza multi-disciplinare: il contributo della *Service Science*. — 3.4 La farmacia come sistema di servizio: la *Service Dominant Logic*. — 3.5 Il nuovo ruolo della farmacia come sistema di servizio.

Introduzione

Il capitolo elabora un cambiamento di prospettiva onde poter definire il ruolo che può svolgere la farmacia nel sistema sanitario e le strategie attivabili dall'Organo di Governo — il farmacista — per sopravvivere nel nuovo contesto.

Attraverso il framework concettuale dell'Approccio Sistemico Vitale, unitamente alla Scienza del servizio e alla Logica del Servizio, vengono approfondite le condizioni relazionali necessarie al rafforzamento del ruolo della farmacia come punto della salute e del benessere nel mercato. In particolare l'adozione della metodologia della Logica del Servizio nella gestione della farmacia consente di indagare le condizioni per la co-creazione di valore con il paziente, rafforzando in tal modo il ruolo della farmacia come ponte relazionale fra tutti gli attori del sistema sanitario. L'approccio di gestione della farmacia in ottica di servizio è inteso a valorizzare le competenze professionali del farmacista e aprire al potenziale contributo di valore offerto dal cittadino.

Alla luce di tale modello si procederà a concepire possibili strumenti, metodi e tecniche che possano supportare l'approccio relazionale service-based, favorendo al tempo stesso lo sviluppo di una visione che vede formalizzato il contributo di valore, nonché le responsabilità, dell'utente stesso quale fulcro dell'impianto relazionale cui la value proposition dell'intero sistema sanitario si indirizza.

3.1 La farmacia come sistema: il contributo dell'*Approccio Sistemico Vitale*

Per comprendere lo scenario in cui opera l'impresa farmacia ed i cambiamenti in atto del settore possiamo fare riferimento all'*Approccio Sistemico Vitale*²⁴⁰. Nella gestione di sistemi complessi e instabili come quello sanitario il con-

²⁴⁰ L'Approccio Sistemico Vitale (ASV) è una metodologia di indagine utilizzata anche in ambito economico-manageriale per comprendere il funzionamento di qualsiasi organizzazione sociale (imprese private, Enti Pubblici) oggetto di studio. L'ASV permette di analizzare in maniera critica la natura delle organizzazioni, come sono governate, come si relazionano con gli interlocutori esterni, quali sono le dinamiche evolutive e i processi di sviluppo. Cfr. Barile, S., Una nuova prospettiva di studio delle organizzazioni imprenditoriali: il paradigma sistemico vitale, in *L'impresa come sistema. Contributi sull'approccio sistemico vitale (ASV)*, Giappichelli Editore, 2008. Si ve-

tributo di tale approccio permette ai *decision maker* di interpretare meglio tale realtà e imparare a gestirla.

L'ottica sistemica permette di indagare il problema dell'asimmetria informativa nel *pharmaceutical care* ai fini dello sviluppo di relazioni fiduciarie e durature con l'utenza, facendo riferimento al ruolo di servizio delle farmacie²⁴¹.

Il concetto di sistema vitale è, infatti, riferibile a qualsiasi organizzazione – nel nostro caso l'impresa farmacia – che abbia come finalità il conseguimento della sopravvivenza nel contesto²⁴².

L'*impresa sistema vitale* è una rappresentazione dell'impresa derivata dalla teoria dei sistemi vitali, adeguata ad esprimere caratteri e connotazioni di natura sistemica (quali: l'apertura del sistema, la sua capacità di adattamento e la ricerca delle modalità di miglioramento della sua capacità di sopravvivenza e dei suoi meccanismi di funzionamento), che si sintetizzano nel concetto di "vitalità"²⁴³.

Si definisce *sistema vitale* "un sistema che sopravvive, rimane unito ed è integrale; è omeostaticamente equilibrato sia internamente che esternamente e possiede inoltre meccanismi e opportunità per crescere e apprendere, per svilupparsi ed adattarsi, e cioè per diventare sempre più efficace nel suo ambiente"²⁴⁴.

La teoria dei sistemi vitali è sintetizzabile nell'enunciazione dei suoi postulati, che formano la base assiomatica per lo sviluppo del modello di impresa sistema vitale²⁴⁵.

La vitalità di un sistema, secondo il primo postulato, è ricondotta alla sua capacità di sopravvivere in un determinato contesto, dove, pur mantenendo un certo grado di autonomia, si giustifica la sua presenza e la sua funzione. La capacità di sopravvivere è garantita da continui processi di adattamento, attraverso lo scambio di risorse con l'ambiente circostante. Il sistema vitale è, quindi, anche un sistema *aperto e contestualizzato* nel suo ambiente, con il quale attua uno scambio di risorse.

Il secondo postulato fissa la proprietà di *isotropia*: i sistemi vitali presentano la stessa identità da qualunque direzione li si osservi; da ciò discende che i sistemi vitali possono differenziarsi in diverse strutture fisiche, ma sono identifi-

da anche Golinelli, G. M., Gatti, M., *L'impresa sistema vitale. Il governo dei rapporti intersistemici*, Cedam, 2000.

²⁴¹ Per approfondimenti sull'utilizzo della metodologia ASV nei sistemi sanitari si vedano Saviano, 2012; Barile & Saviano, 2013; Saviano et al., 2013.

²⁴² La caratteristica dell'impresa sistema vitale è proprio la sua continua interazione con il contesto, al fine di assicurarsi la sopravvivenza. L'impresa "sistema vitale" è una categoria logica diversa rispetto a quella di "sistema vivente" intesa dai biologi: è nel concetto di vitalità che troviamo in maniera focalizzata la qualificazione atta ad esprimere in modo rigoroso la natura sistemica dell'impresa, quale categoria di organizzazione sociale. Cfr. Saviano, M., *Analisi sistemico vitale della distribuzione commerciale*, Giappichelli, Torino, 2003, p. 26. Si veda inoltre Golinelli, G. M., *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, Vol. I, Cedam, Padova, 2000, p. 109.

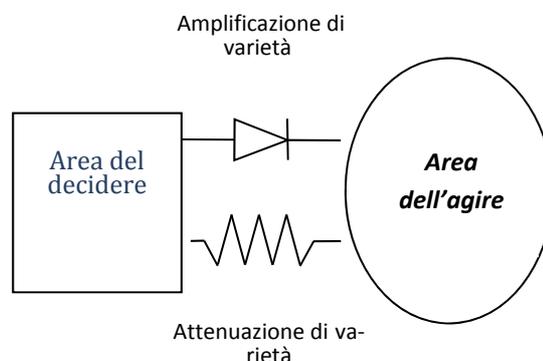
²⁴³ L'evoluzione del pensiero sistemico in economia d'impresa vede una tappa importante nell'identificazione del *sistema vitale* quale categoria logica meglio focalizzata rispetto a quella di *sistema vivente* e più generale (in quanto riferibile a tutte le organizzazioni sociali), che trova nel concetto di vitalità una qualificazione atta ad esprimere in modo rigoroso la natura sistemica dell'impresa, quale particolare categoria di organizzazione sociale.

²⁴⁴ La definizione di sistema vitale, riportata in Golinelli, G. M., op. cit., Vol. I, pag. 110, è tratta da Beer. Cfr. Beer, S., *Diagnosi e progettazione organizzative — Principi cibernetici*, Isedi, Torino, 1991, p. 63.

²⁴⁵ Cfr. Golinelli G. M., op. cit., Vol. I, pp. 110-115.

cati allo stesso modo. La loro identità è caratterizzata dalla presenza di un'area del decidere e un'area dell'agire (Figura 3.1.1). Dunque, ai fini dell'identificazione del sistema vitale, è sufficiente verificare la presenza delle suddette aree.

Figura 3.1.1 - L'identità dei sistemi vitali



Fonte: Golinelli, G. M., *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, op. cit., Vol. I, p. 112.

I simboli grafemici (il simbolo elettronico della resistenza e il diodo amplificatore) che connettono il quadrato ed il cerchio rappresentano meccanismi di amplificazione e di attenuazione della varietà, che si rendono necessari per effetto dell'esistenza di un differenziale di varietà tra le competenze di base del cerchio e le competenze dinamiche del quadrato.

Definita l'identità del sistema vitale, si precisa che ogni organizzazione sociale, considerata come sistema vitale di livello L , è contenuta in un altro sistema vitale di ordine superiore $L+1$, e, a sua volta, può contenere, fino al raggiungimento del limite irriducibile rappresentato dal singolo essere umano, altri sistemi vitali di livello $L-1$. I processi di un sistema vitale di livello L sono, quindi, riconducibili a sistemi vitali di livello inferiore che risultano avere la stessa identità del sistema vitale che li contiene.

Si evince che *non è rilevante studiare le caratteristiche sistemiche di una certa organizzazione X (nel nostro caso l'impresa Farmacia) senza studiare contemporaneamente i sovra-sistemi in cui è inclusa (Stato, Industrie farmaceutiche, medici) e i sottosistemi che include (i clienti-pazienti)*. Tale conclusione, che costituisce uno dei punti cardine dell'approccio sistemico-vitale, risulta fondamentale nell'analisi delle relazioni *intra* ed *inter*-sistemiche. Infatti, lo studio delle relazioni con i sovra-sistemi e con i sottosistemi consente poi di spiegare le modalità di interazione con il contesto e dunque il comportamento del sistema in funzione delle specifiche finalità perseguite.

La *contestualizzazione* implica che la comprensione delle caratteristiche e delle dinamiche di un sistema può avvenire solo guardando ai sovra-sistemi che su di esso insistono (livello sistemico $L+1$) e ai sottosistemi in esso inclusi (livello

sistemico *L-1*), da cui trae ed a cui fornisce, rispettivamente, indirizzi e regole (postulato 3).

Il quarto postulato, che riguarda le modalità e gli effetti dell'interazione tra il sistema di livello *L* ed il sovra-sistema cui riferisce, in un certo arco temporale, fissa i criteri dell'agire sistemico individuando nella *consonanza* quello atto a qualificare le condizioni di compatibilità strutturale tra entità poste in relazione²⁴⁶ e nella *risonanza* quello atto ad esprimere il risultato dell'interazione sviluppata sulla base di una effettiva condivisione di finalità e obiettivi. Il concetto di *risonanza* esprime l'efficacia della dinamica di interazione per effetto della quale il sistema, sottoposto ai vincoli esterni dei sovra-sistemi diretti e indiretti, *amplifica ed esalta* la sua azione verso il perseguimento del fine di sopravvivenza.

La rilettura dei postulati del modello di sistema vitale nell'impresa conduce allo sviluppo del modello di *impresa sistema vitale*, nel quale gli aspetti relativi all'apertura del sistema, alla rilevanza del contesto ed alla capacità di sopravvivenza dell'impresa, acquisiscono una puntuale significatività.

Nel passaggio dal modello astratto di sistema vitale al modello di impresa sistema vitale, viene precisata la necessità di:

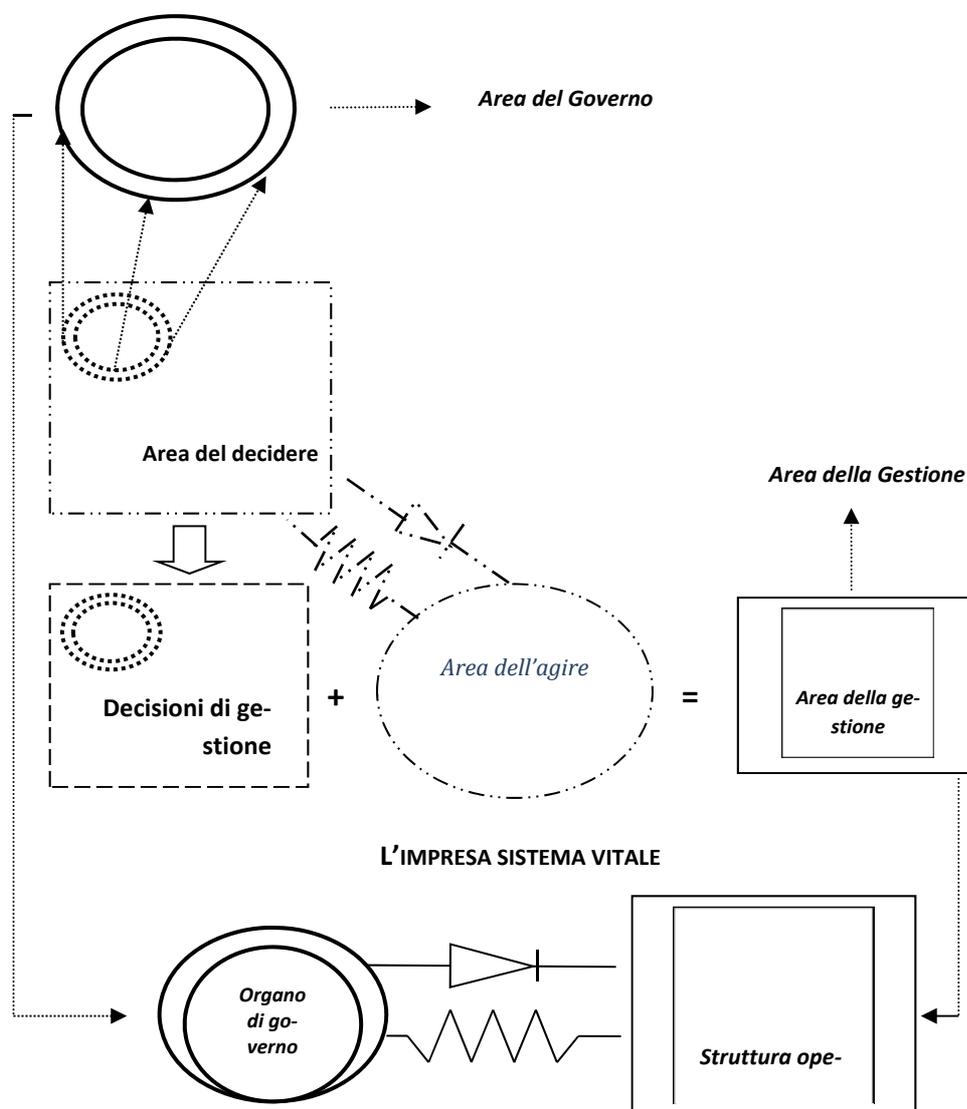
- i.** assumere la prospettiva del soggetto di governo;
- ii.** distinguere, nell'ambito decisionale, tra area delle decisioni di governo e area delle decisioni di gestione (estrazione delle decisioni di governo dall'area del decidere);
- iii.** rappresentare un'area operativa adeguata ad esprimere le attuali caratterizzazioni delle imprese, riconoscendole fondamentali capacità di auto-organizzazione, nonché conoscenze tacite e routine, sviluppate al proprio interno.

Si giunge alla rappresentazione dell'impresa sistema vitale attraverso il processo di astrazione illustrato in figura 3.1.2²⁴⁷.

²⁴⁶ Il concetto di consonanza e la sua natura strutturale non sono nuovi in letteratura; già Normann vi individua "le condizioni di sviluppo dell'impresa". Cfr. Normann, R. *Le condizioni di sviluppo dell'impresa*, Etas Libri, 1979.

²⁴⁷ Per i dettagli del relativo processo si rinvia alla trattazione dell'Autore. Cfr. Golinelli, G. M., op. cit., Vol. I, pp. 115-124. Per ulteriori approfondimenti il lettore può consultare anche Barile, S. (a cura di), *Contributi sul pensiero sistemico in economia d'impresa*, Collana Arnica, Wm. Editore, Salerno, 2000; cfr. anche AA.VV., *Esperienze d'impresa*, Numero monografico, Serie Speciale, S/1, 2002.

Figura 3.1.2 — La rappresentazione dell'impresa sistema vitale quale modello estratto del sistema vitale



Fonte: adattato da Golinelli, G. M., *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, op. cit., Vol. I, pp. 118-119.

In estrema sintesi la necessità di assumere, coerentemente con la prospettiva sistemica, un preciso punto di vista spiega l'assunzione dell'ottica del soggetto di governo — nel nostro caso chi gestisce una farmacia — deputato a guidare le dinamiche evolutive del sistema. Conseguentemente, sono estrapolate dall'area del decidere le decisioni di governo, residuando, così, le decisioni di gestione, che, sommandosi all'area dell'agire, formano la complessiva struttura operativa dell'impresa.

Il modello che ne deriva enfatizza, da un lato, il ruolo del soggetto di governo, dall'altro, la rilevante attività decisionale della struttura operativa, risultando, così, adeguatamente rappresentativo della realtà dell'impresa odierna.

La teoria dei sistemi vitali, l'interpretazione dell'impresa come sistema vitale, possono pertanto essere impiegate come *strumenti analitici* per lo studio dell'impresa indagata e dei relativi fenomeni²⁴⁸.

Lo sviluppo dell'impresa sistema vitale è determinato dalle decisioni dell'*Organo di Governo*²⁴⁹. L'*OdG* seleziona i diversi sovra-sistemi con cui relazionarsi in ragione della *rilevanza*, cioè dell'influenza esercitata o esercitabile dai sovra-sistemi e della criticità, ossia della sostituibilità delle risorse rilasciate o rilasciabili dagli stessi²⁵⁰.

Le relazioni che legano il sistema vitale, i sovra sistemi e i sotto-sistemi possono originare quattro tipologie di interazioni fondamentali²⁵¹:

- di simbiosi
- di sinergia
- di ridondanza
- di antagonismo

Si comprende l'apporto di valore dello sviluppo di interazioni sinergiche e, entro certi limiti, di quelle simbiotiche; queste ultime, d'altra parte, pur realizzando condizioni di massima risonanza, comportano il rischio di perdita di autonomia in caso di dissolvimento patologico nel sovra-sistema di riferimento. Allo stesso modo, le ridondanze, apparentemente non apprezzabili secondo una logica di pura convenienza economica, possono assumere una rilevanza strategica. Evidentemente, invece, le interazioni antagonistiche, distruggendo valore, vanno evitate.

Lo studio dell'impresa e delle modalità con cui consegue il fine di sopravvivenza, presuppone un'indispensabile nota dei concetti di *ambiente* e *contesto*. In base allo schema interpretativo dell'*ASV* l'*ambiente* rappresenta una categoria logica per indicare una dimensione spazio-temporale all'interno della quale si colloca l'impresa. Il *contesto*, invece, è una "costruzione/rappresentazione focalizzata" dello scenario in cui si svolge l'attività sistemica.

L'ambiente è una sintesi di sovra-sistemi sociali, culturali, economici che definiscono il contesto in cui l'impresa "è inserita, opera e dal quale trae risorse,

²⁴⁸ In tal senso, l'approccio sistemico vitale diventa una chiave di lettura di alcuni fondamentali fenomeni caratterizzanti le dinamiche evolutive delle organizzazioni imprenditoriali – collaborazione, integrazione, associazionismo, e così via -, che appaiono rilevanti nella lettura del contesto sovra-sistemico di riferimento dell'unità impresa sistema vitale di cui si assume la prospettiva.

²⁴⁹ L'*Organo di Governo* è il "nucleo pensante", l'area decisionale che definisce gli indirizzi strategici dell'organizzazione. Cfr. Golinelli, G. M., op. cit., pp. 29 e 108.

²⁵⁰ La rilevanza esprime, infatti, la capacità che ha un sistema esterno di condizionare le prospettive di sopravvivenza e di sviluppo del sistema vitale impresa. Cfr. Golinelli, G. M., op. cit., pp. 191-194. Si veda anche Saviano, M., Considerazioni di sintesi non conclusive in "Nuovi percorsi di analisi strategica per l'impresa sistema vitale", *Esperienze d'impresa*, serie speciale S/1, Arti Grafiche Boccia, Salerno, 2003, p. 193.

²⁵¹ Cfr. Barile S., Nigro, C., Araldi, A., *L'analisi dei sistemi nelle programmazioni e nelle decisioni d'impresa*, Etas Libri, Milano, 1974, p. 4.

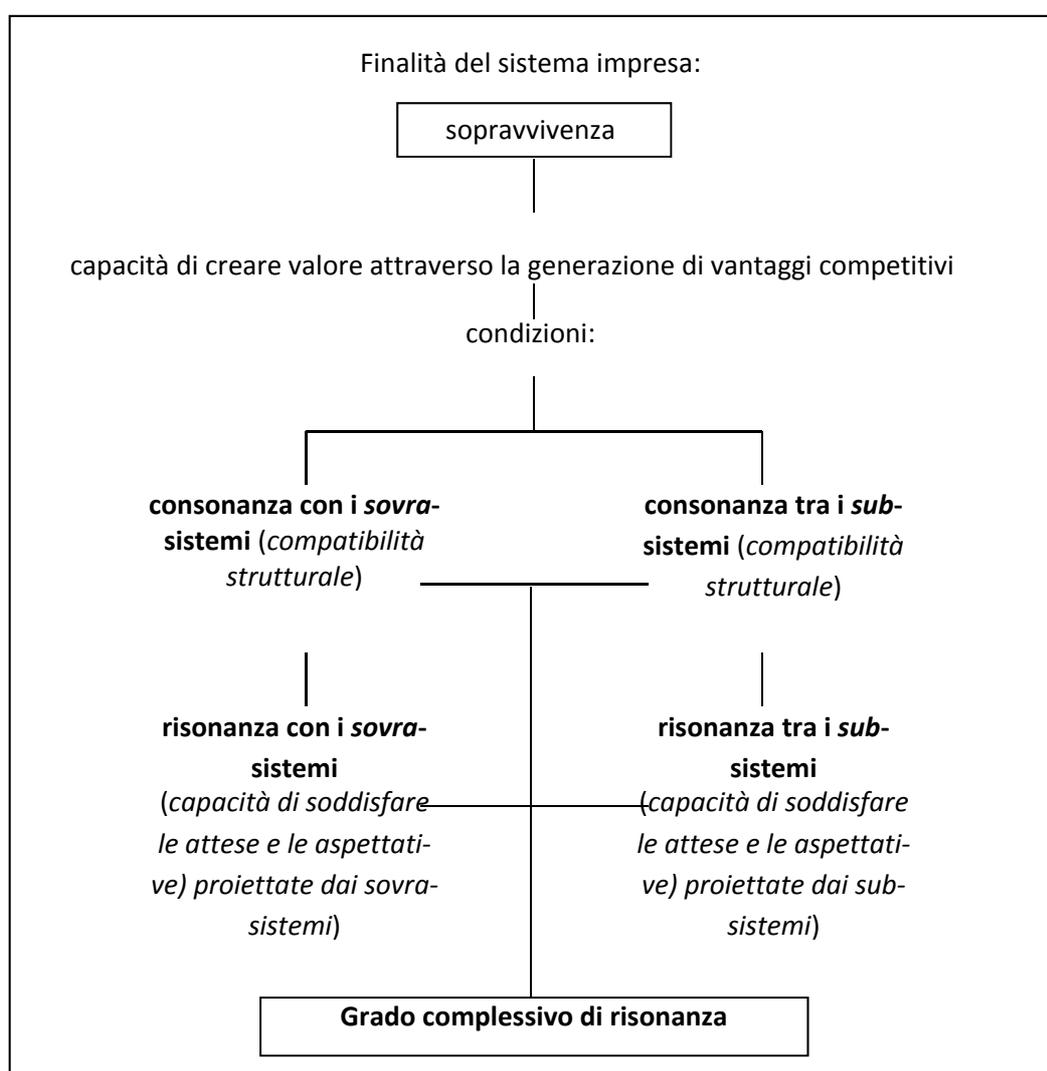
Occorre precisare che le relazioni che assumono rilevanza rispetto alla qualificazione delle possibili interazioni sono quelle olistiche, le quali attengono proprio al rapporto di ciascuna parte componente rispetto all'intera struttura. Il pensiero sistemico, infatti, sposta l'attenzione dalle parti al tutto per individuare una prospettiva d'insieme dei fenomeni ed evidenziarne i legami. Cfr. Capra, F., *La rete della vita*, Rizzoli, Milano, 1997, pp. 48 e seguenti.

consenso e legittimazione”²⁵².

Il soggetto di governo, interpretando l’evoluzione del contesto sovra-sistemico, definisce le linee di azione perseguibili per creare e mantenere condizioni di consonanza e, se è il caso, di risonanza nell’interazione sistemica e svolge, così, il suo ruolo di indirizzo e di controllo delle dinamiche evolutive del sistema vitale, con la finalità di garantirne la sopravvivenza nel contesto ambientale di riferimento.

Una efficace sintesi di tali aspetti e del ruolo dei criteri di consonanza e di risonanza è rappresentata in figura 3.1.3²⁵³.

Figura 3.1.3 — Consonanza e risonanza nelle relazioni intra ed inter-sistemiche



Fonte: Golinelli, G.M., *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, op. cit., pag. 207.

²⁵² Si confronti quanto descritto a proposito dell’impresa contestualizzata in Golinelli, G. M., op. cit. pp. 54-58.

²⁵³ Un sistema, nel momento in cui si qualifica come sovra-sistema, proietta attese e pressioni sul sub-sistema; il sub-sistema, al fine di remunerare adeguatamente le risorse rilasciate dal sovra-sistema, “avverte la necessità di generare e mantenere elevati gradi di consonanza e risonanza con il contesto”. Si veda Barile, S., op. cit., p. 56.

Come schematizzato in Figura 3.1.3, la sopravvivenza del sistema vitale è assicurata dalla *consonanza* che il sistema d'impresa è in grado di creare con i sovra-sistemi e tra i sub-sistemi, che costituiscono il suo specifico contesto operativo²⁵⁴.

La contestualizzazione conduce l'impresa ad identificare quei soggetti stakeholder che rilasciano all'impresa le risorse necessarie alla sua vitale sopravvivenza²⁵⁵. Lo stakeholder assurge a sovra-sistema quando instaura una relazione diretta con l'impresa.

“Lo studio delle relazioni con i sovra-sistemi e con i sottosistemi consente poi di spiegare le modalità di interazione con il contesto e dunque il comportamento del sistema in funzione delle specifiche finalità perseguite”²⁵⁶.

L'oggetto indagato — la farmacia all'interno del sistema sanitario - si presenta, agli occhi dell'osservatore, come insieme di operatori variamente classificabili (per funzione, per dimensione, ecc.). Utilizzando le “lenti” dell'analisi strutturale, si visualizzano connessioni tra gli operatori atte a definire quelle strutture relazionali (riconducibili ai modelli reticolari) da cui emergono organizzazioni sistemiche orientate al raggiungimento di specifiche finalità. I “sistemi” emergenti non sempre giungono a compimento e spesso variamente si discostano dalle “strutture” progettate per la loro implementazione e, quindi, da quelli solitamente identificati come “sistemi distributivi”²⁵⁷.

Il complesso delle premesse metodologiche fissate consente, a questo punto, di sintetizzare lo schema concettuale di analisi che sarà utilizzato come riferimento per lo sviluppo del nuovo ruolo che può avere la farmacia all'interno del contesto sanitario e delle relazioni che sono necessarie per ottenere efficienza per tutti gli attori in ottica sistemico vitale (Schema 3.1.1).

²⁵⁴ In sostanza con il concetto nozionistico di *consonanza* ci si riferisce al livello di integrazione, al *potenziale di compatibilità* tra le parti; la *risonanza* qualifica, invece, la *concreta interazione* tra le parti, al fine del raggiungimento di un obiettivo comune. Per ulteriori approfondimenti sui concetti di consonanza e di risonanza, si veda Barile, S., *L'impresa come sistema vitale. Contributi sull'Approccio Sistemico Vitale (ASV)*, Giappichelli Editore, 2008, pp. 56 e successive. Infatti, l'efficienza e l'efficacia organizzativa di un sistema dipendono dal grado di “consonanza” dell'attività del management rispetto alle singole unità sistemiche. Il soggetto di governo effettua le scelte, strutturali e sistemiche, utilizzando i criteri della consonanza e della risonanza con i vari interlocutori, con il fine di assicurare al sistema sempre maggiori probabilità di sopravvivenza.

²⁵⁵ La capacità di esercitare un potere di influenza di un sovra-sistema corrisponde all'acquisizione di una soggettività sovra-sistemica. Cfr. Pfeffer, J., “L'ambiente come aspetto centrale dell'analisi economica: il contesto sociale della strategia d'impresa”, in: Teece, D. J., (a cura di), *La sfida competitiva. Strategie per l'innovazione*, McGraw-Hill, Milano, 1989.

²⁵⁶ Cfr. Saviano, M., op. già cit., p. 28.

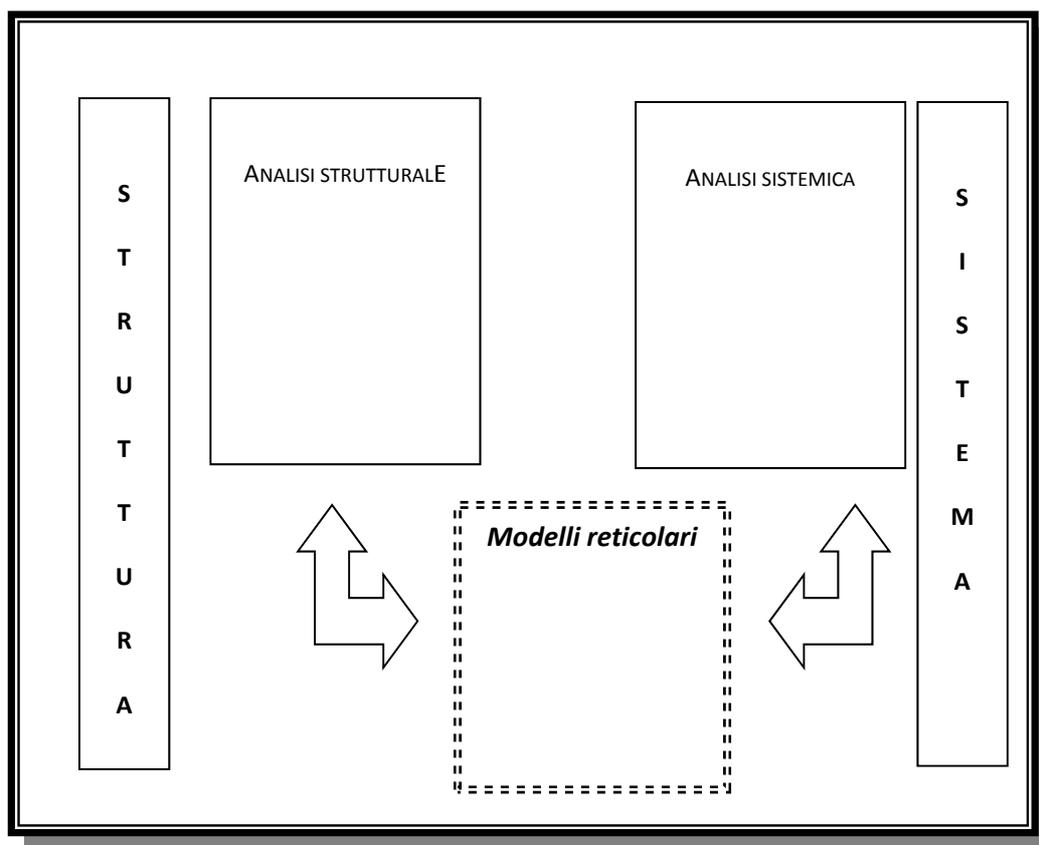
²⁵⁷ Per cogliere il passaggio dal concetto di struttura al concetto di sistema, si propongono le definizioni tratte da Barile, S., op. cit., pp. 70 e 72.

La *Struttura* è “un *insieme* in cui gli elementi vengono qualificati come *componenti* alle quali viene riconosciuta la capacità di contribuire alla realizzazione di determinate *funzioni* (attraverso lo svolgimento di *ruoli* specifici nell'ambito del *sistema* emergente). Le *componenti* potranno essere messe in *relazione* nel rispetto di determinati vincoli (*regole*)”.

Il *Sistema* è “una *struttura* orientata al raggiungimento di un fine. Tale fine viene raggiunto attraverso l'*interazione* delle componenti in una successione di relazioni (*processi*), nel rispetto delle regole.

Per ulteriori approfondimenti teorici si rimanda a Barile, S., Saviano, M., “Le basi del pensiero sistemico: la dicotomia struttura-sistema”, in *L'impresa come sistema*, op. cit.

Schema 3.1.1— Lo schema concettuale di analisi basato sul *paradigma struttura-sistema*



L'approccio di studio tradizionale, focalizzato sui *soggetti* del canale e sulle loro funzioni, deve essere completato da approcci di indagine che consentano di riassumere l'elevata articolazione descritta. Si procede, quindi, seguendo due linee direttrici, costruite sulla base del dualismo paradigmatico *struttura-sistema*, che induce a distinguere i due piani di analisi, strutturale, da un lato, e sistemica, dall'altro (si riveda lo schema 1). L'ipotesi interpretativa consiste nella *lettura di dinamiche evolutive che da forme organizzative di tipo mercatistico conducono verso la formazione di entità sistemiche vitali, attraverso la creazione di strutture reticolari*. Tali evoluzioni sono sintetizzabili nei passaggi *dai mercati ai sistemi vitali attraverso le reti*²⁵⁸.

La tensione verso il compimento del sistema vitale letta nelle entità organizzative considerate si manifesta a diversi livelli di aggregazione relazionale.

Oggi la farmacia deve puntare e investire su nuove dimensioni strategiche. Gli *Organi di Governo* di una qualsiasi organizzazione imprenditoriale, sia essa attività produttiva, attività commerciale e, nell'ambito delle attività commerciali, sia essa mercato retail di altri beni che mercato retail del farmaco, devono interpretare e riflettere i cambiamenti sistematici della società. Solo in tal modo, infatti

²⁵⁸ Alla distinzione tra mercati, reti e sistemi vitali corrisponde quella tra *sistemi embrionali, sistemi in via di compimento e sistemi vitali*, che rappresenta una utile tassonomia di riferimento nella lettura del contesto per la classificazione delle entità sistemiche presenti. Cfr. Golinelli, G. M., *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, op. cit., Vol. I, pp. 184-191.

ti, le imprese si adattano in maniera continua al mutamento dello scenario economico e sociale di riferimento.

Per rispondere in maniera adeguata al significativo cambiamento in atto, l'*OdG* dell'impresa farmacia deve gradualmente ripensare i suoi compiti e la sua figura, passando da "responsabile e dispensatore unico di farmaci" a "gestore" di una realtà organizzativa sempre più complessa qual è il punto vendita farmacia. Anche alle farmacie viene chiesto di ottimizzare le performance del negozio, di promuovere le vendite, di sviluppare le relazioni con la clientela e gli altri interlocutori rilevanti, di organizzare il personale, di raggiungere obiettivi economici.

Una singola unità imprenditoriale come una farmacia può, ad esempio, scegliere di operare autonomamente come *impresa indipendente*, relazionandosi in termini di mercato con le altre entità sistemiche presenti nel suo contesto di riferimento (industrie farmaceutiche, ingrosso, depositi); può scegliere di instaurare relazioni collaborative di vario grado con altri attori del contesto (ad esempio altre farmacie); l'*Organo di Governo* dell'impresa farmacia può decidere di relazionarsi costantemente con tutti gli attori del contesto sanitario condividendo risorse, informazioni, conoscenze e diventando un punto di riferimento per l'assistenza farmaceutica del cittadino.

Le relazioni instaurabili possono assumere varie forme, tipicamente reticolari, al fine di formare un sistema vitale di livello superiore, incrementando le probabilità di sopravvivenza dell'impresa oggetto di analisi e dell'intero sistema.

3.2 La farmacia come centro relazionale di servizio: il contributo della *Network & Systems Theory* e del *Relationship Marketing*

Come si è tentato di illustrare il settore farmaceutico è un comparto che sta attraversando profondi mutamenti. Lo scenario in cui operano le farmacie è caratterizzato da diverse spinte al cambiamento che traggono origine da esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica, dai cambiamenti della domanda di prestazioni sanitarie, dai rapporti critici con i vari interlocutori.

Inoltre le nuove normative hanno apportato cambiamenti alla filiera e aumentato l'ambito concorrenziale della distribuzione dei farmaci. Queste forze premono sul lavoro degli operatori del settore sanitario e quindi anche il ruolo ed il posizionamento delle farmacie richiedono di essere riconsiderati esplorando nuove basi di legittimazione sociale e di mercato.

Scopo di questo capitolo è di investigare come può riuscire la farmacia a favorire l'integrazione fra tutti gli attori del settore sanitario mediante l'applicazione di nuove metodologie di studio.

Dal momento che la farmacia è un'impresa è possibile applicare alla sua gestione gli approcci di *marketing* — passando, come si vedrà nel prosieguo, da una logica transazionale ad una logica relazionale — e di *service*.

Il sistema sanitario abbraccia aspetti legali, economici, etici e sociali che coinvolgono attori con differenti obiettivi, interessi, risorse e influenze. E' un settore caratterizzato da un elevato livello tecnologico e da una aumentata sfiducia e insoddisfazione dei pazienti sia dei livelli che della qualità delle prestazioni offerte.

Ciascuna delle tre comunità, *S-D Logic*, *Network & Systems Theory* e *Service Science*, offre un contributo alla conoscenza dell'impresa farmacia e del sistema sanitario. Le diverse comunità scientifiche riguardano i vari aspetti dei sistemi di servizio che vanno dalla configurazione strutturale alla dinamica del loro funzionamento.

La *Service Dominant Logic* “fornisce la logica di base per l'integrazione e la co-creazione di risorse di conoscenza nel contesto multi-disciplinare e multi-professionale” (Vargo & Lusch, 2006; Lusch, Vargo, Wessels, 2008; Vargo, Maglio, Akaka, 2008; Vargo e Akaka, 2012). Il paradigma della S-DL sposta il focus dall'atto di scambio di beni e servizi al un processo di interazione in cui ogni attore del nascente sistema diventa risorsa integrante e contribuisce alla creazione di valore.

Con la logica del servizio gli attori si relazionano continuamente integrando risorse, conoscenze e informazioni con l'obiettivo di creare maggiore valore per tutti.

La *Theory Network & Systems*, con l'approccio relazionale e l'*ASV*, contribuiscono alla “strutturazione, organizzazione e gestione dei sistemi della conoscenza di co-creazione, e allo sviluppo di modelli per combinare e gestire in modo efficace la varietà nel contesto” (Gummesson 2002, 2008, 2009, Barile, 2009; Barile & Polese, 2009, 2010; Hofacker e Pagani, 2009; Golinelli, 2010).

Come in tutti gli altri settori anche in ambito sanitario la teoria dei network

apre ad uno spostamento della prospettiva: dalle singole parti si passa al focus sulla relazione fra le parti.

L'applicazione della *logica relazionale di servizio* alle farmacie può apportare enormi benefici per tutti gli operatori del sistema. Difatti il nuovo approccio definisce il modo in cui vengono rispettate le esigenze dei singoli attori, come cambiano i rapporti all'interno della filiera, quali sono i vantaggi derivanti, come vengono definite le leve strategiche, quali sono le iniziative che vengono intraprese dalle diverse parti per differenziarsi.

L'approccio relazionale rappresenta un nuovo modello di come una visione più ampia dell'intero sistema sanitario può riuscire a costruire la "visione" della farmacia del futuro. Questa una farmacia è in grado di attivare collaborazioni con i vari operatori e stakeholder; condivide informazioni; ricerca i vantaggi competitivi dalla cooperazione.

Nel marketing osserviamo i tratti di evoluzione che hanno portato al cambiamento da un approccio di vendita *transazionale*, cioè tradizionale, ad una *logica relazionale* in cui il farmacista non vende un prodotto o un farmaco ma offre un servizio e lavora per conciliare le prospettive economiche e sociali dei diversi attori. L'orientamento del marketing nella gestione di impresa ha visto spostare il focus dell'attenzione dall'acquisizione della clientela (logica transazionale) al mantenimento della clientela (logica relazionale), aprendo al *Marketing Relazionale* prima e alla *Network & Theory Systems* poi. La Teoria dei sistemi comporta uno spostamento della prospettiva dell'analisi dalle parti alla relazione fra le parti. Alla luce dell'*Approccio Sistemico Vitale* lo spostamento del focus dalle parti alla relazione fra le parti decreta il passaggio da una visione riduzionistica ad una sistemica²⁵⁹.

Già quando si parla di marketing dei servizi si fa riferimento ad un modo innovativo e diverso di concepire il rapporto tra paziente e farmacista, in quanto si orienta verso la singola persona cercando di creare una relazione "diretta" e "personale". All'interno della farmacia si mettono in atto alcune politiche di marketing dei servizi che tengono conto dell'acquisto di un servizio attraverso l'esperienza. Il processo di acquisto in farmacia passa attraverso l'esperienza che si articola in diverse fasi:

- esperienza di anticipazione: l'utente anticipa l'esperienza di acquisto in farmacia, quando ad esempio è affetto da una patologia, oppure quando sente il bisogno di salute o benessere;
- esperienza di acquisto: il farmacista in questa fase realizza la sua funzione di informazione e guida per il cliente nell'acquisto di un prodotto.

²⁵⁹ Si vedano su tale argomento Grönroos C., 1994; Gummesson E., 2006; Gummesson E., 2008; Gummesson E., Polese F., 2009; Costabile M., 2001; Esposito De Falco S., Massaroni E., Rossi S., 2009; Picciocchi P., Saviano M., Bassano C., 2011. Si precisa che il passaggio da una logica transazionale ad una logica relazionale delineato in questa sede offre una sintesi dei passaggi principali dell'evoluzione del marketing dal momento che l'interesse di chi scrive è coglierne i passaggi fondamentali alla luce della prospettiva di interesse assunta.

- esperienza di consumo: questo processo di solito non si attua all'interno del punto vendita, ma esplica le sue funzioni in un momento successivo e in un altro luogo;
- esperienza di ricordo e di nostalgia: si concretizza quando il paziente avrà di nuovo il bisogno di recarsi in farmacia e, in base all'esperienza vissuta, deciderà se ritornare in quella farmacia oppure trovarne un'altra.

Oltre a creare esperienza di consumo e di acquisto il marketing si propone di realizzare soluzioni per clienti.

L'evoluzione nell'approccio di marketing unitamente agli sviluppi teorici della *Service Dominant Logic* e della *Service Science* segnano il superamento della *Good Dominant Logic*. L'*ASV* permette di integrare e far convergere i progressi delle comunità di marketing relazionale della *SDL* e della *SS*.

Gli approcci sviluppati nell'ambito dei diversi paradigmi tendono ad affermare una concezione del rapporto di scambio e delle relazioni di mercato che va anche oltre il concetto collaborativo.

L'obiettivo comune di tutti gli attori del sistema sanitario è la qualità dell'assistenza farmaceutica che va dalla consapevolezza del bisogno di salute e benessere alla motivazione alla base di un acquisto fino agli effetti che conseguono l'utilizzo di un prodotto o farmaco.

La visione offerta dal *Relationship Marketing* è necessaria ma non è sufficiente a garantire le ricercate sinergie con tutti gli attori della filiera in termini di condivisione e collaborazione per il raggiungimento di "obiettivi comuni".

L'approccio di marketing dei servizi del farmacista deve essere quello di mettere la propria professionalità e le proprie conoscenze al servizio dell'utenza. In tal modo il focus si sposta dalla transazione alla relazione e poi alla interazione con il paziente e con tutti gli attori del sistema. Il farmacista non dispensa farmaci o prestazioni clinico/sanitarie ma interagisce con il paziente per soddisfare il suo bisogno di assistenza. L'assistenza e la soddisfazione del bisogno creano il presupposto per la fidelizzazione dell'utente. L'efficacia sanitaria è legata agli effetti collaterali negativi che un farmaco può indurre e ciò sia in generale, sia in situazioni specifiche di stato di salute o di interazione con altri farmaci o sostanze. La farmacia, in quanto punto di vendita diretto a contatto con il cittadino, rappresenta una fonte di valore unica, sia dal punto di vista economico che sociale e sanitario. Il rapporto diretto e continuativo con l'utente la rende un punto dove inevitabilmente si generano e si gestiscono informazioni preziose. Ciò permette, da un lato, il progresso della conoscenza sugli effetti dei farmaci e, dall'altro, il miglioramento, attraverso il consiglio e l'informazione, del corretto utilizzo dei prodotti, riducendo il rischio di reazioni avverse ed effetti indesiderati anche gravi, che generano costi notevoli per il servizio sanitario.

Risulta evidente come l'elemento centrale decisivo per realizzare valore nel sistema sanitario risiede nella valorizzazione del ruolo delle farmacie che devono rendere più stabili le relazioni con i pazienti e con tutti gli attori del sistema.

La valorizzazione del ruolo delle farmacie parte dal rivalutarne la **funzione di centro relazionale di servizio del sistema sanitario**.

Le farmacie, infatti, possono realizzare campagne di prevenzione attuative di indirizzi definiti dalle aziende sanitarie. Nell'ambito della prevenzione possono rientrare attività di informazione, educazione, monitoraggio e supporto nei confronti dei pazienti. Inoltre, grazie anche agli interventi normativi degli ultimi anni, la farmacia può diventare il luogo naturale di servizio, supporto e assistenza da vari punti di vista: quello della disponibilità fisica di attrezzature e dispositivi e della manutenzione degli stessi; dell'assistenza tecnica nell'effettuazione delle operazioni di autodiagnosi.

La nuova visione del concetto di scambio nel contesto delle relazioni di mercato, a partire dal paradigma relazionale, è centrata proprio sul superamento della logica transazionale e sull'affermazione di relazioni stabili e durature con la clientela. La visione tradizionale delle relazioni di mercato è caratterizzata dal prevalere della *logica transazionale*, in cui i rapporti tra gli attori sono costituiti da scambi isolati, relazioni temporanee che iniziano e si concludono con l'atto di scambio e hanno ad oggetto la semplice transazione. Si ha *transazione* "quando la relazione [...] prende la forma di un contratto attraverso il quale le parti si vincolano a diritti e obblighi giuridicamente sanzionati [...]". Il contenuto della relazione è la specifica *prestazione* prevista dal contratto, "[...] che costituisce la ragione d'essere del rapporto allacciato sotto forma di transazione" (Vaccà, 1989: 129). Si ha relazione, invece, quando il valore generato è un *valore di scambio* "incorporato" nei prodotti/servizi offerti. Anche quando, come avviene nel caso delle cosiddette *transazioni ripetute* (Webster, 1992), l'atto di scambio tra le parti si ripete ancora non si può parlare di una logica diversa da quella transazionale.

Così, ad esempio, lo stadio di una relazione in farmacia non può dirsi "avanzato" o "evoluto" se semplicemente il "cliente ritorna".

Nella stabilizzazione della relazione, infatti, cambiano completamente le finalità dei soggetti coinvolti per lasciare spazio a nuovi presupposti di condivisione, che rendono gli attori partner di un progetto comune. Lo stesso può dirsi anche per quelle *relazioni di lungo termine* (Webster, 1992).

Le *relazioni di lungo termine* rafforzano il legame tra le parti ma non ne modificano la logica di base.

L'approccio transazionale è inadeguato nella organizzazione di strutture relazionali complesse quali quelle che caratterizzano il sistema sanitario. Quando utente da un lato e chi eroga il servizio dall'altro cambiano la logica alla base della loro relazione nasce la possibilità di creare valore, attraverso lo sviluppo di sinergie nello svolgimento di attività in collaborazione²⁶⁰.

Anche nel settore sanitario, pertanto, dovrebbero crearsi strutture stabili di cooperazione, che mutino il modo di concepire le relazioni. Gli attori, al di fuori dell'ambito di cooperazione, sono soggetti che restano autonomi.

La nascita di una logica sistemica nel settore sanitario indirizza ad un

²⁶⁰ Cfr. Barile, S., Saviano, M., "Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva", in Esposito De Falco S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012, pp.69-73.

fondamentale cambio di prospettiva segnato, innanzitutto, dal passaggio da una visione transazionale ad una visione relazionale che orienta le parti a sviluppare relazioni orientando verso un fine comune.

Il soggetto di governo della farmacia, il farmacista, adottando una logica relazionale, cerca di ottenere un elevato coinvolgimento delle parti, che, pur mantenendo la loro autonomia, devono sviluppare una stabile, o comunque efficace, integrazione nella struttura del sistema vitale.

Se ciò non avviene, non emerge un unico e unitario sistema vitale, ma si configurano solo possibili *sistemi in via di compimento*, che possono rimanere tali, evolvere a sistemi vitali o involvere a sistemi embrionali. La variazione del grado di compimento del sistema è dovuta proprio alla modificazione del livello di comprensione del contesto da parte di chi lo gestisce²⁶¹.

Alla luce dell'*Approccio Sistemico Vitale* è possibile, dunque, rileggere le dinamiche evolutive che conducono verso un nuovo paradigma di riferimento del settore sanitario e dell'assistenza farmaceutica. Tale nuovo paradigma sembra chiaramente indirizzarsi verso una logica di sistema che non significa semplice collaborazione fra gli attori al suo interno. In tale contesto i principi dell'*Approccio Sistemico Vitale* possono rappresentare un utile riferimento metodologico tanto come approccio di indagine quanto come approccio di governo delle interazioni. I principi dell'*ASV* propongono uno spostamento del focus dalla oggettività alla soggettività; dalla visione interna alla visione esterna; dalla visione statica alla visione dinamica; dalle parti/relazioni alle interazioni²⁶².

L'azione di chi governa è quindi esercitata ricercando un equilibrio tra *competitività* e *consonanza*, driver complementari e co-essenziali dell'azione di governo delle interazioni. La *competitività*, orientata alla *logica di mercato*, è caratterizzata da focus sui risultati di breve termine; prevalere delle parti sul sistema; chiusura nei confini; meccanismo relazionale di tipo win-lose; prevalere di interazioni antagonistiche; rischio di cadere in comportamenti opportunistici. La *consonanza* induce, invece, un orientamento alla *logica di sistema*, ed è caratterizzata da focus sui risultati di lungo termine; prevalere del sistema sulle parti; apertura senza confini; meccanismo relazionale di tipo win-win; prevalere di interazioni sinergiche; rischio di cadere in condizioni relazionali di sudditanza²⁶³.

Il risultato di armonizzazione, di interazione virtuosa tra le due forze di competitività e consonanza è la *risonanza*, che rende possibile l'esistenza di una coscienza collettiva capace di definire obiettivi condivisi e perseguirli con determinazione.

Se come postulato nella S-DL, "all economies are service economies" e tutti i processi di scambio sono riconducibili a interazioni di servizio, è necessario individuare un approccio di governo dei sistemi di servizio che colga pienamente le implicazioni delle nuove regole dello scambio, come proposto dalla S-D Logic,

²⁶¹ Cfr. Paragrafo 1 del presente Capitolo.

²⁶² Cfr. Barile, S., Saviano, M., op. già cit.

²⁶³ Cfr. Barile, S., Saviano, M., op. già cit.

e sia in grado di rappresentarne la natura dinamica di processo, come chiarito dall'ASV.

La visione tradizionale delle relazioni di mercato è, infatti, caratterizzata dal prevalere della logica transazionale, in cui i rapporti con fornitori e pazienti sono costituiti da scambi isolati, relazioni temporanee che iniziano e si concludono con l'atto di scambio e hanno ad oggetto la specifica transazione. La relazione ha un ambito di riferimento circoscritto e il valore generato è un valore di scambio, generalmente considerato come aggiunto, "incorporato" nei prodotti/servizi offerti.

L'emergere della logica sistemica prevede un cambio di prospettiva segnato, innanzitutto, dal passaggio da una visione transazionale ad una visione relazionale che orienta le parti a sviluppare relazioni che vanno progressivamente arricchendosi di contenuti²⁶⁴.

Le modificazioni del settore manifestano la necessità, per i farmacisti, di ripensare la gestione della farmacia, verso una ristrutturazione della stessa e delle sue relazioni con l'esterno che ne garantiscano la redditività. L'apertura, il coinvolgimento, la cooperazione e l'implementazione di azioni strategiche comuni, sono iniziative coerenti con la necessità di rispondere alle nuove sfide del mercato per incanalare risorse comuni.

L'articolazione organizzativa richiesta oggi alle farmacie, può più facilmente essere attivata mediante lo sviluppo di relazioni. La convergenza dei diversi interessi verso il raggiungimento di obiettivi comuni permette al singolo imprenditore di svolgere il proprio lavoro insieme agli altri, nel rispetto di poche e certe regole relazionali. Il successo ottenibile dalla collaborazione fra le parti sta nel riuscire a far confluire le forze, le esperienze, le culture di più imprese e attori in un'unica avventura, dove la condivisione di informazione e conoscenza guida tutte le organizzazioni verso un obiettivo comune: la sopravvivenza.

L'approccio relazionale di servizio nel sistema sanitario è un fenomeno dagli enormi vantaggi competitivi. In un contesto imprenditoriale fortemente individualista, come quello che caratterizza il nostro territorio, risulta sicuramente di difficile realizzazione.

Secondo questo approccio **il farmacista diviene il nodo fondamentale da cui dipende la prevenzione nel sistema sanitario**. Il concetto di salute del paziente oggi è inteso come benessere in senso lato: l'utente vuole stare bene e ricerca, nella farmacia, un presidio della salute, un luogo dove trovare risposte e soluzioni personalizzate, un orientamento a quello che per lui è meglio.

Nella logica tradizionale di vendita la soddisfazione del paziente era data dal "prodotto", dal bene "farmaco"; nella logica relazionale introdotta il valore dell'assistenza farmaceutica dipende invece dal "sentirsi assistito".

Oltre al set classico di offerte — farmaco etico, farmaco da banco, integratori, cosmetici, nutraceutica, igienici, dietetici infanzia, medicina complementare

²⁶⁴ Cfr. Barile S., 2009, *Management sistemico vitale*, Giappichelli, Torino, 2009.

— il farmacista, laddove l'utente è disposto, deve creare lo spazio di comunicazione, l'assistenza, il servizio. In tal senso la relazione e il rapporto consulenziale e assistenziale con il paziente sono fonti di valore aggiunto attraverso i quali si co-crea valore con e per mezzo degli altri attori del sistema.

La farmacia del futuro deve riposizionarsi come punto della salute e del benessere nel mercato. E' un riposizionamento di marketing basato sul servizio.

La fidelizzazione del paziente deriva dalla dimensione cognitiva, dalla fiducia verso la farmacia, dalla riduzione dell'asimmetria informativa farmacista-paziente. Per ottenere ciò il farmacista non deve limitarsi a dispensare ma a governare il momento del contatto con la clientela proprio per ridurre questa asimmetria informativa. Il farmacista può consentire l'emergere di una logica sistemica nel settore sanitario, cambiando lui per primo la prospettiva del rapporto con gli attori della filiera.

All'attività operativa di vendita della farmacia deve aggiungersi la capacità di relazionarsi con l'esterno e la capacità di soddisfare e fidelizzare l'utente.

Oltre a tutti i tipi di approcci necessari oggi per la gestione di una farmacia, manageriali, sanitari, di marketing, di merchandising, l'orientamento del farmacista deve essere alla co-creazione di valore con tutti i sovra-sistemi e con il paziente, mediante l'offerta di un'assistenza completa in ottica di salute.

Tale tipo di offerta, collocandosi in un'ottica relazionale di servizio, sostiene un nuovo ruolo della farmacia all'interno del settore sanitario.

Il miglioramento degli aspetti economici permette di concentrarsi anche su altre dinamiche prima trascurate dalle farmacie, quali elevati standard di servizio, qualità del personale, aspetti comunicazionali ed interpersonali tra il farmacista ed i suoi interlocutori. I benefici economici e sociali che derivano dal passaggio da una logica transazionale di vendita ad una prospettiva relazionale di servizio garantiscono la nascita di un sistema sanitario stabile, più facilmente gestibile dai vari *Organi di Governo* e quindi più efficiente.

3.3 La farmacia come centro di conoscenza multi-disciplinare: il contributo della *Service Science*

Gli approcci quantitativi non sono capaci di catturare gli aspetti qualitativi alla base dei processi decisionali, in cui “il mandato fondamentale non è quello di risolvere i problemi, ma di fare delle scelte” (Barile, 2009). L’interpretazione di una realtà complessa, come quella sanitaria, dal punto di vista dei sistemi può avvenire soltanto mediante un cambiamento radicale della prospettiva. Questo cambiamento è mosso nello sviluppo di un nuovo paradigma di servizio, creando le basi per una revisione della teoria dello scambio.

Secondo la *Scienza del servizio* chi decide l’offerta (in questo caso il farmacista) deve continuamente ricercare gli spazi di consonanza con il fruitore (in questo caso l’utente/paziente), anticipandone le esigenze e favorendone i propositi.

Inoltre presuppone che il fruitore possa attivamente partecipare alla gestione dell’offerta, fornendo indirizzi e suggerimenti. La *Service Science* recupera nel framework concettuale dell’*Approccio Sistemico Vitale* un significativo modello interpretativo. Il concetto fondante ritiene essenziale la fase di analisi del contesto da parte del soggetto decisore, con conseguente rilevazione ed evidenziazione di tendenze comportamentali e aspettative dei fruitori, in modo da poter realizzare ipotesi di offerta in linea con le attese dei consumatori²⁶⁵. Con l’adozione degli schemi interpretativi generali dei sistemi vitali e, in particolare, del paradigma struttura - sistema, si utilizza una nuova logica per comprendere e definire il fenomeno oggetto di studio attraverso una “visione sistemica”. Questo cambiamento di prospettiva è centrale nella *Scienza dei Servizi*.

La nozione di servizio diventa quindi sempre più correlata a quella di sistema che a sua volta conduce alla nozione di servizio e di “**sistema di servizio**”, dove le parti integrano le risorse per ottenere maggiori risultati. Le risorse vengono integrate perché i maggiori vantaggi derivano dalla multi-disciplinarietà, cioè da tutte le competenze necessarie per raggiungere determinati obiettivi.

Il concetto di *Scienza del servizio* va oltre la logica di servizio perché ritiene che i responsabili delle decisioni siano obbligati a cercare consonanza con il proprio target cliente anticipandone le esigenze. Inoltre suppone che il cliente partecipi alla gestione dell’offerta. Il contenuto esplicativo del paradigma di servizio trova un significativo modello interpretativo nel quadro concettuale dei sistemi vitali²⁶⁶.

Attraverso il servizio e la logica della S-D, entro la quale i sistemi di servizi possono essere resi operativi, è possibile creare e fornire valore ai fornitori, agli

²⁶⁵ Cfr. Barile, S., Saviano, M., “Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva”, in Esposito De Falco S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012, pp.54-60.

²⁶⁶ Cfr. Barile, S., Saviano, M.L., “A New Perspective of Systems Complexity in Service Science”, in *Impresa Ambiente Management*, Edizioni Scientifiche Italiane, Anno IV - n. 3 (settembre-dicembre 2010), p. 408.

utenti e agli altri soggetti interessati²⁶⁷.

Il paradigma di servizio nel contesto di marketing si basa su un'interpretazione del processo di interazione che emerge da una relazione di scambio sul mercato caratterizzata da un orientamento verso la co-creazione di valore che è l'espressione di una prospettiva di servizio. Il servizio è definito come "l'applicazione di conoscenza di un'entità a vantaggio di un'altra entità" (Vargo e Lusch, 2004). Il paradigma di servizio nel contesto di marketing ha determinato una rivoluzione in tutte le aree disciplinari. Il concetto di servizio deriva da una nuova prospettiva di scambio nel contesto delle relazioni di mercato: ha portato al superamento progressivo di logiche transazionali attraverso un paradigma relazionale. La comparsa di nuove regole del processo di interazione basata sull'interpretazione di un concetto di servizio è diverso dalla visione tradizionale del servizio di economia (Vargo and Lusch, 2004; Lusch and Vargo, 2006; Spohrer et Al, 2010).

La prospettiva tradizionale delle relazioni di mercato è caratterizzata da una prevalenza di logiche transazionali, in cui i rapporti sono costituiti da scambi isolati. Le relazioni iniziano e finiscono con lo scambio, l'unico obiettivo, essendo una specifica operazione. Si verifica una transazione quando la relazione prende la forma di un contratto mediante il quale le parti si sono impegnati a obblighi e diritti. La relazione è specifica per l'esecuzione del contratto, che stabilisce una ragione di essere nel rapporto come una transazione (Vaccà 1989:129). Tali relazioni si verificano in una circoscritta area e il valore generato è un valore di scambio, in genere incorporato nei prodotti/servizi che vengono offerti.

La nascita dei sistemi segna, pertanto, il cambiamento delle logiche emergenti nel passaggio da una transazione ad una visione relazionale (Gummesson, 2006, 2008). Il nascente sistema orienta le parti per sviluppare relazioni che diventano via via più forti, concentrandosi su un obiettivo comune e strutturato in varie forme (Mele et Al, 2010). L'*Organo di Governo*, che nel caso in esame è chi gestisce una farmacia, adottando una logica relazionale cerca un maggiore coinvolgimento delle parti che devono sviluppare consonanza inter-sistemica permettendo un'integrazione "stabile". Se questo non avviene, nessun sistema vitale unitario emergerà, ma solo sistemi in evoluzione possibili. L'*Organo di Governo* deve cercare costantemente consonanza. La comprensione dei cambiamenti in atto nel sistema richiede un cambiamento di prospettiva, orientata verso nuovi schemi²⁶⁸.

In questo contesto di continuo cambiamento, le regole vengono ridefinite rapidamente, imponendo uno spostamento di visione della realtà.

Il paradigma della *Scienza del Servizio* impone, quindi, un cambiamento significativo nella prospettiva: i soggetti decisori sono orientati verso un approccio più coerente al fenomeno. La ricerca di condizioni di stabilità si ottiene attra-

²⁶⁷ Cfr. Badinelli, R., Barile, S., Ng, I., Polese, F., Saviano, M., Di Nauta, P., "Viable service systems and decision making in service management", in *Journal of Service Management*, Vol. 23 Iss 4 p. 502, 2012.

²⁶⁸ Cfr. Barile, S., Saviano, M., "A New Perspective of Systems Complexity in Service Science", in *Impresa Ambiente Management*, Edizioni Scientifiche Italiane, Anno IV - n. 3 (settembre-dicembre 2010), pp. 400-405.

verso il costante adattamento delle dinamiche emergenti che cambiano nel contesto.

Lo spostamento all'interazione, formulato con il passaggio da una visione strutturale ad una visione sistemica nell'area del paradigma dei sistemi vitali, è teorizzato come elemento principe del processo di cambiamento. La *Service Science* implica quindi un cambiamento di prospettiva da una visione statica ad una visione dinamica del fenomeno osservato. La metodologia *ASV* supporta proprio questo passaggio: dallo statico al dinamico. Rispetto alla visione dominante del passato la logica di scambio vede un passaggio dalla prospettiva del produttore/fornitore, centrata sull'oggetto della transazione, alla prospettiva dei clienti/utenti, centrata sul processo di interazione e sostenuta da un comune accordo per quanto riguarda l'offerta. La struttura relazionale dell'impresa implica una piattaforma di servizio che viene continuamente ridefinita secondo — ed è questa l'innovazione — le attese degli utenti stessi, non le semplici proposte di chi offre i servizi²⁶⁹.

Così la logica tradizionale di vendita in farmacia vede il passaggio dalla prospettiva del farmacista, centrata sul farmaco o sul prodotto venduto, alla prospettiva dell'utente, centrata sull'interazione e sulla comunicazione e finalizzata al comune obiettivo (comune all'intero sistema sanitario) della ricerca del benessere del paziente.

In questo contesto il valore emerge dall'interazione come “valore in uso” soggettivamente definito dal punto di vista degli attori coinvolti nel processo di scambio²⁷⁰. Dal concetto tradizionale del valore di scambio, il valore d'uso è previsto come una soluzione per quanto riguarda i problemi e/o esigenze dell'utente/paziente. Il paradigma della logica di servizio si sposta da un atto di scambio di beni e servizi a un processo di interazione in cui ogni attore diventa risorsa integrante e contribuisce alla creazione di valore (Polese, 2009).

Secondo questa nuova prospettiva i farmaci, i servizi, la gamma di prodotti offerti in farmacia non incorporano valore, ma una potenziale valorizzazione attraverso una proposta di valore (*value proposition*) che può essere fatta dal farmacista *Organo di Governo* e che si concretizza solo nel momento di effettiva interazione di servizio con il paziente. Il cliente non riceve, cioè, il valore prodotto ma una proposta di valore e lo co-genera in quanto lo ridefinisce costantemente con l'impresa che eroga il servizio²⁷¹.

²⁶⁹ Cfr. Ng Irene, Maull R. and Smith L., Embedding the Discipline of Service Science, in Demirkan, Spohrer and Krishna (eds), *The Science of Service Systems*, Volume in *Service Science Research and Innovations (SSRI) in the Service Economy*, Book Series, Springer, 2010.

²⁷⁰ Una maggiore comunicazione riduce direttamente il più importante gap esistente in sanità: l'asimmetria informativa a discapito del paziente. Un paziente più informato ripone una maggiore fiducia in chi eroga l'assistenza farmaceutica.

²⁷¹ Cfr. Lusch R.F., Vargo S.L., *Toward a Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions*. Sharpe, NY, 2006; Katzan H.J., Foundations of Service Science Concepts and facilities. *Journal of Service Science*. Vol.1 No1 1, 2008; Barile, S., Polese, F., Linking the viable system and many-to-many network approaches to service-dominant logic and service science, in *International Journal of Quality and Service Science*, Vol.2 No.1, 2010; Barile, S., Polese, F., Smart service systems and viable service systems, in *Service Science*, Vol.2 No.1/2, 2010; Wolfson A., Tavor D., Mark S., Schermann M., Kremer H., Sustainability and Services Science:

Così chi si trova a gestire oggi una farmacia, nell'indagare il contesto in cui opera, deve cogliere le dinamiche rilevanti per l'ottenimento del sistema e poi degli obiettivi comuni del sistema. Obiettivo del sistema sanitario e della farmacia deve essere la soddisfazione dei bisogni di cura e di salute del cittadino e verso questo obiettivo devono tendere tutti gli sforzi di gestione.

La *Service Science*, a ben vedere, contribuisce a raggiungere risultati in linea con le esigenze socio-economiche (Spohrer et al, 2007; Spohrer, Gregory, Ren, 2010; Demirkan, Spohrer, Krishna, 2011; Edvardsson, Skalen, Tronvoll, Spohrer & Murphy, 2013).

Il concetto di "Scienza del servizio" va così oltre la "logica di servizio" perché ritiene che i responsabili delle decisioni — chi gestisce una farmacia — debba costantemente ricercare consonanza con gli utenti serviti anticipandone le esigenze e comunque rivedendo continuamente l'offerta in funzione dei desiderata del mercato. Inoltre ipotizza che il cliente partecipi attivamente alla gestione dell'offerta del farmacista.

Dal momento che l'approccio riduzionistico è inadatto ad analizzare un contesto complesso e in cambiamento come quello sanitario il percorso evolutivo dell'orientamento al marketing della farmacia viene analizzato attraverso la metodologia interpretativa dell'*Approccio Sistemico Vitale (ASV)*, unitamente ai sopra citati approcci scientifici.

In particolare la *Logica del Servizio (S-DL)* e la *Scienza del Servizio (SS)*, ponendo l'attenzione sui servizi e sulle relazioni, si avvicinano ad una visione sistemica del settore sanitario. Alla luce dell'ASV il focus si sposta dalle parti alla relazione fra le parti; attraverso l'applicazione della SS dalla semplice relazione si passa all'interazione e mediante l'applicazione della S-D Logic la finalità del processo di erogazione diventa il servizio stesso: gli utenti/pazienti sono risorse operanti, creano per se stessi e co-creano valore per gli altri attori del sistema.

L'adozione della prospettiva integrata dei 3 approcci scientifici, *Service Dominant Logic, Network and Systems Theory* e *Service Science*, attraverso la lente interpretativa dell'ASV, permette di interpretare e spiegare i cambiamenti in atto nella settore sanitario e nella farmacia.

Tale metodologia interpretativa indica un modo in cui analizzare il fenomeno oggetto di studio e prendere decisioni per apportare i necessari cambiamenti. I tre Pillars condividono infatti una visione innovativa di servizi e di sistemi che favorisce una modifica negli attuali modelli di business. Nell'assistenza farmaceutica questa logica può essere applicata concentrandosi sui processi chiave,

Novel Perspective and Challenge, in *Service Science*, Volume 2, Number 4, Winter 2010. Also Barile, S., Polese, F., Linking the viable system and many-to-many network approaches to service-dominant logic and service science, in *International Journal of Quality and Service Science*, Vol.2 No.1, 2010; Barile, S., Polese, F., Smart service systems and viable service systems, in *Service Science*, Vol.2 No.1/2, 2010; Spohrer J., Golinelli G.M., Piciocchi P., Bassano C., «An Integrated SS-VSA Analysis of Changing Job Roles», in *Service Science*, Vol. 2, n. 1, 2010; Barile S., Montella M., Saviano M., «Enhancement, Viability and Value of Cultural Heritage. Towards a Service-Based Systems Approach», in Gummesson E., Mele C., Polese F. (eds), *The 2011 Naples Forum on Service. Service-Dominant Logic, Network & Systems Theory and Service Science: integrating three perspectives for a new service agenda*, Giannini Editore, Napoli, 2011.

come la necessità di avere un database condiviso sulle informazioni cliniche di un utente, di integrare risorse e conoscenze e di co-creare valore con i diversi attori.

3.4 La farmacia come sistema di servizio: la *Service Dominant Logic*

Originariamente i clienti erano considerati come destinatari passivi dell'offerta delle imprese. Tale visione era diffusa anche nel settore sanitario (Berry et al. 2007; Holman e Lorig 2000). Con l'introduzione del contributo teorico della *Service Dominant Logic* i clienti vengono considerati come “destinatari attivi” della relazione. Anche nell'assistenza sanitaria i pazienti vengono riconosciuti come individui che collaborano attivamente nell'erogazione del servizio e sono coinvolti nella relazione²⁷².

I recenti sviluppi teorici della comunità scientifica della *Service Dominant Logic* — collegati ai risultati della più ampia comunità scientifica della *Service Science* — affermano il superamento della logica dei beni quale base generale dello scambio.

Alla luce dell'*ASV* risulta chiaro come la *Goods Dominant Logic* sia espressione di una prospettiva dominante di tipo “strutturale” e dell'approccio analitico riduzionistico, mentre la *Service Dominant Logic*, che parte dal ripensamento delle regole dello scambio in un'ottica relazionale, si indirizzi verso l'adozione del paradigma “sistemico”.

Al fine di illustrare quanto affermato, occorre ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio di marketing in economia d'impresa, soffermandoci sulle fasi più significative di cambiamento, cui sono riconducibili, in parte sovrapponendosi, numerosi contributi di letteratura e filoni di pensiero. Non più nell'ottica del produttore/fornitore, non più centrata sul prodotto/servizio offerto, ma in un'ottica allargata all'insieme degli attori coinvolti nel *processo di interazione* emergente dal mutuo accordo su reciproche *proposizioni di valore*.

La tradizionale rappresentazione dell'evoluzione del marketing riconduce a fondamentali passaggi di fase in cui la prospettiva cambia attraverso successivi spostamenti di focus dalla produzione, al prodotto, al mercato, al cliente²⁷³. Si passa, così, dallo studio del processo produttivo e del prodotto allo studio del mercato e del consumatore/cliente. Si realizza uno spostamento del focus da una parte (produttore) all'altra (consumatore) della relazione di mercato, che sembra tuttavia lasciare immutata la logica transazionale dello scambio.

Nuove condizioni di contesto conducono poi ad una revisione delle regole di marketing consolidate evidenziando che ciò che conta non è conquistare nuovi clienti, ma mantenere e fidelizzare quelli esistenti. Tale constatazione avvia un cambiamento completo della prospettiva, caratterizzato dallo spostamento del fo-

²⁷² Nell'assistenza sanitaria si riconosce che i piani di trattamento e le attività connesse possono estendersi oltre le interazioni con i medici per includere aspetti più ampi della vita di un individuo, come stile di vita e credenze. Si veda McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., Van Kasteren, Y., “Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles” in *Journal of Service Research* 15, 4: 370-389 — the lead article in the November issue of the journal, 2012, pp. 6-10.

²⁷³ Cfr. Kotler P., *Marketing Management*, Isedi, Torino, 1991; Lambin J., *Marketing*, McGraw-Hill, Milano, 1993.

cus sulla relazione, aprendo al marketing relazionale (*Relationship Marketing*) e all'influsso della teoria dei network (Grönroos C., 1994: 347-360; Gummesson E., 2006; Gummesson E., 2008; Gummesson E., Polese F., 2009; Storbacka K., Nenonen S., 2009: 360-372. Per la letteratura italiana, si vedano, in particolare, Costabile M., 2001 e Grandinetti R., 2008 e Esposito De Falco S., Massaroni E., Rossi S., 2009; Piciocchi P., Saviano M., Bassano C., 2011). Gli approcci relazionali si affermano nel marketing abbracciando sia i beni sia i servizi, come evidenziato nell'ambito del *Relationship Marketing*, del *Customer Relationship Management*, del one-to-one marketing e di altri modelli simili come quello delle "30Rs" di Gummesson (2006).

Alla luce dell'*ASV* tale fase rappresenta un momento fondamentale in quanto, attraverso lo spostamento del focus sulle relazioni si superano i limiti di una visione riduzionistica eccessivamente focalizzata sulle parti, sugli oggetti e si gettano le basi per un nuovo paradigma dello scambio in ottica relazionale di servizio.

Difatti, grazie alla maggiore attenzione posta sulla relazione, è possibile cogliere il passaggio chiave per un vero e proprio cambio paradigmatico verso l'ottica sistemica di servizio, in cui il focus si sposta dalla relazione all'interazione.

Nella nuova prospettiva gli utenti assumono il ruolo di "risorse operanti" attive: essi creano per se stessi e co-creano con gli altri, integrando beni e servizi in sistemi di servizio efficienti.

Service Dominant Logic e *Service Science* riconoscono il network e la complessità sistemica al centro del many-to-many marketing e dell'approccio sistemico vitale (Barile, Polese, 2010). Alla luce della distinzione tra struttura e sistema sopra spiegata, risulta chiaro come i limiti attribuiti a quella che è stata definita G-D Logic sono riconducibili ai limiti attribuiti all'ottica riduzionistica nel fornire una visione non unitaria dei fenomeni osservati. Il *Relationship Marketing* e la prospettiva più ampia del many-to-many hanno avviato il cambio di paradigma spostando il focus dalle parti alle relazioni; la S-D Logic ha poi gettato le basi per una teoria generale di marketing basata sul servizio, quale nuovo paradigma dello scambio.

Come accade nelle fasi di transizione i soggetti coinvolti tendono ad esprimere una certa resistenza al cambiamento.

Il "servizio" era stato, infatti, inizialmente definito in termini di "differenze" rispetto ai beni e ai prodotti, secondo lo schema interpretativo generale del paradigma industriale dominante. I servizi, quindi, erano intesi come tipologie di offerta, ed erano definiti per "negazione" rispetto alle caratteristiche dei prodotti fisici come qualcosa di non materiale, non tangibile, non standardizzabile.

La S-D Logic propone una concezione nuova di servizio e distingue tra "beni/servizi", da un lato, e "logica di servizio", dall'altro.

Il "servizio" non è la versione "non-materiale" del prodotto, ma un concetto con caratteristiche di significato proprie, che esprime una "attitudine a servire

ad uno scopo”, a “soddisfare un bisogno”²⁷⁴.

Quindi la logica dello scambio proposta si basa su una interpretazione del concetto di servizio che si discosta completamente dalla visione tradizionale dell'economia dei servizi (Vargo & Lusch, 2004; Lusch & Vargo, 2006; Spohrer et al., 2007). Sulla base dell'*ASV* il focus si sposta dall'offerta finale (prodotto o servizio) all'intero processo di erogazione. La nuova concezione esprime il passaggio da una visione *riduzionistica e statica* basata sui beni, quali oggetti fisicamente identificabili, ad una visione *sistemica e dinamica* fondata sui *processi di interazione* tra l'insieme di componenti (soggetti e beni) organizzati in sistemi di servizio.

La S-D Logic propone una visione di *servizio* come *processo*, mettendo in luce la natura *dinamica, interazionale e contestuale* del servizio.

Da tale prospettiva la qualifica tradizionale di “immaterialità” attiene ad una idea di servizio, come prodotto, ancorata al paradigma riduzionistico e alla visione strutturale. In tale ottica, la distinzione tra prodotti e servizi si rivela un falso problema dovuto ad una eccessiva focalizzazione sugli *oggetti* e sulle loro caratteristiche.

Secondo l'*ASV* i beni rappresentano una focalizzazione sulle componenti (materiali e immateriali) di una struttura dalla quale emerge un *processo di servizio*. In tal senso il servizio è una “logica generale” che regola l'intero processo di scambio. Anche l'attributo di complessità tradizionalmente utilizzato per qualificare i servizi rispetto ai prodotti esprime, di fatto, una non compiuta reinterpretazione delle regole dello scambio e l'ancoraggio alla visione riduzionistica, tipico della G-D Logic.

In tal senso, la rivoluzione compiuta dal *Relationship Marketing*, prima, e dalla *Service-Dominant Logic*, poi, indirizzano verso una teoria generale dell'interazione, che ritrova nel paradigma sistemico una base scientifica di partenza irrinunciabile.

Sulla base di quanto fin qui esposto è possibile riassumere i nessi chiave tra le diverse prospettive in un quadro di insieme che evidenzia la ratio dell'interpretazione proposta per la farmacia in ottica sistemico vitale.

Alla luce dell'*ASV* e del paradigma struttura-sistema è possibile affermare che la logica dei beni riconduce ad una logica della struttura e lo spostamento verso logica del servizio significa lo spostamento verso una logica sistemica. In tale nuova prospettiva dalla/e struttura/e di servizio emergono uno o più “sistema di servizio” e attraverso il processo relazionale con il cittadino-utente si esprime il potenziale di co-creazione di valore.

Una struttura di servizio, quale può essere la farmacia all'interno del settore sanitario secondo la sua concezione classica di punto di dispensazione dei farmaci, è la visione statica di un sistema di servizio. I prodotti e i servizi offerti sono differenti visioni dello stesso sistema sanitario.

Alla luce del dualismo struttura-sistema, quindi della distinzione tra una

²⁷⁴ Cfr. Barile, S., Saviano, M., “Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva”, in Esposito De Falco S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012, pp.66-67.

visione basata sulla struttura e una visione sistemica, emerge la correlazione tra i diversi paradigmi di marketing, espressione di diverse prospettive, che li lega in uno schema unitario, evidenziandone la complementarità piuttosto che l'alternatività. Difatti l'impostazione seguita suggerisce implicitamente che i diversi paradigmi possano "dominare" dinamicamente in funzione di differenti condizioni di contesto e configurazioni relazionali (Brodie et al., 2006), essendo reciprocamente necessari ai fini dell'efficace ed efficiente funzionamento di un sistema di servizio.

Nel campo dell'assistenza farmaceutica la logica *service* sposta il focus sulla cura dell'utente e su tutti i processi che creano valore per l'utente stesso. Quello che crea valore è il miglioramento della salute, per cui nella nuova prospettiva che mette il paziente al "centro" diventano fondamentali la guarigione, la cura, il monitoraggio, la visita, il recupero, la condivisione.

Il punto di partenza per un processo decisionale condiviso è accertare i valori di ogni utente per assicurarsi che la decisione successive da parte del fornitore dell'assistenza farmaceutica siano consulenze, proposte di valore, più che decisioni mediche.

In tutti i settori di servizi pubblici e di pubblica utilità si è passati da una situazione di forte stabilità ad una situazione di discontinui.

I nuovi scenari pongono l'esigenza di affrontare diversamente e con decisione la sfida di un nuovo dinamismo, che preme sulle farmacie in termini di qualità del servizio offerto e di efficienza.

Ecco come diventa necessario ripensare alla farmacia come sistema di servizio all'interno del comparto sanitario.

Valorizzare la vicinanza al paziente e l'integrazione della farmacia all'interno dei sistemi sanitari conduce necessariamente ad una rivalutazione del contributo professionale del farmacista. Quanto più la farmacia viene individuata come **presidio della salute** — **point**, luogo dove interagiscono i ruoli sanitari con il territorio ed il paziente, ciò che conta maggiormente non è il prodotto distribuito — che costituisce il risultato della produzione di altri soggetti — ma l'applicazione delle conoscenze sulle patologie e sulle modalità di utilizzo del prodotto stesso, per il miglioramento effettivo delle condizioni di salute. Farmacia in ottica di servizio non significa semplicemente servizi aggiuntivi o di completamento della distribuzione del farmaco, che possano contribuire all'immagine specifica della farmacia differenziandola dalla concorrenza e fidelizzando il cliente. Questa logica è ancora una logica transazionale, dove l'unico obiettivo è il profitto, e non la risonanza di intenti. La farmacia in ottica di servizio promuove il benessere e concilia prospettive economiche e sociali comuni a tutti gli attori del sistema ampliando la visione della gestione verso la soluzione dei problemi.

Schema 3.4.1 : Utilizzo di una nuova metodologia interpretativa: il VSA e i contributi dell'approccio relazionale di servizio, della SS e della S-DL



Fonte: elaborazione personale sulla base della ricerca effettuata.

La logica S-D cambia atteggiamenti, decisioni e azioni della gestione di ogni impresa nonché il linguaggio utilizzato in quanto il *service* si concentra sull'uso dell'offerta e sulla fruizione del servizio.

In ambito sanitario, dove i contributi teorici sulla co-creazione di valore sono ancora pochissimi, un approccio che comincia a cogliere questa distinzione è descritto da Coleman con un programma in cui i pazienti prima di essere dimessi da un ospedale condividono con il personale medico il piano di mantenimento delle cure da seguire quando saranno a casa²⁷⁵.

La logica *service* sposta il focus dalla produzione di massa standardizzata, conosciuta nel marketing dei servizi, al servizio personalizzato. I farmaci sono sicuramente prodotti di fabbrica standardizzati ma ciò che si rende necessario è l'applicazione ad *personam* di questi prodotti²⁷⁶.

La S-D logic sostituisce il sistema lineare legato ai fornitori di prodotti con un sistema a costellazione dove tutti gli attori della filiera creano valore per se stessi e per gli altri, formando un ecosistema di salute. La value proposition, la proposta di valore per il pazienti nell'assistenza farmaceutica è la salute. Progettare e gestire l'intera assistenza sanitaria avendo come obiettivo la salute dell'utente significherebbe, almeno parzialmente, superare l'attuale struttura altamente frammentata del sistema sanitario²⁷⁷.

²⁷⁵ Cfr. Parry C, Coleman E, Smith J, Frank J, Kramer A. The care transitions intervention: a patient-centered approach to facilitating effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Services Quarterly*. 2003;22(3), pp. 1–18.

Cfr. EA C, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention. Results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;166(17): 1822–1828.

²⁷⁶ In tale direzione importante è lo sviluppo di una branca della biologia, la farmacogenomica, che si occupa del ruolo ricoperto dalla genetica nella risposta individuale ai farmaci. In questo scenario l'assunzione di un farmaco avviene abbinando ad ogni paziente il farmaco corretto per il suo genotipo, evitando la standardizzazione.

²⁷⁷ Cfr. McColl-Kennedy JR, Vargo SL, Dagger TS, Sweeney JC, Van Kasterin Y., "Health care customer value cocreation practice styles", *J Service Res.*, 2012;15(4), pp. 370–389. Si veda anche

Con la S-D Logic le motivazioni alla base dell'attività del farmacista diventano l'"offerta di un servizio" al paziente, la "soddisfazione di un bisogno" dell'utente. Il farmacista, infatti, non è chi "vende un prodotto", ma chi "offre un'assistenza farmaceutica". L'adozione della Service Dominant Logic nel contesto relazionale della farmacia permette di indagare le condizioni per la co-creazione di valore nella relazione con l'utenza, altresì rafforzando il ruolo della farmacia come ponte relazionale con le diverse strutture del sistema sanitario nel suo complesso. Lo schema che segue sintetizza il processo di ricerca teorica.

3.5 Verso un nuovo ruolo della farmacia come sistema di servizio

L'analisi effettuata nei precedenti paragrafi ha evidenziato come una visione dell'assistenza sanitaria in generale e farmaceutica in particolare basata sull'integrazione delle risorse e sulla co-creazione di valore consentirebbe di gestire al meglio la relazione con i cittadini-utenti con benefici per tutti gli attori coinvolti nella filiera.

Dall'analisi risulta chiaro come, invece, il sistema sanitario non sia ancora in grado di fornire valore al paziente ma solo una serie di “prodotti” come il ricovero in ospedale, i vaccini, le cure mediche, la dispensazione dei farmaci. Queste componenti dell'assistenza sanitaria non rappresentano né il valore all'interno del sistema sanitario né il risultato finale desiderato dal cittadino-utente. Passare ad una logica *service* è essenziale sia per i fruitori che per chi eroga prestazioni sanitarie e farmaceutiche.

Il ruolo della farmacia dipende sempre più, oggi, dalla sua funzionalità, ossia dalla sua capacità a servire ad uno scopo all'interno del mercato.

Nel primo capitolo sono stati descritti la situazione attuale del servizio farmaceutico, le sue peculiarità e i suoi punti di forza. Non sempre queste caratteristiche positive vengono adeguatamente sfruttate dalla parte pubblica che, troppo spesso, tende a vedere il settore del farmaco come un Costo da ridurre piuttosto che uno strumento di salute e risparmio su cui investire.

L'auspicio è che si possa invertire questa tendenza e adottare un approccio più lungimirante al contributo professionale che le farmacie possono dare. Valorizzare tale contributo consentirebbe di migliorare i risultati delle cure e della domanda di salute e benessere, in quanto aumenterebbe il modo in cui gli utenti seguono le terapie prescritte, e permetterebbe quindi di contenere i costi complessivi sostenuti dal SSN.

Un miglior uso del farmaco, difatti, permette di ridurre le voci della spesa sanitaria, come la spesa per ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici e sanitari. Al farmacista, oggi, sono richieste una serie di attività proprie della natura storica del suo ruolo e una serie di nuove attività dovute all'evoluzione del mercato.

Il nuovo ruolo deve essere quello di servire il mercato, di avere la funzione di assistenza completa alla salute all'interno del sistema sanitario. La farmacia è, da un lato, un soggetto istituzionale titolare di una concessione di pubblico servizio ma è, dall'altro, un soggetto imprenditoriale la cui sopravvivenza e vitalità sono legate alla capacità di esprimere efficienza, qualità, innovazione²⁷⁸.

Il percorso di ricerca ha cercato di analizzare quali sono le prospettive per la figura del farmacista, come essa dovrebbe evolversi per essere coerente con le esigenze del settore e le attese degli stakeholder istituzionali e di mercato — cittadini, responsabili di area commercio industriale, referenti delle aziende sanitarie, responsabili di aziende di distribuzione intermedia — nonché individuare le principali competenze e attività che dovrebbe svolgere per rispondere a tali aspettative. La maggiore complessità dell'ambiente di riferimento, sia sotto il profilo isti-

²⁷⁸ Cfr. Garlatti, A., *La nuova farmacia dei servizi. Strategie di portafoglio, posizionamento, cambiamento*, Editrice Universitaria Udinese srl, 2013.

tuzionale che sotto il profilo di mercato, la globalizzazione, le innovazioni scientifiche e tecnologiche legate al farmaco, ma anche alla diagnostica, alla logistica, ai servizi correlati alla salute, hanno contribuito ad accrescere la richiesta di competenze multidisciplinari per la professione del farmacista, anche quando questi non riveste i nuovi ruoli descritti precedentemente.

Alle competenze tecnico-scientifiche, si affiancano oggi competenze trasversali, quali ad esempio conoscenze di tipo legislativo, conoscenze di strumenti manageriali quali la programmazione e controllo, il marketing, inteso anche come strumento per la definizione dei prezzi di prodotti e servizi.

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; flessibilità e autocontrollo.

Queste caratteristiche possono candidare la farmacia, oggi più che mai, all'assunzione di un nuovo ruolo decisivo per il cambiamento dell'intero sistema sanitario nazionale. La valorizzazione della capacità del farmacista di gestire risorse umane, finanziarie e materiali prefigura la possibilità di sviluppare servizi e di svolgere una preziosa attività di coordinamento ed integrazione di prestazioni sanitarie.

Nel precedente paragrafo si è visto come sulla base dell'*ASV* il focus si sposta dall'output all'intero processo: la nuova concezione esprime il passaggio da una visione riduzionistica e statica basata sui beni ad una visione sistemica e dinamica fondata sui processi di interazione tra l'insieme di componenti - soggetti e beni - organizzati in "sistemi di servizio". Per "servizio" non si intende l'aspetto "non-materiale" del prodotto, ma l'attitudine a "servire ad uno scopo", a "soddisfare un bisogno". Questo passaggio di marketing, valido per tutte le imprese, è indispensabile per comprendere il nuovo ruolo che deve avere l'impresa farmacia nel mercato. Anche in questa impresa la nuova logica impone il passaggio da "vendere un farmaco" o "erogare un servizio aggiuntivo" ad "offrire un servizio".

La logica di servizio impone un nuovo differenziale competitivo, una necessaria funzionalità, basato sulla soddisfazione finale dell'utente. Il farmacista deve capire perché il paziente acquista quel farmaco, di cosa ha realmente bisogno, quali sono gli effetti dell'assunzione di quel prodotto. Deve, cioè, capire, qual è il suo bisogno in maniera personalizzata.

La farmacia come "sistema di servizio" consiglia, aiuta, risolve un problema; assiste il paziente all'interno della più ampia assistenza farmaceutica del sistema sanitario. Questo comporta maggiori vantaggi per la singola impresa farmacia, che si differenzia dalle altre fornendo un'assistenza completa in ottica di salute, ma anche per tutte le parti del sistema.

Il farmacista mette la propria professionalità al servizio del mercato. L'interazione, lo spazio di comunicazione creato con l'utenza all'atto di vendita riduce l'asimmetria informativa e diventa un momento fondamentale per fideliz-

zare la clientela.

Il paziente può accedere cognitivamente a quel prodotto o servizio. Il prodotto farmaco o il servizio di misurazione della pressione sono solo un mezzo per creare la relazione; ma poi occorre assistere il cliente con le risorse che il farmacista ha a sua disposizione.

Il campo di azione della farmacia si allarga quando il focus diventa il cliente e le motivazioni personali che sono alla base di un suo acquisto. In questo modo l'attenzione si sposta dal prezzo-prodotto al prodotto-problema da risolvere. Quanto più la farmacia viene individuata come **terminale intelligente e proattivo della sanità**, luogo dove interagiscono i ruoli sanitari con il territorio ed il paziente, tanto più ciò che conta maggiormente non sono il farmaco o il prodotto distribuiti ma l'applicazione delle conoscenze sulle patologie e sulle modalità di utilizzo del prodotto stesso, per il miglioramento effettivo delle condizioni di salute.

Con la logica di servizio il farmacista mette a disposizione la sua conoscenza che diventa il differenziale competitivo del farmacista. In una visione di farmacia come **asse portante del sistema di assistenza sanitaria** la centralità del farmacista come professionista è decisiva, in quanto è soprattutto dalla sua capacità di azione che il sistema sanitario può ricavare vantaggi.

La nuova identità e il nuovo ruolo della farmacia vanno dunque sempre ricercati nella figura dello stesso farmacista, le cui competenze specialistiche e la cui opera professionale rappresentano l'unico vero differenziale competitivo in questo settore di attività.

Capitolo IV

Un'indagine esplorativa del ruolo della farmacia come sistema di servizio

SOMMARIO: Introduzione. — 4.1 Metodologia e percorso di ricerca. Gli obiettivi. — 4.1.1 Il campione, i tempi e le modalità dell'indagine.— 4.1.2 L'intervista semi-strutturata. Analisi quantitativa e analisi qualitativa. — 4.1.3 La raccolta dati. — 4.2 La discussione dei risultati delle farmacie private. — 4.3 La discussione dei risultati delle farmacie del Co.Fa.Ser. — 4.4 Conclusioni del progetto.

Introduzione

Alla luce della base di partenza scientifica abbiamo condotto una ricerca esplorativa del settore. Il presente capitolo mostra i risultati di un'indagine quali-quantitativa svolta presso alcune farmacie private e presso le farmacie comunali facenti parte del Consorzio Farmacie Servizi. La ricerca sul campo ha permesso di sondare qual è attualmente lo stadio della relazione utente-farmacia e di valutare l'opportunità di un ripensamento dell'approccio di gestione della farmacia in ottica service.

Questa nuova modalità di gestione consentirebbe di valorizzare le competenze professionali del farmacista e aprire al contributo di valore offerto da tutti gli interlocutori dell'impresa farmacia e dal cittadino-utente.

4.1 Metodologia e percorso di ricerca. Gli obiettivi

Alla luce della base teorica abbiamo indagato lo stadio della relazione utente-farmacia utilizzando le tre prospettive dell'*Approccio Sistemico Vitale*, della *Service-Dominant Logic* e della *Service Science*.

Il progetto si concentra su una indagine quali-quantitativa presso 21 farmacie. La scelta del campione è giustificata dalla finalità dell'indagine che è stata essenzialmente esplorativa. Inoltre le interviste hanno avuto una finalità di validazione del questionario, che è stato più volte rivisto, ed esplorativa dell'approccio metodologico utilizzato. Il sample è ridotto perché questa ricerca mostra i risultati della prima fase di un progetto che sarà sviluppato nei prossimi anni. L'indagine, conoscitiva sul mondo delle farmacie, ha avuto l'obiettivo di identificare tendenze, prospettive e variabili rilevanti del settore.

Il fine è quello di individuare dimensioni e dinamiche rilevanti che ne preservino profittabilità e competitività nell'emergente era del servizio. Come argomentato nel corso della trattazione il lavoro, nella sua più ampia prospettiva, intende proporre un modello di gestione che adotti la logica *service* nel rapporto tra assistenza farmaceutica e utenza.

L'indagine risponde ai temi teorici analizzati, pertanto facendo riferimento

alla metodologia *ASV* sono stati indagati:

- a) Consapevolezza del ruolo da parte del farmacista;
- b) Consapevolezza dei competitor;
- c) Consapevolezza degli stakeholder e dei vari sovra-sistemi rilevanti.

In riferimento alla *S-DL* sono stati indagati:

- a) Approccio di servizio;
- b) Sistema di valori;
- c) Logica service nell'offerta.

In riferimento alla *SS* sono state indagate:

- a) Competenze necessarie e multidisciplinarietà;
- b) Stadio della relazione.

Si è cercato di adottare un percorso di ricerca quanto più aderente possibile ai dettami sul tema.

L'obiettivo è stato di massimizzare il contenuto di informazioni derivato da ciascun dato assicurando, al tempo stesso, di non creare ridondanze nel percorso di ricerca.

Al fine di esplorare le criticità nella gestione della relazione farmacia-utenza e se esistono le premesse necessarie per la co-creazione di valore si è deciso di utilizzare un'indagine diretta presso alcune farmacie della provincia di Salerno. Nella prospettiva suggerita il rapporto continuativo, relazionale e fiduciario che la farmacia deve creare con il cittadino è considerato come fonte di valore aggiunto, necessario per rafforzare il ruolo relazionale con tutti gli attori del sistema sanitario.

L'ipotesi interpretativa di ricerca è che l'adozione della logica service nella farmacia permette di esplorare le condizioni per la co-creazione di valore nella relazione con l'utenza. Il coinvolgimento dell'utente consente quindi di rafforzare il ruolo strategico della farmacia come ponte relazionale con tutti gli attori del sistema sanitario.

Il fine è quello di individuare le variabili su cui agire per favorire la progettazione e l'implementazione di farmacie *service-based* capaci di coinvolgere l'utente quale elemento determinante per garantire la redditività della farmacia.

Si ritiene che la comunicazione con il patrimonio clienti, la soddisfazione dell'utente dovuta al comportamento propositivo di chi eroga il servizio, rappresentano l'inizio di un circolo virtuoso in cui rispondere al bisogno del cliente riporta vantaggi anche per l'intera filiera e per l'impresa.

Provando a sintetizzare il percorso di ricerca è possibile ricondurlo a tre fasi:

- i. *Fase esplorativa* in cui si è proceduto alla raccolta dei dati mediante intervista personale diretta
- ii. *Fase interpretativa* in cui i dati sono stati elaborati al fine di:
 - Indagare la percezione che hanno i farmacisti del proprio ruolo e

- delle dinamiche di contesto in atto;
 - Descrivere l'attuale ruolo dei servizi nella farmacia;
 - Sondare lo stadio di sviluppo della relazione con la clientela e le potenziali dinamiche di sviluppo futuro.
- iii. *Fase deduttiva* in cui, basandosi sui dati raccolti ed elaborati sono state delineate alcune:
- Valutazioni sulla capacità delle farmacie prese in esame di assicurare un adeguato livello di soddisfazione del cittadino-utente e di porre le premesse per attuare un approccio relazionale orientato alla co-creazione di valore nel *pharmaceutical care*;
 - Alcune linee guida dirette ad orientare la pianificazione e l'erogazione di servizi personalizzati che, tenendo conto delle istanze dei singoli utenti, possa impattare positivamente sul livello di soddisfazione complessivo al fine di creare le premesse per la co-creazione di valore.

Attraverso tale indagine esplorativa la ricerca ha inteso arricchire le conoscenze manageriali esistenti in tema di gestione della farmacia con la prospettiva degli operatori di settore alla luce della logica di servizio e della prospettiva sistemica.

In base a tale modello, si procederà in futuro a concepire delle tecniche di gestione che possano supportare l'approccio relazionale basato sulla logica service favorendo al tempo stesso lo sviluppo di una visione che vede formalizzato il contributo di valore dell'utente stesso quale fulcro dell'impianto relazionale.

L'indagine on field è avvenuta mediante la somministrazione di un questionario semi-strutturato ai farmacisti operanti nella provincia di Salerno.

La ricerca quali-quantitativa ha permesso, altresì, di ottenere dei dati e di fornire una prima descrizione delle **ipotesi interpretative** della ricerca²⁷⁹.

L'indagine, conoscitiva sul mondo delle farmacie, ha avuto l'obiettivo di identificare tendenze, prospettive e variabili rilevanti del settore. A tal fine è stato somministrato un questionario conoscitivo relativamente ai seguenti argomenti di ricerca:

- percezione dei farmacisti dello scenario di riferimento e del proprio ruolo nel sistema sanitario;
- sistema di offerta commerciale;
- rapporto con la clientela.

Proprio in quanto esplorativa e volta ad indagare le dinamiche di gestione nell'assistenza farmaceutica, si è inteso scegliere come popolazione obiettivo le farmacie del nostro contesto.

²⁷⁹ Le tipologie di analisi possono essere per variabili, tipica del metodo quantitativo in cui l'intervistato risponde ad una serie di domande strutturate o chiuse; e per casi, tipica del metodo qualitativo in cui l'intervistato risponde ad una serie di domande aperte. Un approccio non esclude l'altro ma anzi la co-esistenza in uno studio di ricerca di differenti approcci metodologici conduce ad una conoscenza più approfondita del fenomeno da indagare. Cfr. C. Cipolla (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano, 2003, pp. 3-32.

Tale ricerca si è avvalsa del ricorso alla tecnica dell'intervista face to face.

Il ricorso ad una rilevazione campionaria rispetto ad un'indagine totale ha permesso di ottenere dei primi risultati in tempi brevi e di giungere ad alcune conclusioni generalizzabili all'intera popolazione obiettivo. Il questionario è stato strutturato sia con domande a risposta chiusa che con domande a risposta aperta in modo tale da poter meglio individuare lo stato di consapevolezza del farmacista relativamente alla realtà in cui opera.

L'intervista è stata effettuata sia a titolari di farmacie che a direttori o dipendenti di alcune farmacie del territorio.

La rilevazione statistica dei dati e delle informazioni è stata fatta in questa prima fase sulla parte della popolazione di farmacie indagate.

La prima parte del questionario ha rilevato **l'analisi dello scenario**. La necessità di evidenziare qual è la percezione dei farmacisti del contesto e della domanda deriva dalla possibilità, che dà la conoscenza dei nuovi orientamenti del mercato, di adeguare la modalità di gestione ai mutamenti che avvengono nel contesto normativo, economico e sociale di riferimento²⁸⁰.

Ai farmacisti sono state poste domande sui cambiamenti del settore sanitario, sull'assistenza farmaceutica, sulla visione di questa professione nel sistema sanitario. Inoltre è stato chiesto loro se vedevano alcuni fattori del macroambiente esterno alla farmacia come un'opportunità o una minaccia per la loro attività²⁸¹.

Quindi, nella seconda parte del questionario, è stata indagata la **competitività**, cioè in un mercato in cui i competitor aumentano in termini di numero, di competenze e di dimensioni²⁸².

Nella terza parte del questionario è stato indagato il **sistema di offerta**²⁸³. Con le domande sull'offerta commerciale la ricerca intende sondare la possibilità di una valorizzazione della capacità del farmacista di sviluppare e gestire una farmacia in ottica *service*. Le farmacie possono, infatti, svolgere un'attività di coordinamento ed integrazione di prestazioni sanitarie, assumere il ruolo di punto sanitario territoriale interpretato in logica di servizi.

Nel capitolo 3 di questo lavoro è stato esposto come con la metodologia di indagine che fa riferimento all'*Approccio Sistemico Vitale* il focus si sposta da una visione riduzionistica e statica basata sui beni ad una visione sistemica e di-

²⁸⁰ Come si è ampiamente discusso nel corso del presente lavoro la farmacia deve prendere consapevolezza del nuovo scenario di riferimento e imparare a gestire in maniera proattiva i cambiamenti intervenuti nel settore sanitario.

²⁸¹ "Spesso il farmacista tende a essere poco informato su ciò che è estraneo al proprio settore". Cfr. Brusoni, M., Mallarini, E., op. cit., p. 119.

²⁸² L'ampliamento degli ambiti concorrenziali si verifica seguendo una traiettoria orizzontale, ponendo l'impresa commerciale in relazioni competitive con nuovi intermediari, e si manifesta naturalmente anche in senso verticale, estendendosi agli altri soggetti coinvolti nel canale e anche ai fornitori industriali (Spranzi, 1988). Cfr. Brusoni, M., Mallarini, E., op. cit., pp. 22-23.

²⁸³ "Pur erogando prevalentemente un servizio di tipo sanitario, la farmacia è comunque un esercizio commerciale di distribuzione al dettaglio, quindi può integrare gli elementi del marketing dei servizi con gli elementi del retail management". Fra le leve operative del retail management vi sono: l'assortimento, le promozioni, il merchandising e gli strumenti di comunicazione sul punto vendita. Per approfondimenti sull'assortimento e sull'offerta allargata di servizio per il cliente si veda Brusoni, M., Mallarini, E., op. cit., p. 114 e p. 140 e ss.

namica fondata sui processi di interazione tra l'insieme di componenti - soggetti e beni - organizzati in "sistemi di servizio". Per "servizio" non si intende l'aspetto "non-materiale" del prodotto, ma l'attitudine a "servire ad uno scopo", a "soddisfare un bisogno". Questo passaggio di marketing è indispensabile per comprendere il nuovo ruolo che deve avere la farmacia nel sistema sanitario. Anche in questa impresa la nuova logica impone il passaggio da "vendere un farmaco" ad "offrire un servizio"²⁸⁴.

La ricerca mira ad esplorare se esistono le premesse per l'applicazione di una logica di servizio che porta un nuovo differenziale competitivo. In questa parte si indaga se il farmacista effettua indagini conoscitive della sua clientela per offrire prodotti e servizi personalizzati che puntano alla soddisfazione del suo cliente.

La farmacia come "sistema di servizio" conosce i suoi utenti, li consiglia, li aiuta a risolvere un problema; li assiste all'interno della più ampia assistenza del sistema sanitario. E' la logica *service* che differenzia una farmacia da un'altra comportando maggiori vantaggi competitivi.

Le domande sono volte a conoscere se l'atto di vendita viene inteso come un momento per dispensare il farmaco o un momento fondamentale per riconoscere il cliente e instaurare una relazione. Fare accedere cognitivamente l'utente a quel prodotto o servizio significa fidelizzarlo.

Il questionario analizza, pertanto, se attualmente il farmacista mette la propria professionalità al servizio del mercato, se interagisce, se crea lo spazio di comunicazione con l'utenza all'atto di vendita cercando di ridurre il gap dell'asimmetria informativa. Il prodotto farmaco o il servizio di misurazione della pressione arteriosa devono essere un modo per creare la relazione e un mezzo per assistere il cliente anche dopo con le risorse che il farmacista ha a sua disposizione. Il campo di azione della farmacia si allarga infatti se il focus diventa l'utente e le motivazioni personali che sono alla base di un suo acquisto. Solo in questo modo l'attenzione si sposta al prodotto offerto-problema da risolvere.

La quarta e ultima parte del questionario indaga il **rapporto con la clientela** della farmacia presa in esame. Questa parte del questionario cerca di verificare se, sul punto vendita, ci sono attualmente le premesse per l'implementazione di una logica di servizio. Difatti viene stato sondato se e in che modo il farmacista mette a disposizione del cittadino la sua conoscenza; se considera le sue competenze "specialistiche" e l'interazione con il cliente il vero differenziale competitivo della sua farmacia nell'era del *service*.

Ai fini dell'analisi sono stati, sinteticamente, indagati i seguenti fattori:

- Visione del mercato da parte dei farmacisti;
- Visione dell'assistenza farmaceutica;
- Percezione dei competitor;

²⁸⁴ Cfr. Cap. III del presente lavoro.

- Visione del proprio ruolo nel sistema sanitario;
- Aspetto commerciale delle farmacie;
- Utilizzo di carte fedeltà e altri strumenti di fidelizzazione della clientela;
- Ricerca di bisogni latenti dei consumatori mediante indagini conoscitive della clientela;
- Percezione della soddisfazione dei clienti rispetto alla propria struttura;
- Individuazione di nuove strategie di servizio/offerta commerciale²⁸⁵.

Con la ricerca si è cercato di esplorare, lasciando anche spazio alle osservazioni dei farmacisti con domande a risposta aperta, a che stadio di marketing è la relazione della farmacia con il cittadino-utente, se i farmacisti creano occasioni di servizio con i cittadini e se ci sono le premesse per poter parlare di approccio al cliente in ottica di *service*.

²⁸⁵ La parte del questionario che indaga il rapporto con la clientela mira a conoscere se la farmacia comunica con i propri clienti attuali e potenziali della sua esistenza e della sua offerta in termini di prodotti e servizi. Inoltre indaga se la farmacia presa in esame effettua indagini conoscitive della propria clientela nonché attività di promozione volte ad attrarre e a fidelizzare i clienti.

4.1.1 Il campione, i tempi e le modalità dell'indagine

La scelta del campione da indagare ha riguardato alcune farmacie private e alcune farmacie comunali, facenti parte del Co.Fa.Ser., Consorzio Farmacie Servizi, tutte con sede nella Provincia di Salerno²⁸⁶. Le motivazioni di questa scelta risiedono nel fatto che dovendo partire un'indagine esplorativa della realtà dell'assistenza farmaceutica abbiamo preferito iniziare dalle imprese del contesto in cui viviamo.

In quanto essenzialmente esplorativa del settore la metodologia di analisi non ha richiesto la definizione di un campione rilevante o rappresentativo dell'universo statistico delle farmacie della città di Salerno e della sua vasta Provincia²⁸⁷. Le interviste hanno avuto una finalità di validazione del questionario, che è stato più volte rivisto, ed esplorativa dell'approccio metodologico utilizzato.

La scelta del campione è pertanto dipesa dagli obiettivi che ci siamo posti e dalle informazioni che volevamo trarre da questa indagine.

Le interviste sono state condotte in un arco temporale di 3 mesi. In totale abbiamo condotto n. 21 interviste fra farmacie pubbliche e private. La ricerca ha visto coinvolte 14 farmacie private locali che interessano un bacino di utenza di circa 50000²⁸⁸ abitanti e 7 farmacie comunali, appartenenti al Consorzio Farmacie Servizi della Provincia di Salerno.

L'unità campionaria scelta mostra i risultati della prima fase di un progetto di ricerca che sarà sviluppato nei prossimi anni. Il sample è, pertanto, ridotto perché questa survey rappresenta solo la prima fase dell'indagine esplorativa.

Per ciascun intervistato abbiamo utilizzato lo stesso questionario semi-strutturato per poter trarre delle conclusioni di carattere generico.

L'intervista è stata essenzialmente di tipo personale diretta, pertanto tutti i farmacisti sono stati contattati singolarmente.

Il campione rappresentativo per skills è composto sia da uomini che da donne. Il campione ha riguardato farmacisti proprietari (in 8 casi); farmacisti direttori ma non proprietari (in 5 casi); farmacisti dipendenti (in 8 casi).

La rilevazione è avvenuta presso la farmacia avendo cura di non compromettere il normale svolgimento dell'attività lavorativa dei farmacisti intervistati.

Combinando quindi i dati della base di partenza scientifica con i dati raccolti mediante le interviste quali-quantitative è stato possibile identificare se ci sono attualmente le premesse per implementare un sistema di gestione orientato al servizio nell'assistenza farmaceutica. Questo permetterebbe ai clienti di poter contribuire, attraverso le proprie attività, alla creazione di valore nella gestione della loro assistenza sanitaria. Le implicazioni per i farmacisti attengono ad una maggiore soddisfazione per il cittadino e quindi ad una maggiore fidelizzazione.

²⁸⁶ Il Consorzio Farmacie Servizi è un consorzio che gestisce 7 farmacie comunali in Provincia di Salerno. Cfr. <http://www.cfaser.com/consorzio>, sito istituzionale del consorzio.

²⁸⁷ Nella città di Salerno e Provincia si contano 359 farmacie. Cfr. <http://www.comuni-italiani.it/065/farmacie/>.

²⁸⁸ Cfr. nota precedente.

Basandosi sul lavoro della SDL e sul modello di co-creazione di valore vengono identificate le attività condotte dai farmacisti e le interazioni fra clienti e chi eroga i servizi. Il valore per il cliente è il vantaggio realizzato dall'integrazione delle risorse attraverso le attività e le interazioni con i collaboratori nella “rete” di assistenza del cliente.

L'utilità di questa indagine esplorativa nell'assistenza farmaceutica è dimostrata collegando il rafforzamento del rapporto fiduciario farmacia-utente alla potenziale applicazione di un modello di gestione *service oriented*.

4.1.2 L'intervista semi-strutturata. Analisi qualitativa e analisi quantitativa

L'approccio metodologico adottato è stato un'analisi quali-quantitativa mediante intervista diretta ad alcuni farmacisti.

Per l'analisi quantitativa è stato realizzato un questionario, semi-strutturato in base ai temi di indagine e alle finalità della ricerca, che ha rappresentato lo strumento di rilevazione delle informazioni. Dal momento che le interviste sono state realizzate personalmente non ci sono stati rischi connessi alla presenza di *missing* (dati mancanti per domanda).

Il questionario ha permesso di rivolgerci direttamente ai farmacisti; di raccogliere informazioni in maniera standardizzata; di fare proiezioni e stime di tipo statistico. Il limite è stato che per le domande a risposta chiusa le alternative dovevano essere per forza generalizzabili suddividendo le posizioni in grandi linee (Cipolla, 2003). Il questionario è stato costituito da una sequenza di domande uguali per tutti gli intervistati (c.d. questionari standardizzati) e che comprendevano, però, sia domande chiuse (in cui il numero e la qualità delle risposte era prevedibile in tutte le alternative) che aperte (utilizzate per quelle domande in cui si desiderava raccogliere da parte del farmacista una riflessione libera da condizionamenti).

La raccolta dei dati e delle informazioni è stata effettuata su un supporto cartaceo e successivamente si è proceduto al trasferimento in un software informatico per consentire l'elaborazione precisa degli input attraverso l'applicazione di tecniche statistiche. La decodifica delle risultanze è stata effettuata con due tipologie di analisi: descrittiva e interpretativa.

Per l'analisi qualitativa si è cercato di acquisire informazioni di natura qualitativa durante e dopo l'intervista mediante l'osservazione diretta.

L'approccio metodologico utilizzato in questo caso ha riguardato, inoltre, l'annotazione dei commenti e delle opinioni dei farmacisti. I commenti annotati durante la rilevazione dell'indagine hanno permesso di evidenziare o suffragare evidenze emerse durante l'analisi quantitativa o di riportare opinioni personali dei farmacisti su argomenti di maggiore interesse ai fini dell'indagine.

Il questionario è stato strutturato in circa 30 quesiti e suddiviso nelle seguenti aree tematiche.

- i. Le domande di introduzione riguardavano notizie preliminari anagrafiche, sia sulla farmacia che sull'intervistato.

Il corpo delle domande conteneva notizie su dati di fatto: opinioni personali nei confronti dell'assistenza farmaceutica in generale; modalità di gestione dell'offerta; azioni e comportamenti quotidiani nella gestione della farmacia e della clientela della farmacia specifica.

I partecipanti sono stati intervistati esclusivamente presso la farmacia dove esercitano il ruolo (in 17 casi) oppure contattati telefonicamente (in 4 casi). Le interviste quali-quantitative rappresentano un mezzo efficace per ottenere piena luce sul fenomeno di interesse in quanto forniscono informazioni contestuali dettagliate che non possono essere ottenute diversamente (Gwinner, Gremler, e Bitner

1998).

Per le domande aperte i partecipanti sono stati invitati ad esprimere un giudizio su alcuni argomenti con parole proprie. Per esempio ai farmacisti sono state chieste domande del tipo: “Come ritiene che sia cambiata l’assistenza farmaceutica negli ultimi anni?”; “Cosa fa per conoscere i bisogni della sua clientela?”; “Cosa pensa di fare nel futuro per rafforzare il rapporto di fiducia con l’utente?”.

- ii. Nella prima parte del questionario le domande *ASV based* indagano l’analisi di scenario, ossia la percezione del farmacista del suo ruolo e del contesto di riferimento.

Ai farmacisti sono state poste domande del tipo “Ritiene che l’assistenza farmaceutica sia cambiata negli ultimi anni?” oppure “Quali fattori esterni ritiene che possano rappresentare una minaccia o un’opportunità per la sua farmacia?”.

- iii. Nella seconda parte del questionario, sempre *ASV based*, ci sono domande riguardanti il rapporto con gli altri attori della filiera del farmaco nonché con i competitor. Ai farmacisti sono, inoltre, state poste domande sulle competenze necessarie per gestire, oggi, una farmacia.

L’analisi del sistema competitivo ha la finalità di individuare punti di forza e di debolezza di ogni farmacia rispetto ad alcune variabili del contesto. Le domande sono state strutturate considerando altri operatori operanti nelle diverse aree di business delle farmacie (erboristerie, profumerie, parafarmacie, corner della GDO, e-commerce). Sono state indagate, inoltre, alcune variabili quali l’offerta di prodotti e i servizi allo scopo di capire se il farmacista implementa strategie per attivare e mantenere la relazione con l’utente. Quindi è stato chiesto loro quali sono gli strumenti di comunicazione adoperati; quali sono le competenze che reputano necessarie per gestire la farmacia e soddisfare la clientela; se effettuano indagini conoscitive dei propri clienti. Questo onde capire se la farmacia attualmente permettere degli spazi di co-creazione di valore da parte del cittadino.

- iv. Posto che il servizio è per sua natura relazionale la terza parte del questionario, *S-DL based*, indaga il sistema di offerta della farmacia per conoscere l’approccio di servizio delle farmacie. Ai farmacisti sono state poste domande sui valori ed è stato chiesto se ritengono che l’erogazione di maggiori servizi presso la farmacia semplicemente completi l’offerta, la valorizzi o serva per fidelizzare il cliente.
- v. L’ultima parte permette di conoscere quanto la farmacia osservata testimonia un approccio di marketing di tipo:
 - transazionale;
 - relazionale tradizionale;
 - relazionale evoluto.

Una gestione del rapporto con la clientela di tipo relazionale evoluto permette di affermare che presso quella struttura, dove il servizio alla clientela è di tipo avanzato, ci sono le premesse per una gestione *service oriented*.

In questa parte del questionario ai farmacisti è stato chiesto se e quali strumenti di comunicazione utilizzano con la propria clientela; se ritengono di conoscerla; se effettuano indagini conoscitive della clientela; se hanno attivato una carta fedeltà; se ritengono che la clientela sia soddisfatta della loro farmacia.

4.1.3 La raccolta dati

Coerentemente con l'obiettivo esplorativo di questa parte del progetto di studio è stato utilizzato un disegno di ricerca quali-quantitativo che rispondesse ai temi teorici sull'*ASV*, sulla *S-DL* e sulla *SS*.

Si è preferita un'intervista face to face, anche se questo tipo di indagine prevede un maggior dispendio di costi e di tempo, per garantire una corretta raccolta delle informazioni degli intervistati.

Tale approccio è coerente con l'obiettivo insito della ricerca esplorativa di raggiungere una conoscenza approfondita dell'oggetto di ricerca (Yin 1984), ovvero l'attuale ruolo del farmacista nel sistema sanitario e sul territorio. I dati sono stati raccolti mediante interviste semi-strutturate in profondità identificati in ciascun ambito. Le interviste sono state orientate all'approfondimento e alla scoperta in progress dell'oggetto d'indagine.

Per la raccolta dei dati è stata sviluppata una griglia di domande che definisce in modo ampio il focus della nostra indagine.

Per affrontare gli obiettivi di ricerca ci siamo concentrati su farmacisti di diverse classi di età, che avevano effettuato o meno master, corsi di specializzazione e/o formazione dopo il corso di laurea quinquennale in farmacia.

Allo scopo di poter acquisire una comprensione approfondita del servizio fornito dalle farmacie la nostra analisi interpretativa si è così basata sia su farmacisti giovani, che avevano potenzialmente una visione più innovativa della gestione della farmacia e del rapporto con la clientela, sia su farmacisti con un'età superiore ai 60 anni, che scontano una visione tradizionale dell'assistenza farmaceutica e quindi del rapporto farmacista-utente.

Inoltre intraprendere gli studi di osservazione sul campo presso le farmacie ha permesso di annotare anche ampie note di campo. Gli intervistati hanno infatti potuto parlare in generale del servizio di assistenza farmaceutica e delle attività che svolgono quotidianamente con il loro lavoro (erogazione di servizi aggiuntivi; consulenza salutistica; consulenza cosmetica). Questi dati aggiungono ricchezza ai risultati delle interviste in profondità sulle modalità di interazione e fidelizzazione della clientela. Difatti anche la struttura dei locali, la disposizione delle attrezzature e dei prodotti, le modalità di contatto del front office con i cittadini hanno permesso di arricchire la conoscenza della relazione con l'utente. Ognuno di questi elementi può già rivelare il ruolo che ogni singola farmacia intende svolgere nei confronti del cittadino, di dispensatore di farmaci o di punto di riferimento del territorio della salute e del benessere presso il quale ritornare.

In totale sono state condotte 21 interviste. In media ciascuna intervista è durata 20 minuti.

Durante l'analisi dei risultati ottenuti sono stati considerati tutti i dati indicati dai rispondenti cui abbiamo aggiunto considerazioni personali.

La codifica e l'analisi delle risposte alle domande aperte sono state realizzate da due ricercatori indipendenti, che hanno tratto le proprie conclusioni dai da-

ti a disposizione, in modo tale da assicurare validità all'indagine.

Di seguito si riportano i risultati delle analisi delle farmacie private e delle farmacie comunali suddivisi per ciascun ambito d'indagine. In particolare si descrivono per ciascun ambito di ricerca: lo scenario visto dai farmacisti; le attività messe in atto; le prospettive future.

4.2 La discussione dei risultati delle farmacie private

Le farmacie private che sono state prese in esame sono situate presso i seguenti Comuni:

- Salerno
- Battipaglia
- Pagani
- Nocera Superiore
- Tremonti

La composizione anagrafica del target di farmacie considerate rispecchia le tendenze commerciali ed economiche degli ultimi anni²⁸⁹. Difatti tutte le 14 farmacie prese in esame non sono di recente costituzione bensì **esercitano la loro attività** da oltre 10 anni.

Le **dimensioni** delle farmacie sono tra i 100 e i 150 metri quadrati con non oltre 4 dipendenti in 8 casi; sono di circa 200 metri quadrati e con oltre 5 dipendenti nei restanti 6 casi.

Gli intervistati sono **farmacisti proprietari** in più della metà dei casi (8) e **farmacisti dipendenti** della farmacia presa in esame nei restanti 6 casi.

Dei 14 farmacisti, la quasi totalità (9 intervistati) **esercita il ruolo** da oltre 10 anni; 5 farmacisti esercitano questo ruolo da meno di 10 anni.

Questo dato non è in linea con la visione che hanno i farmacisti intervistati circa i cambiamenti intervenuti negli ultimi anni nel settore farmaceutico.

Nella prima parte del questionario i farmacisti hanno risposto alle domande *ASV based* su contesto, competitor e sovra-sistemi.

Alla domanda aperta: “**Ritiene che l’assistenza farmaceutica sia cambiata negli ultimi anni?**”, solo 6 farmacisti su 14 ritengono che:

“[...] In questo settore ci sono stati in generale grandi cambiamenti rispetto al passato [...]”.

Invece 8 dei farmacisti intervistati pensano che:

“[...] In questo settore non ci sono stati mutamenti. L’assistenza farmaceutica è rimasta sempre la stessa [...]”.

Nella prima parte che riguardava l’analisi di scenario ai farmacisti sono state poste domande circa le principali variabili che in maniera indiretta influenzano gli avvenimenti della farmacia. Per 12 farmacisti su 14 la “**tecnologia**” ha un impatto positivo sulla loro attività; così come i fattori “**sociali e culturali**” della domanda rappresentano per la metà dei farmacisti intervistati un’*opportunità*. Invece l’ambiente “**economico**” e “**politico-istituzionale**” è considerato come una

²⁸⁹ Dati Federfarma 2013.

minaccia per la loro farmacia da 11 intervistati su 14²⁹⁰. Lo scopo è di definire le opportunità di sviluppo della farmacia che derivano da una valorizzazione dei punti di forza e da un contenimento dei punti di debolezza alla luce delle opportunità e delle minacce che risultano dall'ambiente esterno. A tal riguardo è stata utilizzata una matrice SWOT che analizza le forze/debolezze di un sistema vitale e le opportunità/minacce derivanti dal contesto²⁹¹.

I farmacisti ritengono nella metà dei casi (7) la “**tecnologia**”, l’“**offerta di servizi aggiuntivi**” come dei *punti di forza* della loro attività; mentre rappresentano dei *punti debolezza* della propria attività nell'altra metà dei casi (7), per quelle farmacie che non offrono servizi aggiuntivi. I farmacisti ritengono che l'elemento della “**formazione continua**” sia da considerarsi un punto di forza della loro attività in 10 casi su 14. Nella Figura 4.2.1 si riporta a titolo esemplificativo una SWOT Analysis, con i dati emersi dall'analisi delle minacce e delle opportunità dell'ambiente in base alle quali le farmacie prese in esame reputano di avere dei punti di forza o dei punti di debolezza²⁹².

²⁹⁰ La metodologia di riferimento utilizzata è quella dell'analisi VRIO, ambiente politico-istituzionale, ambiente tecnologico, ambiente sociale, ambiente economico, ossia di quei fattori esterni detti del “macro ambiente” di riferimento che incidono sul successo delle organizzazioni. Cfr. Sciarelli, S., *La gestione dell'impresa*, CEDAM, 2011, pp.4-7.

²⁹¹ Cfr. Barile, S., Sancetta, G., Saviano, M., *Management*, Giappichelli Editore, Torino, 2015, Vol. II, pp. 229-231.

²⁹² L'analisi per la formulazione della strategia competitiva è basata sul modello SWOT, strenght, weakness, opportunity, threat, che suggerisce di prendere in considerazione i punti di forza e di debolezza dell'impresa in rapporto all'evoluzione del contesto, da cui potranno derivare minacce e opportunità. Cfr. Sciarelli, S., op. cit., p.90.

Figura 4.2.1 — Swot Analysis

Analisi SWOT	Qualità utili al conseguimento degli obiettivi	Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi
Elementi interni	Punti di forza 7 Tecnologia 7 Servizi aggiuntivi 10 Formazione	Punti di debolezza 7 Tecnologia 7 Servizi aggiuntivi 4 Formazione
Elementi esterni	Opportunità 12 Tecnologia 7 Fattori sociali e culturali 3 Ambiente economico 3 Ambiente politico e istituzionale	Minacce 2 Tecnologia 7 Fattori sociali e culturali 11 Ambiente economico 11 Ambiente politico e istituzionale

Fonte: Adattamento da Humprey, A. (2005). "The origin of SWOT Analysis", *SRI Alumni Association Newsletter*, December. Elaborazione sulla base dei dati ottenuti dall'indagine.

Nella parte del questionario che indaga la consapevolezza dei farmacisti dei loro stakeholder, sono state poste alcune domande per conoscere **in che modo si relazionano con gli altri attori del sistema sanitario**. Su 14 farmacisti, 11 ritengono molto importante la relazione con il cittadino-utente; tutti gli intervistati danno molta importanza alle relazioni che si instaurano con i fornitori; 4 ritengono importante anche il rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale. Solo 12 farmacisti non ritengono fondamentale il rapporto con le Aziende Sanitarie Locali; 13 farmacisti non reputano rilevante il rapporto con i medici. La Tabella 4.2.1 mostra come l'interlocutore più importante per le farmacie sia rappresentato dai fornitori seguiti dal cittadino-utente.

Tabella 4.2.1 – Sintesi grafica della rilevanza attribuita dai farmacisti ai diversi interlocutori (analisi ASV based)

Interlocutori della Farmacia	Numero di Farmacie che ritengono il rapporto rilevante
cittadino-utente	11
fornitori	14
SSN	4
ASL	12
Medici	13

I farmacisti vedono come **concorrente** della propria attività solo lo sviluppo del commercio elettronico e qualcuno ha anche detto che:

“[...]Presto anche le farmacie più evolute inizieranno ad utilizzare questo canale di vendita per non perdere un’ importante occasione di sviluppo per la propria attività[...].”

Delle 14 farmacie prese in esame, nessuna vede nelle parafarmacie, nella GDO e nell’erboristeria²⁹³, dei potenziali competitor.

Questo dato è in linea con i dati successivamente raccolti nel corso dell’indagine semi-strutturata. Ai farmacisti è stato infatti poi chiesto “**In che cosa si differenzia principalmente la loro attività da quella dei potenziali competitor**” con riferimento ai seguenti aspetti indicati:

Consulenza farmacologica
Professionalità
Fiducia
Capacità di ascolto
Consulenza salutistica
Assortimento
Convenienza dei prezzi
Servizi aggiuntivi
Prossimità

Tutti i farmacisti intervistati hanno risposto di differenziarsi dagli altri canali distributivi per i primi 5 degli aspetti sopra elencati, ma non anche per l’**“assortimento”**, la **“convenienza dei prezzi”** e, in 4 casi, per i **“servizi aggiuntivi”**.

Alla domanda aperta **“Secondo Lei, per quali motivi la farmacia si differenzia dagli altri canali distributivi?”** secondo i farmacisti la loro attività si differenzia da quella dei concorrenti principalmente per le seguenti motivazioni:

“[...] Essere un presidio fisico sul territorio al quale i cittadini si rivolgono [...]”;

“[...] Per le maggiori informazioni e i consigli che i farmacisti possono offrire [...]”.

Il questionario propone agli intervistati tematiche relative al comportamento strategico di chi gestisce l’impresa farmacia. L’analisi è propedeutica all’indagine sul processo decisionale compiuto dal farmacista proprietario (*Organo di Governo*) e implementato dai collaboratori.

Nell’analisi *S-DL based* Ai farmacisti è stato chiesto di attribuire un voto di importanza su una scala di valori da 1 a 5 (dove 1=per nulla; 5=moltissimo) ad alcune **categorie valoriali** che ritengono possano essere necessarie nella gestione della farmacia. Ai farmacisti sono state presentate soltanto 5 delle seguenti categorie valoriali: Ambizione, Coerenza, Creatività, Desiderio di cultura, Fedeltà, Fiducia, Giustizia, Lealtà, Merito, Onestà, Potere, Responsabilità, Rispetto, Solida-

²⁹³ Cfr. Su questi nuovi canali di vendita si è parlato nel primo capitolo del presente lavoro.

rietà, Tradizione, Utilità.

Nello specifico, le categorie valoriali per le quali è stato chiesto di attribuire un voto sono:

Solidarietà
Fiducia
Responsabilità
Rispetto
Tradizione

Inoltre è stato aggiunto il valore “Innovazione”.

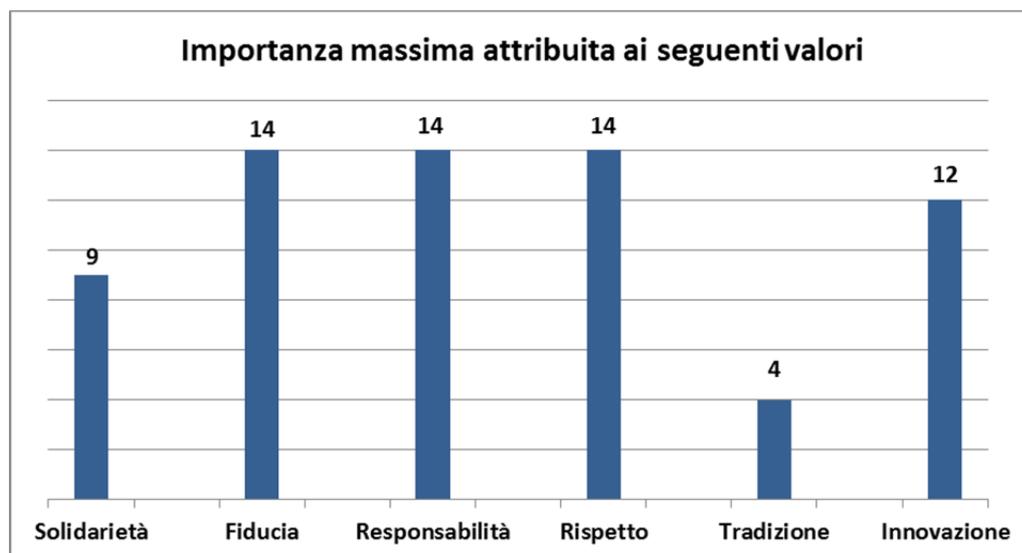
Nella realtà tali valori si presentano in un Sistema Vitale “attraverso un gradiente di valori compreso tra due estremi che possono considerarsi inclusivi di una gamma continua di sfumature”.

Tali categorie incidono in diversa misura nella formazione delle scelte imprenditoriali del soggetto decisore²⁹⁴.

Ai valori “**Fiducia**”, “**Responsabilità**”, “**Rispetto**”, tutti i farmacisti intervistati hanno attribuito un’importanza massima dando il voto di 5 (moltissimo). Al valore “**Solidarietà**” viene attribuito 5 in 9 casi e 4 (molto) nei restanti 5 casi. Il valore “**Tradizione**” risulta essere molto importante solo in 4 casi (farmacisti che hanno attribuito un voto pari a 5). In 5 casi i farmacisti hanno attribuito un voto pari a 4; in 4 casi hanno attribuito un voto pari a 3 (abbastanza importante) e in un caso è stato attribuito un voto pari a 2 (poco importante). Al contrario il valore “**Innovazione**” è risultato essere molto importante in 12 casi su 14, in cui è stato attribuito un voto pari a 5 (molto importante). I risultati ottenuti sono sintetizzati nel Grafico 4.2.1.

²⁹⁴ Si veda Barile, S., *Management Sistemico Vitale*, Giappichelli, Torino, 2009, pp.155-171.

Grafico 4.2.1 — Numero di farmacisti che hanno attribuito un'importanza massima (voto 5) ai valori indicati (analisi S-DL based)



Sempre con l'obiettivo di esplorare in che modo i farmacisti gestiscono attualmente la loro attività, ai farmacisti è stato chiesto **“Quali altre competenze reputa oggi necessarie nella gestione di una farmacia oltre a quelle che prevede una formazione classica?”** I farmacisti ritengono che oggi per condurre la propria attività siano necessarie anche competenze manageriali (in 13 casi), relazionali (in 12 casi), di marketing (in 13 casi).

L'offerta dei farmacisti segue tendenzialmente la domanda (12 casi su 14). Solo in due casi i farmacisti hanno dichiarato di cercare di anticipare i bisogni dei propri clienti o di proporre prodotti nuovi in assortimento.

Invece, per quanto riguarda i **“Servizi aggiuntivi”** previsti dal D.lgs. 153/2009 e dal Decreto 8 luglio 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011 presso 11 delle farmacie intervistate è possibile ottenere alcune delle prestazioni previste²⁹⁵. Sono perlopiù le prestazioni analitiche di prima istanza, quali:

- Test per glicemia, colesterolo e trigliceridi (in 9 casi);
- Test per misurazione in tempo reale di emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi, ematocrito (in 4 casi);
- Test per la misurazione di componenti delle urine (in 4 casi).

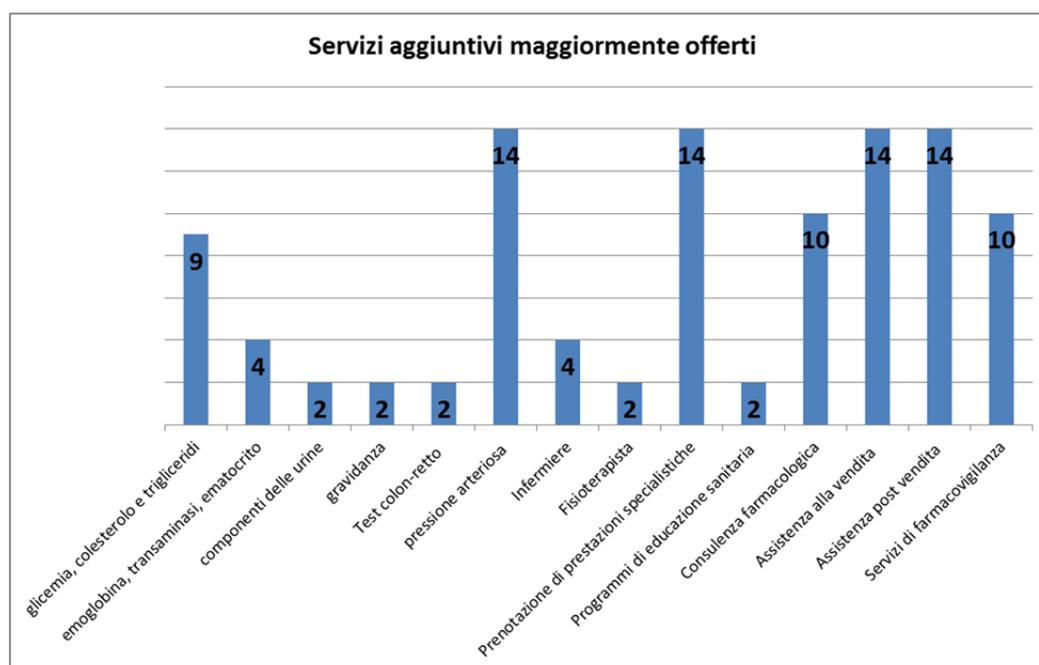
Per quanto riguarda i servizi di secondo livello erogabili con dispositivi strumentali, in quasi tutte le 14 farmacie intervistate è possibile ottenere la misurazione della pressione arteriosa ma non anche altre tipologie di servizi. Infatti le farmacie per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti devono per legge utilizzare spazi dedicati e separati dagli altri ambienti. La necessità di uno spazio destinato per l'erogazione di tali servizi comporta l'impossibilità per molte

²⁹⁵ Per le norme in materia di farmacia dei servizi si veda il capitolo I di questo lavoro.

farmacie di effettuare questo tipo di prestazioni analitiche agli utenti.

In 4 farmacie si effettuano prestazioni professionali presso la struttura stessa o a domicilio del paziente²⁹⁶. In tutte le farmacie è possibile effettuare la prenotazione di prestazioni specialistiche presso strutture pubbliche o private accreditate. I risultati ottenuti sono sintetizzati nel Grafico 4.2.1.

Grafico 4.2.1 — Servizi aggiuntivi maggiormente offerti dalle farmacie (*analisi S-DL based*)



L'erogazione di **servizi aggiuntivi** viene visto in maniera diversa dai farmacisti intervistati, evidenziando un diverso tipo di approccio alla relazione con la clientela.

Difatti nella metà dei casi l'erogazione dei servizi previsti dal d.lgs del 2009 e dal successivo decreto 229/2011 è considerato semplicemente un modo per **“completare l'offerta della farmacia”**. In 11 casi è visto come un modo per **“valorizzare l'offerta”** già presente. In 11 casi è considerato un modo potenziale per **“fidelizzare la clientela”** alla specifica farmacia.

Quanto all'offerta di **preparati galenici**, che rappresentano un evidente

²⁹⁶ Per dispositivi strumentali si ricorda che si intendono:

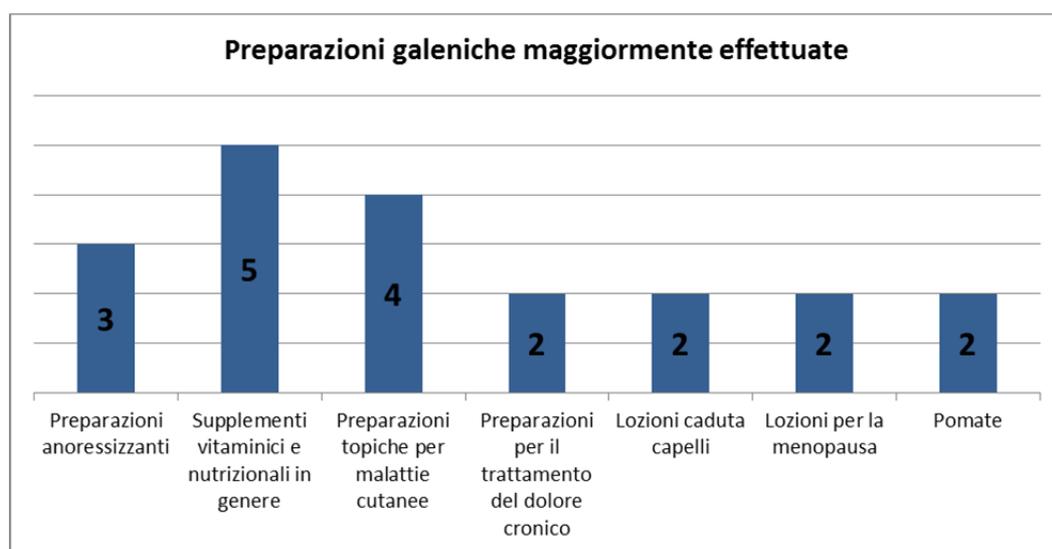
- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa;
- dispositivi per la misurazione della capacità polmonare tramite auto - spirometria;
- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della saturazione percentuale dell'ossigeno;
- dispositivi per il monitoraggio 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.

Cfr. Capitolo I del presente lavoro.

modo per rafforzare il legame con il cliente presso una determinata farmacia e fidelizzarlo, in 8 delle farmacie considerate vengono effettuate preparazioni di galenici magistrali.

I preparati galenici maggiormente offerti sono **“supplementi vitaminici”** (in 5 casi), **“preparazioni topiche”** (in 4 casi), **“preparazioni anoressizzanti”** (in 3 casi), **“preparazioni per il trattamento del dolore cronico”** (in 2 casi), **“lozioni per la caduta dei capelli”** (in 2 casi), **“lozioni per la menopausa”** (in 2 casi), **“pomate”** (in 2 casi), come evidenziato nel Grafico 4.2.2.

Grafico 4.2.2— Preparazioni di galenici magistrali maggiormente effettuati



I fattori che ostacolano l’utilizzo del galenico sono principalmente:
“Difficoltà nella prescrizione da parte del medico”;

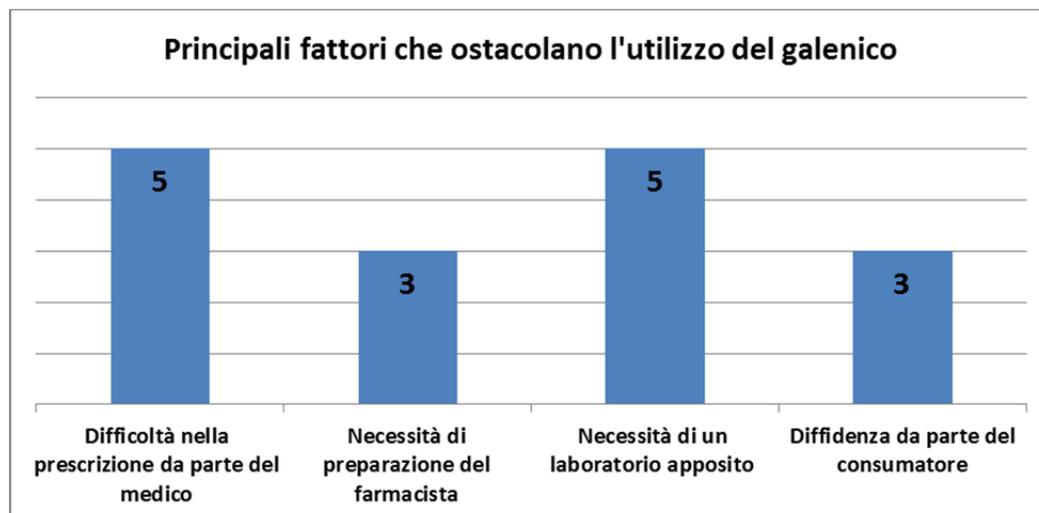
“Necessità di preparazione del farmacista”;

“Necessità di un laboratorio apposito” e quindi di locali più grandi;

“Diffidenza da parte del consumatore”, soprattutto delle persone anziane che vogliono il prodotto industriale.

Nel Grafico 4.2.3 sono evidenziate le principali motivazioni che secondo i farmacisti ostacolano la domanda di preparazioni galeniche in farmacia.

Grafico 4.2.3 – Principali fattori che ostacolano l'utilizzo dei preparati galenici



I fattori che potrebbero contribuire ad un incremento dell'utilizzo del galenico sono:

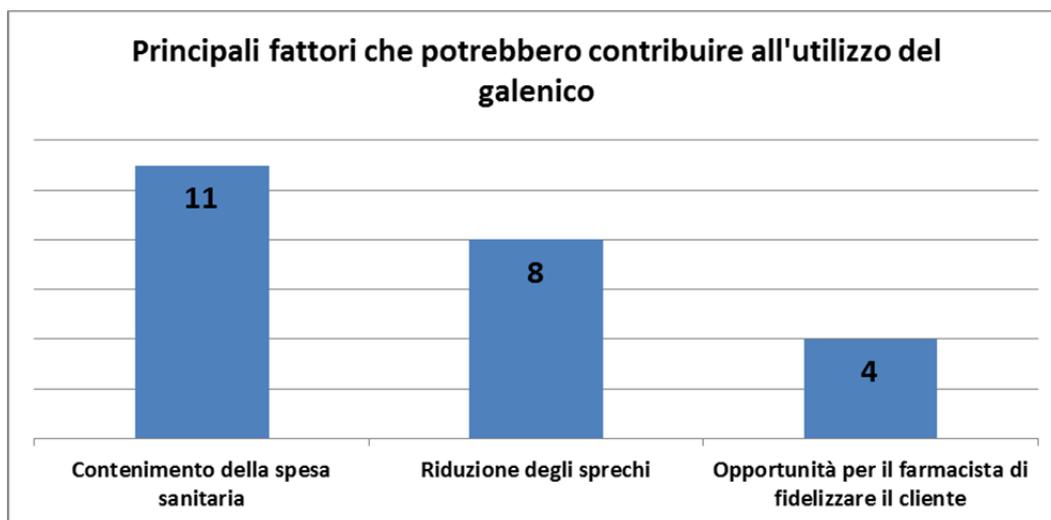
“Contenimento della spesa sanitaria”;

“Riduzione degli sprechi”;

“Opportunità per il farmacista di fidelizzare il cliente”.

Come sintetizzato nel Grafico 4.2.4. solo 4 farmacisti ritengono che i galenici magistrali rappresentino un modo per creare, con un prodotto personalizzato, un maggiore spazio di comunicazione con il cliente e quindi per fidelizzarlo alla propria farmacia.

Grafico 4.2.4 — Principali fattori che potrebbero contribuire all'utilizzo delle preparazioni galeniche



Per quanto riguarda l'ultima parte del questionario, che ha indagato vivamente il rapporto con la clientela, le farmacie intervistate hanno dichiarato di utilizzare i seguenti strumenti di comunicazione: in 4 casi si fa uso di “**volantini informativi**”; solo in 2 casi si comunica con la clientela tramite “**brochure**” o “**giornate informative**” presso la farmacia; in 4 fanno ricorso ai “**social network**”. Il cliente viene contattato personalmente solo quando deve essere avvisato dell'arrivo di un farmaco o prodotto che ha prenotato, ma non anche per comunicazioni in generale su offerte o promozioni o giornate informative presso la farmacia.

Le farmacie intervistate non utilizzano nessuno strumento di comunicazione personale con il cliente (quali Posta, E-mail, Sms).

Rendere più efficiente la comunicazione facilita la farmacia a conoscere gli effettivi bisogni della domanda del cittadino-utente. Nella Tabella 4.2.2 di seguito vengono sintetizzati i risultati emersi dallo studio sugli strumenti di comunicazione utilizzati dai farmacisti.

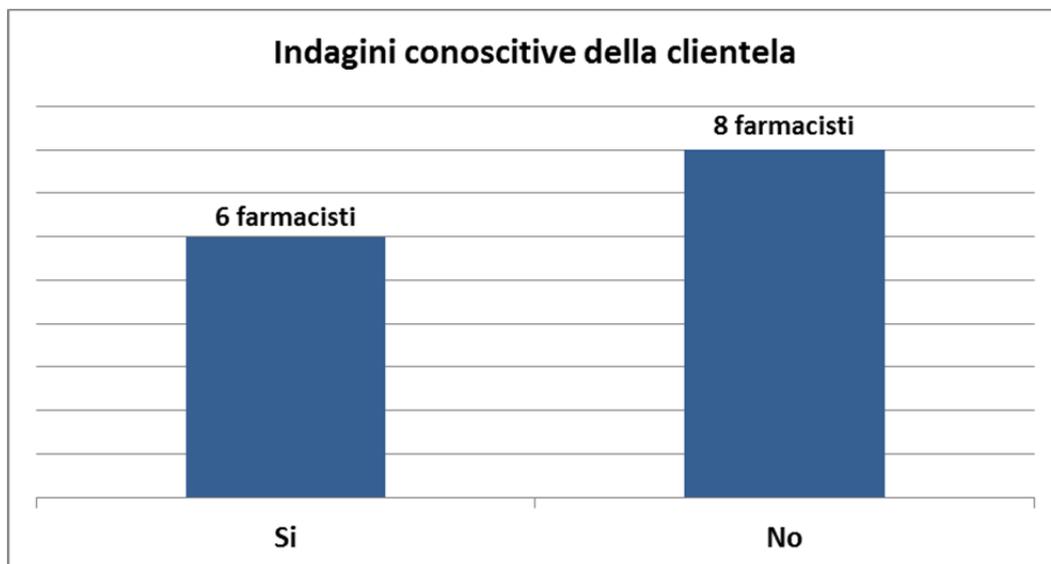
Tabella 4.2.2— Sintesi grafica dei principali strumenti di comunicazione utilizzati dalle farmacie

Strumenti di comunicazione	Numero di Farmacie che li utilizzano
volantini informativi	4
brochure	2
giornate informative	2
social network	4
posta, e-mail, sms	0

Come mostrato nel seguente grafico, alla domanda “**Presso questa farma-**

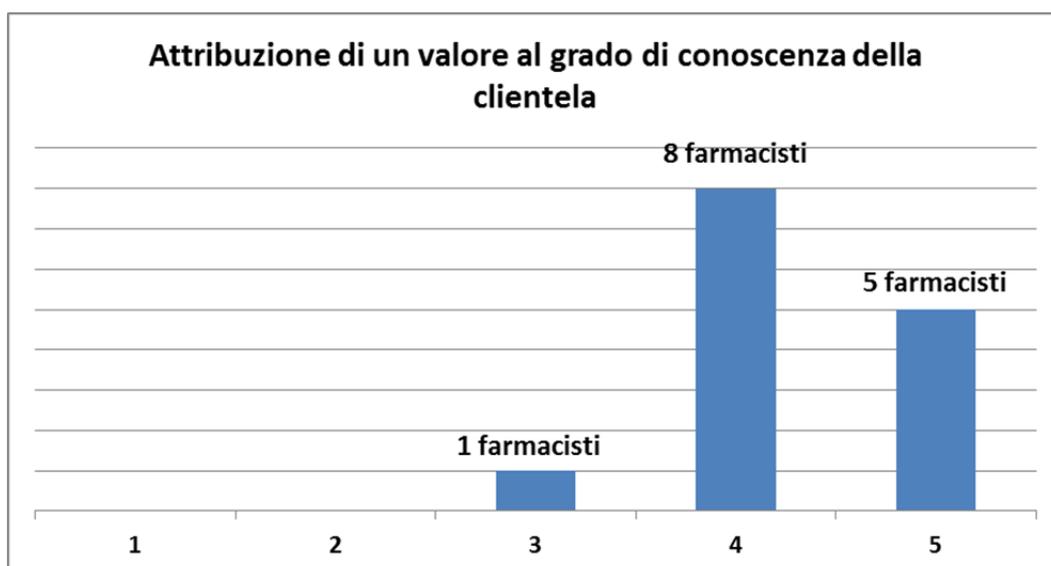
cia si effettuano indagini conoscitive della clientela?” più della metà degli intervistati (8) hanno risposto negativamente.

Grafico 4.2.5 — Indagini conoscitive della clientela presso la farmacia



Eppure tutti i farmacisti intervistati alla domanda *S-DL based* **“Quanto ritiene di conoscere la clientela della Sua farmacia?”** hanno risposto molto (in 10 casi) o addirittura moltissimo nei restanti 4 casi come sintetizzato nel Grafico 4.7.

Grafico 4.2.6 — Grado di conoscenza dei clienti della farmacia su una scala da 1 a 5



Le informazioni raccolte dai farmacisti sui loro clienti riguardano in 4 casi il **“grado di soddisfazione della clientela”**; in tutti i casi riguardano **“informazioni anagrafiche”** degli utenti e **“comportamenti alimentari/stili di vita”**.

Anche se non tutte le farmacie facenti parte del campione effettuano indagini conoscitive della propria clientela secondo 13 farmacie su 14 una conoscenza approfondita dei bisogni della clientela potrebbe contribuire al miglioramento dei servizi erogati presso la loro farmacia.

Alla domanda *S-DL based* **“Presso la Sua farmacia è attiva una carta fedeltà”**, solo 2 farmacisti hanno risposto positivamente. In queste due farmacie la carta fedeltà è collegata alla raccolta punti per scontistica²⁹⁷.

Le opinioni dei farmacisti sulla carta fedeltà sono esemplificabili in queste due opposte considerazioni:

“[...] La carta fedeltà contribuisce a fidelizzare il cliente alla farmacia, perché si crea un motivo per tornare [...]”;

“[...] La carta fedeltà non serve a fidelizzare perché non crea differenza rispetto ai concorrenti in quanto oggi tutti i punti vendita, comprese le farmacie, hanno una carta fedeltà [...]”.

Quindi secondo la maggior parte dei farmacisti non contribuisce a **“rafforzare la fiducia dei clienti presso quella specifica farmacia”** ma solo a **“fidelizzare passivamente il cliente alla farmacia”**.

Secondo i farmacisti intervistati, quindi, l’implementazione di una carta fedeltà può creare fedeltà senza che i clienti si fidino di quel punto vendita (Castaldo 2002).

Questo proprio in quanto la carta fedeltà viene spesso utilizzata solo come carta per sconti e omaggi e non come strumento per conoscere meglio i clienti, le sue abitudini, i suoi stili di vita, i suoi acquisti, e creare quindi un reale differenziale competitivo rispetto agli altri operatori.

All’ultima domanda **“Secondo Lei, quanto la clientela è soddisfatta della Sua farmacia?”**, in 10 hanno attribuito un valore da 1 a 5 pari a 5 (molto); in 4 hanno attribuito un valore pari a 4 (moltissimo).

Dall’analisi è emerso che attualmente le farmacie private analizzate non attivano strategie in grado di attrarre e mantenere i clienti nel tempo. La relazione in questo momento è sicuramente ancora di tipo relazionale tradizionale.

Nella prima parte del questionario si è esplorata la percezione dello scenario da parte dei farmacisti con l’obiettivo di capire quali fattori esterni vengono interpretati dagli operatori del settore come opportunità o minacce e rispetto a quali di questi elementi la propria organizzazione ha dei punti di forza o punti di

²⁹⁷ Tenuto conto dei dettami di legge in merito alla realizzazione delle carte fedeltà solo per prodotti diversi dai farmaci (la Legge 248/06 al comma 2 dell’articolo 5 recita testualmente: “Sono, comunque, vietati i concorsi, le operazioni a premio e le vendite sotto costo aventi ad oggetto farmaci”).

debolezza. L'analisi della percezione dei sovra-sistemi ha rivelato che i rapporti con i vari stakeholder all'interno del sistema sanitario è di tipo transazionale. Solo ai fornitori e ai cittadini viene attribuito un grado di rilevanza maggiore ma, anche in questo caso, la relazione è di tipo tradizionale.

Il livello di soddisfazione percepito per la propria farmacia è elevato perché c'è sicuramente intenzionalità a soddisfare le aspettative del cittadino.

Questa motivazione di base non è però accompagnata da un corretto utilizzo degli strumenti che il marketing mette a loro disposizione.

Difatti la clientela viene scarsamente coinvolta in questa relazione: non c'è una comunicazione personalizzata, non ci sono indagini conoscitive; la carta fedeltà è poco utilizzata o utilizzata solo per l'erogazione di sconti e omaggi; spesso non si erogano servizi aggiuntivi. Il livello di store loyalty è per questo sicuramente molto basso.

Le farmacie si limitano troppo spesso all'offerta di farmaci, di alcuni prodotti e di servizi essenziali che non si tramuta nella possibilità di offrire nuovi tipi di servizi o tecniche di vendita attualmente non disponibili presso altre farmacie.

L'analisi del sistema di offerta sottolinea che spesso la farmacia non investe nella relazione mediante un'offerta di altri servizi oltre quelli previsti dalla legge.

L'analisi esplorativa del settore, tenuto conto dei temi teorici di interesse, permette di concludere che il rapporto con i clienti delle farmacie private esplorate è attualmente di tipo transazionale e in alcuni casi relazionale tradizionale.

L'approccio al cliente non è di tipo relazionale avanzato in ottica service in quanto:

- il tipo di occasioni di incontro che i farmacisti creano con gli utenti/pazienti sono scarse;
- Non viene instaurato un rapporto con il cliente in modo tale da fidelizzarlo a quella specifica farmacia;
- Scarso è il livello di conoscenza di come si caratterizza il bisogno degli utenti, delle loro specifiche esigenze in ottica salutistica;
- Il livello di servizio è determinato dalle capacità del farmacista di rispondere alle attese e alle esigenze del cliente. Ma se queste non vengono raccolte sistematicamente e prontamente ascoltate non possono essere soddisfatte, pur con tutti i buoni propositi e le motivazioni alla base di questa relazione;
- Non vengono perlopiù raccolte informazioni su questi aspetti e soprattutto non vengono utilizzate per attività di marketing mirate al singolo cliente o a cluster di clienti.

L'indagine sull'area *service* ha permesso di indagare che viene dedicato poco spazio alla gestione della conoscenza all'interno della relazione tra farmacia e clientela, e questa conoscenza viene utilizzata in maniera tradizionale. I farmaci-

sti dichiarano mediamente di conoscere i loro clienti. Ma non viene effettuata nessuna indagine sulle caratteristiche dei clienti e quindi sui bisogni latenti e non viene utilizzato nessuno strumento per raccogliere e analizzare le informazioni che si possiedono sui clienti. Inoltre non ci sono mai politiche di fidelizzazione mirate per ogni cliente.

I farmacisti ritengono, però, che una conoscenza più approfondita del cliente e delle sue esigenze, potrebbe migliorare l'efficacia del servizio offerto e quindi avere un impatto positivo sulla relazione utente-farmacia.

Per arrivare a concludere l'altro elemento che è stato verificato è a che livello il cliente partecipa alla creazione del valore. Nell'area della SDL si è indagato in che modo il cliente co crea valore nel servizio farmaceutico. Nell'assistenza farmaceutica si è lontani dal livello di partecipazione che esiste in altri contesti sanitari (ASL, strutture ospedaliere); tuttavia il questionario fa emergere un livello realmente molto basso della partecipazione del cittadino-utente²⁹⁸.

Dall'indagine emerge che le farmacie, pur avendo un bacino di utenza assegnato già loro per legge, non sono in grado di attrarre nuovi clienti e soprattutto di mantenere quelli che hanno nel tempo; non si sforzano di soddisfare le aspettative dei cittadini con maggiori servizi, né di coinvolgerli con attività promozionali mirate, servizi personalizzati, attività di comunicazione presso la farmacia o diretta al cliente.

Come si evince dai dati delle risposte le uniche brochure o volantini informativi che vengono dispensati ai pazienti sono quelli dei prodotti industriali che si vendono in farmacia.

Sui punti vendita presi in esame non vengono implementate tecniche di gestione o attività promozionali che mirino ad una fedeltà del punto vendita e portino realmente la farmacia a rappresentare un punto di riferimento sul territorio per l'utente²⁹⁹.

²⁹⁸ Per approfondimenti sull'interazione alla base dei processi di co-creazione di valore fra pazienti e chi eroga le prestazioni sanitarie si veda il lavoro di McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., Van Kasteren, Y., "Health Care Customer Value Co-creation Practice Styles" in *Journal of Service Research* 15, 4: 370-389 – the lead article in the November issue of the journal, 2012.

²⁹⁹ Per approfondimenti sull'evoluzione della relazione di fiducia tra paziente e farmacia si veda Brusoni, M., Mallarini, E., op. cit. , pp.18-19.

4.3 La discussione dei risultati delle farmacie del Co.Fa.Ser.

Le farmacie pubbliche prese in esame facenti parte del Co.Fa.Ser. sono situate presso i seguenti Comuni:

- Battipaglia
- Montecorvino Rovella
- Castel San Giorgio
- Sarno
- Mercato San Severino

Tutte le 7 farmacie non sono di recente costituzione bensì **esercitano la loro attività** da oltre 10 anni. Le **dimensioni** delle farmacie sono tra i 100 e i 150 metri quadrati con non oltre 4 **dipendenti**.

Il questionario è stato somministrato in 5 casi ai **direttori delle farmacie** e nei restanti 2 casi a **farmacisti dipendenti**.

Dei 7 farmacisti intervistati tutti **esercitano questo ruolo** da oltre 15 anni.

Alla domanda aperta *ASV based* “**Ritiene che l’assistenza farmaceutica sia cambiata negli ultimi anni?**”, la quasi totalità del campione (ben 6 farmacisti su 7) ritengono che:

“[...] In questo settore ci sono stati in generale dei cambiamenti rispetto al passato [...]”.

Mentre un solo farmacista ritiene che:

“[...] L’assistenza farmaceutica non è per nulla cambiata negli ultimi anni [...]”.

Nell’analisi delle principali variabili esterne che influenzano gli avvenimenti aziendali per 4 farmacisti su 7 la “**tecnologia**” rappresenta un elemento positivo per la loro attività; così come i fattori “**sociali e culturali**” della domanda rappresentano per 5 dei farmacisti intervistati un’*opportunità*. Anche l’ambiente “**economico**” e “**politico-istituzionale**” è considerato come un’*opportunità* per la farmacia da 6 intervistati su 7³⁰⁰.

I farmacisti ritengono in 2 casi che “**la tecnologia**” rappresenti un *punto di forza* della loro organizzazione. La “**formazione**” è vista come un *punto di forza* della loro organizzazione in 4 casi. Infine l’ “**offerta di servizi aggiuntivi**” è vista come un *punto di forza* della propria attività in 4 casi; mentre rappresenta un *punto di debolezza* della propria attività negli altri 2 casi, vale a dire per quelle farmacie che hanno difficoltà ad erogare servizi aggiuntivi, per mancanza di spazio nel punto vendita.

³⁰⁰ La metodologia di riferimento utilizzata è quella dell’analisi VRIO, ambiente politico-istituzionale, ambiente tecnologico, ambiente sociale, ambiente economico, ossia di quei fattori esterni detti del “macro ambiente” di riferimento che incidono sul successo delle organizzazioni. Cfr. Sciarelli, S. , *La gestione dell’impresa*, CEDAM, 2011, pp.4-7.

Figura 4.3.1— Swot Analysis

Analisi SWOT	Qualità utili al conseguimento degli obiettivi	Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi
Elementi interni	Punti di forza 2 Tecnologia 4 Servizi aggiuntivi 4 Formazione	Punti di debolezza 4 Tecnologia 2 Servizi aggiuntivi 2 Formazione
Elementi esterni	Opportunità 4 Tecnologia 5 Fattori sociali e culturali 6 Ambiente economico 6 Ambiente politico e istituzionale	Minacce 3 Tecnologia 2 Fattori sociali e culturali 1 Ambiente economico 1 Ambiente politico e istituzionale

Fonte: Adattamento da Humprey, A. (2005). “The origin of SWOT Analysis”, *SRI Alumni Association Newsletter*, December. Elaborazione sulla base dei dati ottenuti dall’indagine.

Quindi anche in questo caso ai farmacisti sono state poste alcune domande per conoscere **in che modo si relazionano con gli altri attori del sistema sanitario**.

Tutti i farmacisti intervistati ritengono molto importante la relazione con il cittadino/utente nonché con i fornitori; 3 ritengono importante il rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale; 5 su 7 reputano importante il rapporto con i medici.

I dati emersi sono sintetizzati nella Tabella 4.3.1.

Tabella 4.3.1 — Sintesi grafica della rilevanza attribuita dai farmacisti ai diversi interlocutori (*analisi ASV based*)

Interlocutori della Farmacia	Numero di Farmacie che ritengono il rapporto rilevante
cittadino-utente	7
fornitori	7
SSN	5
ASL	5
Medici	5

I farmacisti vedono come **concorrente** della propria attività solo lo sviluppo del commercio elettronico (in 2 casi su 7).

Secondo i farmacisti intervistati i loro maggiori competitor sono:

“[...] I negozi sanitari [...]”;

oppure

“[...] Le altre farmacie [...]”.

Come nelle farmacie private intervistate anche in questo caso fra tutte le farmacie prese in esame nessuna vede nelle parafarmacie, nella GDO e nell'erboristeria dei potenziali competitor della loro attività³⁰¹.

Anche nelle farmacie pubbliche questa informazione è in linea con i dati successivamente raccolti nel corso dell'indagine semi-strutturata.

Difatti, nell'analisi della percezione dei farmacisti sulla concorrenza, è stato loro chiesto **“In che cosa si differenzia principalmente la loro attività da quella dei potenziali competitor”** con riferimento ai seguenti aspetti indicati:

Consulenza farmacologica
Professionalità
Fiducia
Capacità di ascolto
Consulenza salutistica
Assortimento
Convenienza dei prezzi
Servizi aggiuntivi
Prossimità

Tutti i farmacisti hanno risposto di differenziarsi per i primi 5 degli aspetti elencati e spesso ancora per la **“prossimità”** al cittadino, ma non anche per l’**“assortimento”**, la **“convenienza dei prezzi”** e per i **“servizi aggiuntivi”**.

I farmacisti intervistati dichiarano di differenziarsi dai competitor elencati per i seguenti motivi:

“[...] Rappresentare ancora un valido presidio sul territorio al quale il cittadino si rivolge per ottenere consigli [...]”;

E, per questo motivo, i farmacisti dichiarano ancora di:

“[...] Conoscere personalmente i loro clienti e le loro esigenze [...]”.

Il questionario propone agli intervistati tematiche relative al comportamento strategico di chi gestisce l'impresa farmacia.

L'analisi è propedeutica all'indagine sul processo decisionale compiuto dal farmacista proprietario (organo di governo) e implementato dai collaboratori.

Ai farmacisti è stato chiesto di attribuire un voto di importanza su una scala di valore da 1 a 5 ad alcune categorie che ritengano possano essere necessarie nella gestione della farmacia. Ai farmacisti sono state presentate soltanto alcune delle seguenti **categorie valoriali**: Ambizione, Coerenza, Creatività, Desiderio di cultura, Fedeltà, Fiducia, Giustizia, Lealtà, Merito, Onestà, Potere, Responsabilità, Rispetto, Solidarietà, Tradizione, Utilità. Inoltre è stato aggiunto il valore **“Innovazione”**.

³⁰¹ Cfr. L'analisi sui nuovi canali di vendita è stata fatta nel primo capitolo del presente lavoro.

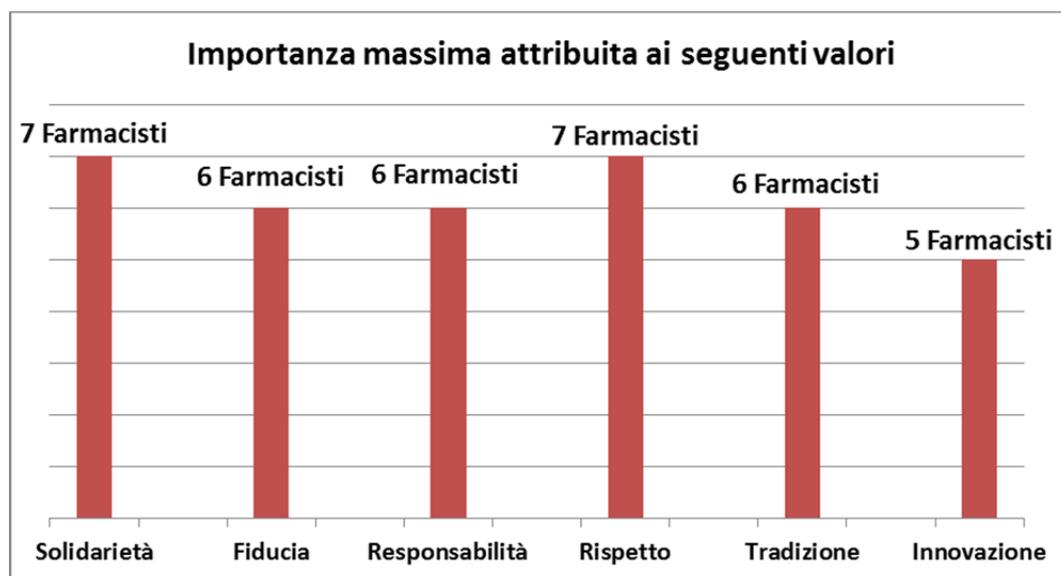
Solidarietà
Fiducia
Responsabilità
Rispetto
Tradizione

Nella realtà tali valori si presentano in un Sistema Vitale “attraverso un gradiente di valori compreso tra due estremi che possono considerarsi inclusivi di una gamma continua di sfumature”. Tali categorie incidono in diversa misura nella formazione delle scelte imprenditoriali del soggetto decisore³⁰².

Ai valori “**Solidarietà**”, “**Fiducia**”, “**Responsabilità**”, “**Rispetto**”, tutti i farmacisti intervistati hanno attribuito un'importanza massima dando il voto di 5 (moltissimo). Al valore “**Tradizione**” viene attribuito 5 in 6 casi e 4 (molto) in un solo caso.

Il valore “**Innovazione**” risulta essere molto importante in 5 casi (farmacisti che hanno attribuito un voto pari a 5). In 2 casi i farmacisti hanno attribuito un voto pari a 4; in un caso hanno attribuito un voto pari a 3 (abbastanza importante).

Grafico 4.3.1 – Numero di farmacisti che hanno attribuito un'importanza massima (voto 5) ai valori indicati (analisi S-DL based)



Per quanto riguarda l'analisi della multidisciplinarietà i farmacisti ritengono che oggi per condurre la propria attività siano necessarie anche le seguenti competenze: “**manageriali**”, “**relazionali**”, di “**marketing**”.

L'offerta dei farmacisti segue tendenzialmente la domanda in tutti i casi. Invece, per quanto riguarda i “**Servizi aggiuntivi**” previsti dal D.lgs.

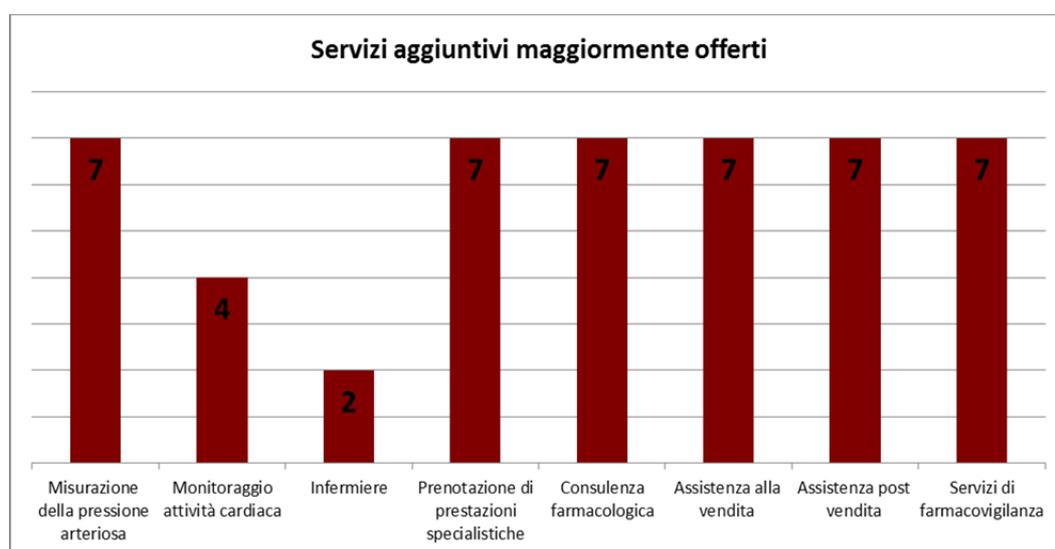
³⁰² Si veda Barile, S., *Management Sistemico Vitale*, Giappichelli, Torino, 2009, pp.155-171.

153/2009 e dal Decreto 8 luglio 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011 presso tutte le farmacie intervistate è possibile ottenere alcune delle prestazioni previste. Sono tutte le prestazioni di autoanalisi o la misurazione della pressione arteriosa e controllo del peso³⁰³.

In 2 si effettuano prestazioni professionali presso la farmacia o a domicilio del paziente. In tutte le farmacie è possibile effettuare la prenotazione di prestazioni specialistiche presso strutture pubbliche o private accreditate e pagamento Ticket.

Nel Grafico 4.3.2 sono evidenziati i risultati ottenuti.

Grafico 4.3.2 — Servizi aggiuntivi offerti dalle farmacie Co.Fa.Ser.(analisi **S-DL based**)



L'erogazione di **servizi aggiuntivi** viene visto in maniera diversa dai farmacisti intervistati.

Alcuni dei farmacisti intervistati pensano che:

“[...] è un problema non riuscire ad offrirli, perché la farmacia perde un'occasione per completare l'offerta [...]”;

Altri, al contrario, pensano che:

“[...] i servizi aggiuntivi non servono per fidelizzare la clientela[...]”;

Nello specifico in 5 casi l'erogazione dei servizi previsti dal d.lgs del 2009 e dal successivo decreto 229/2011 è considerato semplicemente un modo per **“completare l'offerta della farmacia”** e per **“valorizzare l'offerta”** già presente.

Solo in 2 casi non è considerato un modo per **“fidelizzare la clientela”** alla specifica farmacia.

³⁰³ Per le norme in materia di farmacia dei servizi si veda il capitolo I di questo lavoro.

Quanto all'offerta di **preparati galenici**, che rappresentano un ulteriore modo per fidelizzare l'utente alla farmacia, presso una sola delle farmacie considerate vengono effettuate preparazioni di galenici magistrali.

I preparati galenici maggiormente realizzati da questa farmacia sono **“supplementi vitaminici e nutrizionali in genere”** e **“pomate”**.

Per i farmacisti delle farmacie Co.Fa.Ser. i fattori che ostacolano l'utilizzo del galenico sono principalmente:

“Sicurezza del prodotto finito”;

“Diffidenza da parte del consumatore e scarsa percezione della qualità”;

“Necessità di adeguata preparazione del farmacista”;

“Difficoltà della prescrizione da parte del medico”;

“Necessità di spazi più grandi”.

Il Grafico 4.3.3 evidenzia i principali fattori che, secondo i farmacisti del Consorzio, ostacolano l'utilizzo del galenico in farmacia.

Grafico 4.3.3 — Principali fattori che ostacolano l'utilizzo di preparazioni galeniche secondo i farmacisti del consorzio



I fattori che potrebbero, invece, contribuire un incremento dell'utilizzo del galenico sono:

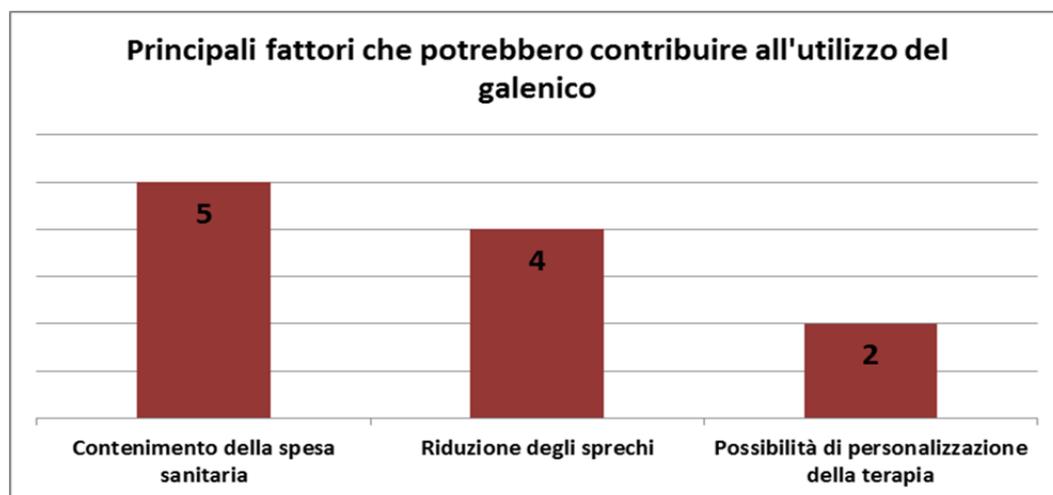
“Contenimento della spesa sanitaria”;

“Riduzione degli sprechi”;

“Possibilità di personalizzazione della terapia”.

Il Grafico 4.3.4 sintetizza i risultati ottenuti con riferimento ai principali fattori che secondo i farmacisti del Co.Fa.Ser. che potrebbero contribuire ad un incremento delle preparazioni galeniche in farmacia.

Grafico 4.3.4 — Principali fattori che potrebbero contribuire all'utilizzo delle preparazioni galeniche secondo i farmacisti del consorzio



Per quanto riguarda la parte del questionario che ha indagato vivamente il rapporto con la clientela, le farmacie intervistate hanno dichiarato di non utilizzare strumenti di comunicazione personalizzata con l'utente. In 4 casi si fa uso di "volantini informativi"; in tutti i casi si comunica con la clientela tramite "brochure" o "giornate informative" presso la farmacia.

Per le farmacie facenti parte del Consorzio in tutti i casi di comunicazione al cittadino c'è il riferimento del **portale internet** del Co.Fa.Ser..

Nessuna farmacia presa in esame effettua comunicazione personalizzata, tramite posta, e-mail, sms, al cliente. Il cliente viene contattato personalmente solo quando deve essere avvisato dell'arrivo di un farmaco o prodotto che ha prenotato, ma non anche per comunicazioni in generale su offerte o promozioni o giornate informative presso la farmacia.

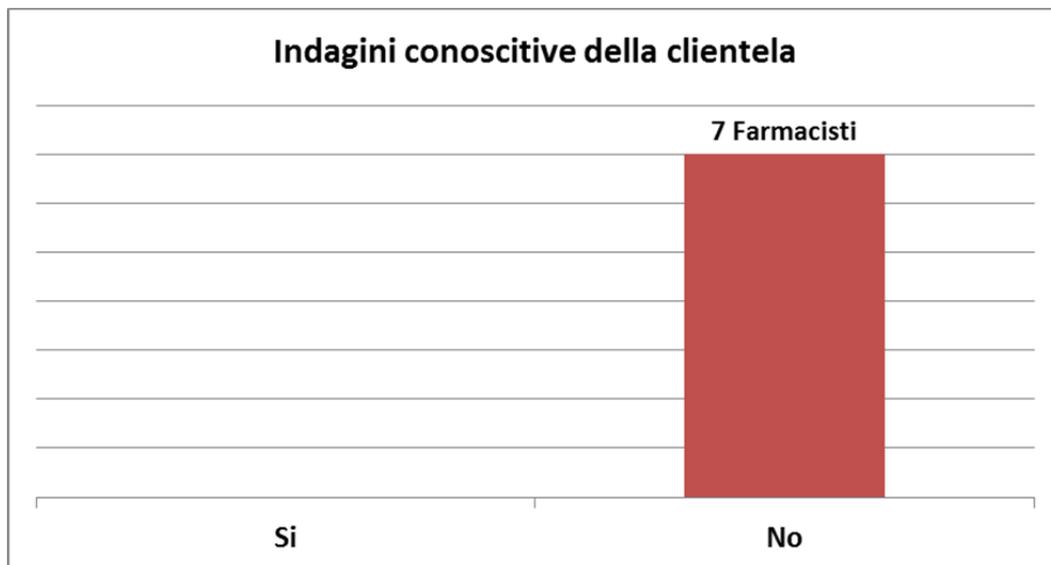
Nella Tabella 4.3.2 sono evidenziati gli strumenti di comunicazione utilizzati dalle farmacie del Co.Fa.Ser. In nessun caso la farmacia comunica personalmente con il cliente al fine di rafforzare la relazione.

Tabella 4.3.2 – Sintesi grafica dei principali strumenti di comunicazione utilizzati dalle farmacie (analisi **S-DL based**)

Strumenti di comunicazione	Numero di Farmacie che li utilizzano
volantini informativi	4
brochure	7
giornate informative	7
social network	7
posta, e-mail, sms	0

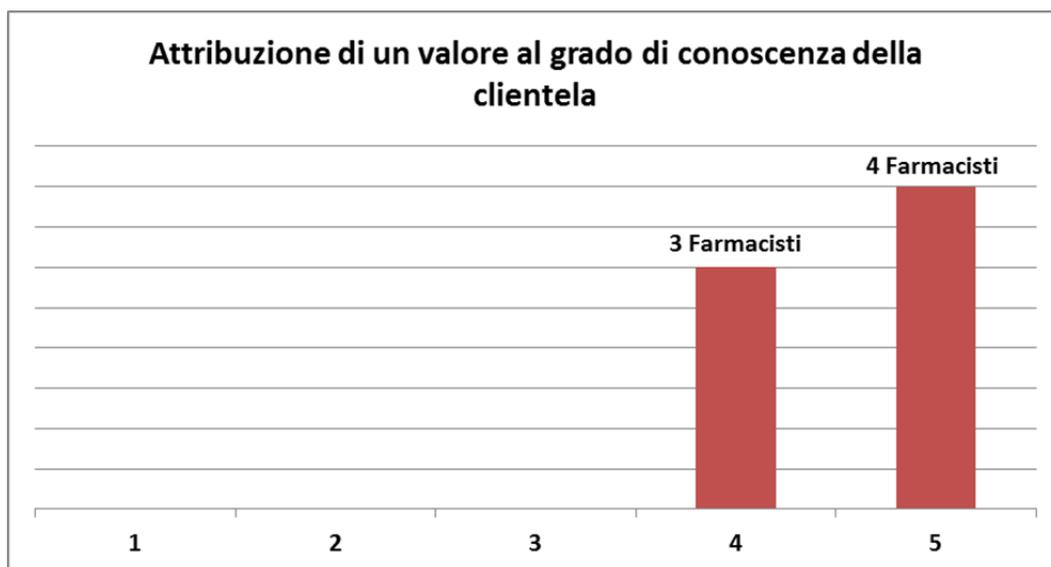
Inoltre alla domanda “**Presso questa farmacia si effettuano indagini conoscitive della clientela?**” tutti gli intervistati hanno risposto negativamente.

Grafico 4.3.5 — *Indagini conoscitive della clientela presso la farmacia (analisi S-DL based)*



Alla domanda “**Quanto ritiene di conoscere la clientela della Sua farmacia?**” hanno risposto molto (in 3 casi) o moltissimo nei restanti 4 casi, come sintetizzato nel Grafico 4.3.6.

Grafico 4.3.6 — *Grado di conoscenza dei clienti della farmacia su una scala da 1 a 5 (analisi S-DL based)*



Anche se le farmacie facenti parte del campione non effettuano indagini

conoscitive della propria clientela secondo tutti gli intervistati una conoscenza approfondita dei bisogni della clientela potrebbe contribuire al miglioramento dei servizi erogati presso la loro farmacia.

Alla domanda “**Presso la Sua farmacia è attiva una carta fedeltà?**”, tutti i farmacisti hanno risposto negativamente³⁰⁴.

Circa l’implementazione di una carta fedeltà ci sono opinioni divergenti.

Difatti alcuni farmacisti interrogati al riguardo hanno dato la seguente risposta:

“[...] Oggi tutti gli esercizi commerciali possiedono una carta fedeltà e non rappresenta più un modo per differenziarsi rispetto alla concorrenza [...]”;

Altri farmacisti, invece, ritengono che:

“[...] Ormai tutti i punti vendita, comprese molte farmacie, posseggono una carta fedeltà; per questo è diventato un elemento discriminante per le farmacie che non la offrono al cliente. Il cliente preferisce fare acquisti nella farmacia dove ha attivato una carta fedeltà [...]”.

Anche in questo caso leggiamo l’assenza dell’utilizzo della carta fedeltà per lo scopo più importante per il quale potrebbe essere erogata, vale a dire la raccolta di informazioni sul cliente.

Alla domanda “**Secondo Lei, quanto la clientela è soddisfatta della Sua farmacia?**”, un farmacista ha attribuito un voto su una scala di valore pari a 5 (moltissimo); in 6 hanno attribuito un valore pari a 4 (molto).

L’analisi delle farmacie pubbliche del Co.Fa.Ser. ha fatto emergere una maggiore attenzione posta ai cittadini e alla trasparenza delle informazioni.

In questo consorzio il portale internet viene utilizzato come mezzo di comunicazione al cittadino-utente di tutti i servizi offerti, delle attività promozionali, delle giornate informative, degli eventi in farmacia o delle attività di sponsor per cause sociali. Sul portale è possibile iscriversi alla Newsletter e ricevere informazioni e comunicazioni in forma privata tramite e-mail.

L’attenzione posta alla comunicazione con la clientela, il proposito di attivare una carta fedeltà per raccogliere informazioni sul cliente evidenzia una volontà delle farmacie consorziate a ridurre l’asimmetria informativa con il cliente.

Dall’indagine esplorativa emerge che la gestione del rapporto con la clientela da parte delle farmacie in questo momento è di tipo relazionale avanzato ma non ancora in ottica *service*.

Il livello di soddisfazione percepito per la propria farmacia è elevato perché c’è sicuramente intenzionalità a soddisfare le aspettative del cittadino.

³⁰⁴ Tenuto conto dei dettami di legge in merito alla realizzazione delle carte fedeltà solo per prodotti diversi dai farmaci (la Legge 248/06 al comma 2 dell’articolo 5 recita testualmente: “Sono, comunque, vietati i concorsi, le operazioni a premio e le vendite sotto costo aventi ad oggetto farmaci”).

Questa motivazione di base non è però accompagnata da un corretto utilizzo degli strumenti che il marketing mette loro a disposizione.

Per quanto riguarda l'analisi *ASV based* le farmacie del consorzio attribuiscono scarsa rilevanza alle relazioni con alcuni sovra-sistemi, come il SSN o i medici. Lo stadio della relazione con questi stakeholder è ancora di tipo transazionale, ben lontano dall'ottica di sistema.

Per consentire un coinvolgimento maggiore della clientela in questa relazione sarà necessario avviare una comunicazione personalizzata, mettere in atto indagini conoscitive della clientela; attivare la carta fedeltà non solo per l'erogazione di sconti e omaggi ma anche per proposte di promozioni e comunicazione personalizzate. Il livello di store loyalty è per questo ancora scarso. Le farmacie si limitano troppo spesso all'offerta di farmaci, di alcuni prodotti e di servizi essenziali che non si tramuta nella possibilità di offrire nuovi tipi di servizi o tecniche di vendita *service-oriented* attualmente non disponibili presso altre farmacie.

4.4 Conclusioni del progetto

L'indagine esplorativa delle farmacie nel territorio provinciale ha identificato tendenze e variabili rilevanti di un'impresa che sta attraversando una fase di profonda trasformazione. Tale indagine permette una migliore comprensione del mondo delle farmacie e la definizione di linee strategiche di management della farmacia.

Il progetto di ricerca sul campo permette di concludere che oggi le farmacie sono ancora lontane dall'implementazione di relazioni durature con la clientela.

Dall'analisi sulla rilevanza attribuita ai sovra-sistemi è emerso che le farmacie hanno rapporti del tutto transazionali e non orientati alla partnership con medici, ASL, SSN. Anche nel caso delle relazioni con i cittadini e i fornitori si evince come le relazioni siano orientate al profitto e non alla costruzione di relazioni durature o al raggiungimento di obiettivi comuni. Si tratta di *transazioni ripetute* (Webster, 1992) in cui non esistono relazioni ma soltanto parti che si incontrano per scambi di beni e servizi.

Nel contesto esplorato non è ancora applicata la S-D Logic quale nuovo paradigma dello scambio.

La ricerca ha, inoltre, permesso di arricchire le conoscenze manageriali esistenti in tema di gestione della farmacia con la prospettiva diretta degli operatori di settore alla luce della logica di servizio e della prospettiva ASV.

L'approccio di gestione *service oriented* è già riscontrabile nelle prassi lavorative di altri settori delle più evolute organizzazioni imprenditoriali.

Per costruire una nuova identità e un nuovo ruolo strategico nel sistema sanitario la farmacia deve virare verso un modello di gestione che mette al centro il cittadino.

“Riconoscere” il cliente-utente, “ascoltare” le sue istanze, i suoi bisogni, le sue attese, significa aver riguardo della loro soddisfazione e instaurare una relazione duratura.

Il contributo di questo lavoro è quello di prospettare un nuovo modello di gestione orientato al *service* in grado di portare maggiori vantaggi sia all'impresa farmacia, sia al cittadino-utente finale.

Gli *Organi di Governo* di una qualsiasi organizzazione imprenditoriale, devono interpretare e riflettere i cambiamenti sistematici della società. Solo in tal modo, infatti, le imprese si adattano in maniera continua al mutamento dello scenario economico e sociale di riferimento. Per rispondere in maniera adeguata al significativo cambiamento in atto, l'OdG dell'impresa farmacia deve gradualmente ripensare i suoi compiti e la sua figura, passando da “responsabile e dispensatore unico di farmaci” a “gestore” di una realtà organizzativa sempre più complessa, qual è il punto vendita farmacia.

Il lavoro di ricerca ha evidenziato come non è attualmente presente una visione dell'assistenza farmaceutica basata sull'integrazione delle risorse e sulla co-creazione di valore che consentirebbe di gestire al meglio la relazione con i cittadini-utenti con benefici per tutti gli attori coinvolti. Il ruolo della farmacia dipende sempre più, oggi, dalla sua funzionalità, ossia dalla sua capacità a servire ad uno

scopo all'interno del mercato. Al farmacista sono richieste una serie di attività consolidate, proprie della natura storica del suo ruolo, e una serie di nuove attività dovute all'evoluzione del mercato. Il suo nuovo ruolo deve essere quello di servire il mercato, di avere una funzione di assistenza completa alla salute all'interno del sistema sanitario.

Nella prospettiva suggerita, che adotta la *Service Dominant Logic* (S-DL) nell'ottica dell'*Approccio Sistemico Vitale* (ASV), il rapporto continuativo e fiduciario che la farmacia deve essere in grado di creare con il cittadino è considerato *conditio sine qua non* per rafforzare il suo ruolo relazionale con il cittadino-utente e, in generale, con tutti gli attori del sistema sanitario. L'interazione riduce il gap dell'asimmetria informativa e diventa un momento fondamentale per fidelizzare la clientela. Il paziente può accedere cognitivamente a quel prodotto o servizio.

Il campo di azione della farmacia si allarga solo se il centro del suo interesse diventa il cliente e le motivazioni personali che lo spingono ad un acquisto.

La gestione della farmacia deve essere ripensata in ottica service onde poter ottenere una riqualificazione della farmacia nel sistema sanitario. Difatti il coinvolgimento dell'utente permette di rafforzare il ruolo strategico della farmacia con tutti gli attori del sistema.

La progettazione di farmacie orientate al rafforzamento della relazione con il cliente rappresenta un elemento determinante, oggi, per garantire la redditività della farmacia.

L'implementazione di un modello di gestione *service oriented* nell'impresa farmacia è un elemento nuovo e con vantaggi per tutta la filiera.

Il funzionamento, la gestione della farmacia deve essere focalizzato sulle esigenze prioritarie del cliente-utente. Instaurare un rapporto personalizzato, ascoltare le sue istanze in modo attivo, gestire i bisogni e l'eventuale reclamo con sincero interesse rendono la farmacia orientata alla relazione verso il paziente. La soddisfazione del cliente è dovuta al comportamento di chi eroga il servizio, in un circolo virtuoso in cui soddisfare i bisogni del nostro cliente significa soddisfare i bisogni dell'impresa farmacia. Un servizio ed un'assistenza elevata al cliente significano un cliente soddisfatto, che si sente stimato e riconosciuto nei suoi bisogni e che quindi si lega alla farmacia.

Un cliente soddisfatto è una variabile che garantisce un successo difendibile dalla nostra impresa farmacia.

A conclusione del progetto possiamo affermare che la definizione di linee di gestione coerenti con l'attivazione di una farmacia orientata al servizio rappresenta un modo per costruire una nuova identità per la farmacia stessa. Questa modalità di gestione consentirebbe, infatti, di valorizzare le competenze professionali del farmacista e aprire al contributo di valore offerto da tutti gli interlocutori dell'impresa farmacia e dal cittadino utente. Il ruolo strategico che ne deriva è quello di una farmacia che collabora e coopera con tutti i sovra-sistemi decretando la sua sopravvivenza nel contesto.

Note conclusive

Come si è tentato di illustrare il settore farmaceutico è un comparto che sta attraversando profondi mutamenti. Le modificazioni economiche, normative e socio-culturali hanno apportato dei cambiamenti all'intera filiera del farmaco, dalla produzione alla distribuzione e hanno alterato i tradizionali fattori di privilegio dell'impresa farmacia per la quale diventa necessario investire su nuove dimensioni strategiche senza prescindere dalle dimensioni economiche e manageriali.

Questo perché le pressioni concorrenziali, alle quali è sottoposta attualmente l'impresa farmacia e i cambiamenti del settore impongono strategie e strumenti che un tempo riguardavano solo altri settori ma che sono, oggi, entrati a far parte anche del settore farmaceutico.

Gli *Organi di Governo* di una qualsiasi organizzazione imprenditoriale, sia essa attività produttiva, attività commerciale e, nell'ambito delle attività commerciali, sia essa mercato retail di altri beni che mercato retail del farmaco, devono interpretare e riflettere i cambiamenti sistematici della società. Solo in tal modo, infatti, le imprese si adeguano al mutamento dello scenario economico e sociale di riferimento. Per rispondere in maniera adeguata al significativo cambiamento in atto, l'*OdG* dell'impresa farmacia deve gradualmente ripensare i suoi compiti e la sua figura, passando da "dispensatore unico di farmaci" a "responsabile" di una realtà organizzativa sempre più complessa, qual è diventato il punto di vendita farmacia.

Il lavoro di ricerca ha evidenziato come una visione dell'assistenza sanitaria in generale e farmaceutica in particolare basata sull'integrazione delle risorse e sulla co-creazione di valore consentirebbe di gestire al meglio la relazione con i cittadini-utenti con benefici per tutti gli attori coinvolti. Il ruolo della farmacia dipende sempre più, oggi, dalla sua funzionalità, ossia dalla sua capacità a servire ad uno scopo all'interno del mercato. Al farmacista sono richieste una serie di attività consolidate, proprie della natura storica del suo ruolo, e una serie di nuove attività dovute all'evoluzione del mercato.

La farmacia esiste *strutturalmente* con la sua offerta ma non esiste *sistemicamente* se non si relaziona con l'esterno, cioè con tutti gli altri attori. Il suo nuovo ruolo deve essere quello di servire il mercato, di avere una funzione di assistenza completa alla salute all'interno del sistema sanitario.

Nella prospettiva suggerita, che adotta la *Service Dominant Logic* (S-DL) nell'ottica dell'*Approccio Sistemico Vitale* (ASV), il rapporto continuativo e fiduciario che la farmacia deve creare con il cittadino è considerato come fonte di valore aggiunto, necessario per rafforzare il suo ruolo relazionale con tutti gli attori del sistema sanitario.

L'interazione, lo spazio di comunicazione creato con l'utenza all'atto di vendita riduce il gap dell'asimmetria informativa e diventa un momento fondamentale per fidelizzare la clientela. Il paziente può accedere cognitivamente a quel prodotto o servizio. Il prodotto farmaco o il servizio di misurazione della pressione arteriosa sono solo un mezzo per creare la relazione; ma poi occorre assistere il cliente con le risorse che il farmacista ha a sua disposizione: professionalità, competenza.

La fonte del vantaggio competitivo della farmacia va ricercata nella figura dello stesso farmacista, le cui competenze specialistiche e la cui opera professionale rappresentano il vero differenziale in questo settore di attività.

L'approccio di gestione della farmacia deve essere in ottica *service*. La farmacia deve instaurare un rapporto personalizzato con il cittadino-utente, ascoltare le sue istanze, gestire in maniera proattiva bisogni e aspettative. La soddisfazione del cliente è dovuta al comportamento di chi eroga il servizio, in un circolo virtuoso in cui soddisfare i bisogni del nostro cliente significa soddisfare i bisogni dell'impresa farmacia. Un servizio ed un'assistenza elevata al cliente significano un cliente soddisfatto, che si sente stimato e riconosciuto nei suoi bisogni e che quindi si lega alla farmacia.

La progettazione di farmacie orientate al rafforzamento della relazione con il cittadino-utente rappresenta un fattore determinante per garantire la redditività della farmacia.

L'adozione della SDL nel contesto relazionale della farmacia permette di esplorare le condizioni per la co-creazione di valore nella relazione con l'utenza. Coinvolgere l'utente, focalizzare l'impresa sulle sue esigenze permette quindi di rafforzare il ruolo strategico della farmacia come ponte relazionale con tutti gli attori del sistema sanitario.

L'attività di ricerca condotta ha esaminato il tema attualissimo dei cambiamenti intervenuti nell'assistenza farmaceutica e ha indagato una nuova modalità di gestione della farmacia. La problematica analizzata viene affrontata mediante una metodologia di indagine innovativa in cui l'interpretazione della realtà avviene non considerando le singole parti ma attraverso un'interpretazione dell'insieme. L'applicazione del *Viable System Approach* al *pharmaceutical care* apre a numerosi spunti di riflessione che possono attrarre futuri approfondimenti. Anche il concetto di servizio offerto dalla *Service Science* apre a future applicazioni nell'ambito dell'assistenza farmaceutica in quanto prevede che il responsabile delle decisioni — nel caso in oggetto, chi gestisce una farmacia — debba costantemente ricercare consonanza con gli utenti serviti (i cittadini-utenti) arrivando ad anticiparne bisogni ed esigenze. Il nuovo approccio rappresenta un modello di come una visione più ampia del sistema possa riuscire a costruire l'identità della farmacia del domani, una farmacia in grado di attivare partnership con i suoi interlocutori e di condividere informazioni, sancendo la sua sopravvivenza nel contesto.

L'implementazione di un modello di gestione *service oriented* nella farmacia è un elemento nuovo e dagli enormi vantaggi competitivi anche se di difficile realizzo in un contesto imprenditoriale fortemente tradizionalista, come quello che caratterizza l'assistenza farmaceutica del nostro territorio.

Le modificazioni del contesto in cui operano oggi le farmacie palesano la necessità, per gli imprenditori che vogliono salvaguardare efficienze e marginalità, di rivedere le proprie posizioni e di ripensare la gestione della stessa verso l'implementazione di nuove tecniche di gestione che ne garantiscano la sopravvivenza.

L'apertura, il coinvolgimento, la cooperazione con tutti gli interlocutori del sistema e con il cittadino sono iniziative coerenti con la necessità di rispondere alle nuove sfide del mercato per incanalare risorse e competenze comuni.

Bibliografia

- AA.VV., *Esperienze d'impresa*, Numero monografico, Serie Speciale, S/1, 2002.
- ACHROL, R. S., KOTLER, P., The Service Dominant Logic for Marketing: A Critique, in Lush, R. F. and VARGO, S. L. (Eds.), *The Service Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions*, Armonk, NY: ME Sharpe, 2006.
- ADAMS, C. P., BRANTNER, V. V., Spending on new drug development, *Health Economics*, 1/2009.
- ADINOLFI, P., *L'innovazione gestionale nelle organizzazioni sanitarie. Dallo Scientific Health Management alla New Health Governance*, Bruno Libri, Salerno, 2008.
- AINSWORTH, M.,A., SZAUTER, K.M. (2006). Medical Student Professionalism: Are We Measuring the Right Behaviours? A Comparison of Professional Lapses by Students and Physicians. *Academic Medicine*, 81(10), pp. 83- 86.
- ANDERSON, S., *Making medicines: a brief history of Pharmacy and Pharmaceuticals*, Pharmaceutical Press, 2005.
- ANDERSEN, B., *Knowledge and Innovation in the New Service Economy*, Cheltenham, Elgar, 2000.
- AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO (AGCM), Indagine conoscitiva del settore farmaceutico, 2012.
- BACCARANI, C., "I caratteri, le forme ed il divenire dell'impresa commerciale", in Baccarani, C., (a cura di), *Imprese commerciali e sistema distributivo. Una visione economico-manageriale*, Giappichelli, Torino, 1997.
- BACCARANI, C. (a cura di), *Imprese commerciali e sistema distributivo: una visione economico-manageriale*, Giappichelli, Torino, 2005.
- BADINELLI, R., BARILE S., IRENE, C.L., POLESE, F., SAVIANO, M., DI NAUTA, P., "Viable Service Systems and Decision Making in Service Management", in *Journal of Service Management*, Vol. 23 Issue: 4, pp. 498-526, 2012.
- BALDINI, A., PACENTI, G. C., SALEMME, W., *L'evoluzione della farmacia. Lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi*, Tecnica farmaceutica e cosmetica, 2010.
- BARILE, S., "L'informatica come supporto alle decisioni nella farmacia", in AGUIARI, R. (a cura di), *Il marketing del piccolo dettaglio*, Centro Studi di Tecniche Aziendali ARNIA, Salerno, 1994.
- BARILE, S. (a cura di), *Contributi sul pensiero sistemico in economia d'impresa*, Collana Arnia, Wm. Editore, Salerno, 2000.
- BARILE, S., "Il governo del sistema sanitario" (in coll. Con CALABRESE, G., MERLA, B., IPPOLITO, A., BIANCHI, A.), in *Il Danaro Sanità - Inserto mensile*, agosto 2003 e in *Economia 2000*, 11 ottobre 2003.
- BARILE, S., *Complessità e metodologie decisionali in economia d'impresa*, Il Calamaio, Roma, 2001.

- BARILE, S., *Una nuova prospettiva di studio delle organizzazioni imprenditoriali: il paradigma sistemico vitale*, in *L'impresa come sistema. Contributi sull'approccio sistemico vitale (ASV)*, Giappichelli Editore, 2008.
- BARILE, S. (a cura di), *L'impresa come sistema. Contributi sull'approccio sistemico vitale (ASV)*, I Ed., Giappichelli, Torino, 2006.
- BARILE, S., "Dalla sanità alla salute: la ricerca dell'offerta ragionata, appropriata, integrata e responsabile", in Nigro C., Saviano M., Merola B. (a cura di), *Il marketing relazionale nelle aziende sanitaria*, ESI, Napoli, 2007.
- BARILE, S., "Scelte e decisioni secondo l'approccio sistemico vitale (ASV)", *Sinergie*, Rapporti di Ricerca, 29, 2008.
- BARILE, S., *Management sistemico vitale*, Giappichelli, Torino, 2009.
- BARILE S., MONTELLA M., SAVIANO M., «Enhancement, Viability and Value of Cultural Heritage. Towards a Service-Based Systems Approach», in Gummesson E., Mele C., Polese F. (eds), *The 2011 Naples Forum on Service. Service-Dominant Logic, Network & Systems Theory and Service Science: integrating three perspectives for a new service agenda*, Giannini Editore, Napoli, 2011.
- BARILE, S., NIGRO, C., ARALDI, A., *L'analisi dei sistemi nelle programmazioni e nelle decisioni d'impresa*, Etas Libri, Milano, 1974.
- BARILE, S., NIGRO, C., TRUNFIO, M., *L'impresa tra omeo-sistema ed iso-struttura*, Gaia, Università degli Studi di Salerno, Internal Paper, luglio, 1999.
- BARILE, S., SAVIANO, M., "Elementi di qualificazione del pensiero sistemico", in Barile S. (a cura di), *Contributi sul pensiero sistemico in economia d'impresa*, Collana di Studi Aziendali e di Marketing - Centro Studi di Tecniche Aziendali "Arnia", WM Stampa Editoriale, Salerno, 2000.
- BARILE, S., BUSACCA, B., COSTABILE, M., "L'innovazione negli studi sui processi del consumo: vettori evolutivi e percorsi di ricerca", *Sinergie*, 55, 2001.
- BARILE, S., NIGRO, C., TRUNFIO, M., *Un modello per la valutazione della rilevanza dei sovrastemi*, Esperienze d'impresa, Serie Speciale, 1, 2002.
- BARILE, S., GATTI, M., *Corporate governance e creazione di valore nella prospettiva sistemico vitale*, *Sinergie*, 73-74, 2007.
- BARILE, S., POLESE F., "Viable System Approach", *Proceedings of The 2009 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Service Science and Network Theory*. Capri, June 16-19, 2009.
- BARILE, S., POLESE, F., "Linking the viable system and many-to-many network approaches to service-dominant logic and service science", *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 2 N.1, Iss. 1, pp. 23-42, 2010.
- BARILE, S., SAVIANO, M., "A new perspective of systems complexity in service science", *Impresa, Ambiente, Management*, Vol. IV, No. 3, pp. 375- 414, 2010.

- BARILE, S., SPOHRER, J., POLESE, F., “Editorial Column-System Thinking for Service Research Advances”, *Service Science*, 2(1-2), pp. i-iii, 2010.
- BARILE, S., POLESE, F., “The Viable Systems Approach and its potential contribution to marketing theory”, in AA.VV. (Eds), *Contributions to theoretical and practical evidences in management. A Viable Systems Approach (VSA)*, pp. 139-173, 2011.
- BARILE, S., POLESE, F. (2010), “Smart Service Systems, Viable Service Systems!”, in *Journal of Service Science*, Vol. 2, N. 1, pp. 21-40.
- BARILE, S., SAVIANO, M., POLESE, F. , “Information Asymmetry and Co-creation in Health Care Service”, in *Australasian Marketing Journal*, Vol. 22, Issue 3, August 2014, pp. 205-217.
- BARILE, S., SAVIANO, M., “Foundations of systems thinking: the structure-systems paradigm”, in VV.AA., *Contributions to theoretical and practical advances in management. A Viable Systems Approach (VSA)*, ASVSA, Associazione per la ricerca sui Sistemi Vitali, International Printing, Avellino. www.asvsa.org, pp. 1- 25, 2011.
- BARILE, SAVIANO, “Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva”, in Esposito De Falco S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni*. pp. 56-78, Franco Angeli, Milano, 2012.
- BARILE, S., SAVIANO, M., “Qualifying the concept of systems complexity”, in VV.AA., *Contributions to theoretical and practical advances in management. A Viable Systems Approach (VSA)*, ASVSA, Associazione per la ricerca sui Sistemi Vitali International Printing, Avellino. www.asvsa.org, pp. 27- 63, 2011.
- BARILE, S., CALABRESE, M., POLESE, F., SAVIANO, M., “Il governo dei sistemi complessi tra competenze attuali e capacità potenziali”, in Barile, S., Eletti, V., Matteuzzi, M. (A cura di), *Decisioni e scelte in contesti complessi*. Cedam, Padova, pp. 261-294, 2013.
- BARONATO, P., RIZZATO, E., FAURETTI, F., “Il medico di medicina generale come partner dell’azienda verso il budget di distretto”, in *Mecosan, Management ed economia sanitaria*, gennaio-marzo 2002, edizioni SIPIS.
- BARONTI, P., *Le nuove opportunità professionali ed operative per le farmacie italiane dopo le riforme della Sanità e della Pubblica Amministrazione, ASI*, volume 8, 2000.
- BECKWITH, H., *Selling the invisible*, New York, Warner Bros, 1997.
- BEER, S., *Diagnosi e progettazione organizzative – Principi cibernetici*, Isedi, Torino, 1991.
- BELLON, B., “La filiera di produzione”, in *Economia e politica industriale*, n. 42, 1984.
- BERG, G. J., *Modelli di management – Idee e strumenti*, Addison & Wesley, 2009.
- BERNUZZI, G., “Un nuovo approccio per la gestione globale della farmacia”, in *Farmacia News*, maggio 2008.

- BERRY, L., PARASURAMAN, A., ZEITHMAL, V., “Improving service quality in America: Lessons learned”. *Academic Management Executive Journal* 8:32, 2007.
- BERWICK, D.M., LEAPE, L.L., “Reducing error, improving safety”, *British Medical Journal*, 320(7237), Theme Issue (March 18), 2000.
- BORGONOVİ, E., *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*, Egea, Milano, 2008.
- BORGONOVİ, E., JOMMI, C., “Chi vende i farmaci in Europa”, 2008, documento Internet tratto dal sito <http://www.lavoce.it>.
- BORGONOVİ, E., FATTORE, G., LONGO, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, 2013.
- BOWEN, D.E., GILLILAND, S.W., FOLGER, R., “HRM and service fairness: How being fair with employees spills over to customers”. *Organizational Dynamic Journal* 27:7.
- BRAVO, L. F., “La distribuzione dei farmaci in Italia: assetti industriali ed efficienza alla luce di un confronto internazionale”, *Economia Pubblica*, n. 6, 2002.
- BRENNNA, A., *Manuale di economia sanitaria*, CIS Editore, Milano, 2003.
- BRODIE, D. C., “Drug-use control: Keystone to pharmaceutical service”, *Drug Intelligency & Clinical Pharmacy*, 1:63, 1967.
- BROWN, G., YAMEY, J., WAMALA, S., *The Handbook of Global Health Policy*, Wiley-Blackwell, 2004.
- BRUNO, E., “Farmaci e cliniche le voci più pesanti”, in *Il Sole 24 Ore*, n. 231, 23 agosto 2009.
- BRUSA, P., BARATTA, F., *Appunti di Legislazione Farmaceutica*, Cortina, 2012.
- BRUSONI, M., *L'impresa farmacia: gestione, marketing e sviluppo del settore*, Egea, Milano, 2001.
- BRUSONI, M., MALLARINI, E., *La nuova impresa farmacia*, Egea, 2009.
- BRUZZI, S., *La gestione dell'azienda sanitaria. Innovazione e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo*, Giuffrè Editore, 2006.
- BRUZZI, S., *Economia e strategia delle imprese farmaceutiche*, Giuffrè Editore, 2009.
- BUERKI, R. A., VOTTERO, L. D., “Ethical Responsibility in Pharmacy Practice”, Madison, WI: American Institute of the History of Pharmacy.
- CAPRA, F., *La rete della vita*, Rizzoli, Milano, 1997, pp. 48.
- CAPRI, S., REGGIO, S., *Economia del farmaco: i costi, il mercato e l'efficacia dei farmaci*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- CARU', A., *Consumo e marketing dei servizi*, Egea, 2007.
- CASATI, G., *Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità*, Egea, Milano, 1999.
- CASTALDO, S. (a cura di), *Retail & Channel Management*, Egea, Milano, 2008.
- CASTALDO, S., *Fiducia e relazioni di mercato*, Il Mulino, Bologna, 2002.

- CASTALDO, S., *Le relazioni distributive. La dimensione collaborativi nei rapporti industria-distribuzione*, Egea, Milano, 1994.
- CASTELLINI, M., VAGNONI, E., *La gestione della farmacia. Il ruolo del SSN e il modello di remunerazione*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- CENSIS, *Farmaco e Distribuzione*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- CER GAS BOCCONI, Osservatorio Farmaci, dati 2014.
- CHISHOLM-BURNS M. A., *Pharmacy Management, Leadership, Marketing, and Finance*, Jones&Bartlett Learning, 2015.
- CHISHOLM-BURNS, M. A., VAILLANCOURT, A. M., SHEPERD M., *Pharmacy management, leadership, marketing, and finance*, Jones & Bartlett Learning, 2012.
- CIASULLO, M.V., “Difficoltà e rischi nella ricerca della risonanza intersistemica”, *Sinergie, Rapporti di Ricerca*, 21, 2005.
- CICHETTI, A., *La progettazione organizzativa. Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, 2012.
- CIPOLLA, C., (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- CIPOLLA, C., MATURO, A., *La farmacia dei servizi. Un percorso verso la qualità*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- CIPOLLE, R.J, STRAND L.M., MORLEY P.C., *Pharmaceutical Care Practice*. New York, NY: McGraw-Hill; 1998.
- CIPOLLE, R.J., STRAND L.M., MORLEY P.C., “Outcomes of pharmaceutical care practice”, in *Pharmaceutical Care Practice*. New York, NY: McGraw-Hill; 1998:205-235.
- CODA, V., *L'orientamento strategico dell'impresa*, Utet, Torino, 1998.
- COLOMBO, G. L., *Economia & gestione della Farmacia: strumenti e metodi manageriali per il farmacista*, Selecta Medica, Pavia, 2002.
- COSTABILE, M., *Il capitale relazionale*, McGrawHill, 2001.
- CRANOR, C.W., CHRISTENSEN, D.B., “The Asheville Project: Factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program”, *American Journal of Pharmacist Association*, 43:160, 2003.
- CRIVELLINI, M., GALLI, M., *Sanità e salute: due storie diverse. Sistemi sanitari e salute nei Paesi industrializzati*, Franco Angeli, 2011.
- CUOMO, M. T., METALLO, G., TESTA, M., TORTORA D., *La gestione della farmacia. Guida pratica al miglioramento della performance*, Giapichelli Editore, 2010.
- DAMIANI, G., RICCIARDI, W., *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*, IdelsonGnocchi, 2005.
- DATI PGEU 2015, Pharmaceutical group of European Union.
- DESSELLE, S. P., “Pharmacists’ perceptions of pharmaceutical care practice standards”, in *American Journal of Pharmacists Association*, 3.264, 1997.
- DESSELLE, S. P., TIPTON, D. J., “Factors contributing to the satisfaction and performance ability of community pharmacists: A path model analysis”, in *Journal of Society and Administrative Pharmacy*, 18:15, 2001.

- DESSELLE, S. P, ZGARRICK, D., *Pharmacy Management: Essentials for All Practice Settings*, McGraw Hill Professional, 2008.
- DESSELLE, S. P, ZGARRICK, D., ALSTON G., *Pharmacy Management*, McGraw Hill Professional, 2012.
- DI NALLO, E., *Quale marketing per la società complessa?* Milano, FrancoAngel, 2003.
- DORIO, T., LAFRATTA, P., *Vision 2000 per la farmacia al passo con i tempi. Guida operativa per la farmacia italiana*, Franco Angeli, 2002.
- DWAYNE, D. GREMLER, KEVIN, P. GWINNER, “Customer-Employee Rapport in Service Relationships”, in *Journal of Service Research*, August 1, 2000.
- EBERLE, E. G., “The service of pharmacy”, *Journal of pharmaceutical sciences*, vol.15, Issue 5, 1926.
- ELLIS, A. W., SHERMAN, J. J., *Community and clinical pharmacy services. A step by step approach*, McGraw-Hill Education, 2013, pp.15-22.
- ESPOSITO DE FALCO S., GATTI C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012, pp.54-60.
- ETERNAD, L. R., HAY, J. W., “Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care in a medicare drug benefit program”, in *Value Health* 6:425, 2003.
- FEDELE, M., FREDDI, M., *La spesa farmaceutica. Valutazioni per il suo contenimento alla luce di alcune esperienze straniere*, ISPE, Documenti di lavoro, 6, Roma, 1994.
- FEDERFARMA, *La farmacia italiana 2015*, 2015.
- FELDSTEIN, P. J., *Health care Economics*, 5th ed., Albany, NY: Delmar Publishers, 1999, p. 3.
- FERRARI BRAVO, L., “La distribuzione dei farmaci in Italia: assetti industriali ed efficienza alla luce di un confronto internazionale”, *Economia Pubblica*, n. 6, 2002.
- FJORTOFT, N., ZGARRICK, D., “An assessment of pharmacists’ caring ability”, in *American Journal of Pharmacists Associations*, 43.483, 2003.
- FOGLIO, A., *Il marketing pubblico. Il marketing dello Stato, degli Enti locali, degli Enti pubblici nazionali e territoriali*, Franco Angeli, 2003.
- FOGLIO, A., *Il marketing sanitario*, Franco Angeli, 2007.
- FORNARI, D., *Rivoluzione commerciale e trade marketing*, Egea, 2000.
- FRANCO, M., De Simone S., *Organizzazioni sanitarie: dal design al management*, McGraw-Hill, 2011.
- FREEMANTLE, N., HILL, S., *Evaluating Pharmaceuticals for Health Policy and Reimbursement*, BMJ Books, 2004.
- FUMAGALLI, M., *Dizionario di alchimia e di chimica farmaceutica antiquaria*, Edizioni Mediterranee, 2000.
- GADREY, J., GALLOUJ, F., *Productivity, Innovation and Knowledge in Services, New Economic and Socio-Economic Approaches*, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2002.

- GAITHER, C. A., “Predictive validity of work/career-related attitudes and intentions on pharmacists’ turnover behavior”, in *Journal of Pharmaceutical Market and Management* 12:3, 1998b.
- GARLATTI, A., *La nuova farmacia dei servizi. Strategie di portafoglio, posizionamento, cambiamento*, Editrice Universitaria Udinese srl, 2013.
- GIANFRATE, F., *Economia del settore farmaceutico*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- GIANFRATE, F., *Marketing farmaceutico - Peculiarità strategiche e operative*, Tecniche nuove, Milano, 2008.
- GOLD, M. R., SIEGEL, J. E., RUSSEL, L. B., *Cost-effectiveness in health and medicine*, New York, Oxford University Press, 1996.
- GOLINELLI, G.M., *L’approccio sistemico al governo dell’impresa. Vol. I. L’impresa sistema vitale*, I Ed., Cedam, Padova, 2000.
- GOLINELLI, G.M., *L’approccio sistemico al governo dell’impresa. Vol. II. La dinamica evolutiva del sistema impresa tra economia e finanza*, Cedam, Padova, 2000.
- GOLINELLI, G.M., *L’approccio sistemico al governo dell’impresa. Vol. III. Valorizzazione delle capacità, rapporti intersistemici e rischio nell’azione di governo*, Cedam, Padova, 2000.
- GOLINELLI, G.M., *L’approccio sistemico al governo dell’impresa. Vol. I. L’impresa sistema vitale*, II Ed., Cedam, Padova, 2005.
- GOLINELLI, G.M., *L’approccio sistemico al governo dell’impresa. Vol. II. Verso la scientificazione dell’azione di governo*, I Ed., Cedam, Padova, 2008.
- GOLINELLI, G.M., BARILE, S., “Nascita ed evoluzione del pensiero sistemico”, in Barile S. (a cura di), *L’impresa come sistema. Contributi sull’approccio sistemico vitale (ASV)*, I Ed., Giappichelli, Torino, 2006.
- GOLINELLI, G. M., GATTI, M., *L’impresa sistema vitale. Il governo dei rapporti inter-sistemici*, Cedam, 2000
- GRONROOS, C., *Management e marketing dei servizi*, ISEDI, Torino, 1994.
- GUMMESSON, E., “Relationship marketing in the new economy”. *Journal of Relationship Marketing*, 1(1), 37-57, 2002.
- GUMMESSON, E., “Extending the service-dominant logic: from customer centricity to balanced centricity”, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 15-17, 2008.
- GUMMESSON, E., “Complexity, network theory & many-to-many marketing”, Presentation in The 2009 Naples Forum on Service, 16-19 June, Capri – Italy, 2009.
- GUMMESSON, E., MELE, C., POLESE, F., Editorial--The Three Pillars of the Naples Forum. *Mercati & Competitività*, 1, 15-17, 2012.
- GUMMESSON, E., LUSCH, R.F., VARGO, S. L., “Transitioning from service management to service-dominant logic: Observations and recommendations”, in *International Journal of Quality and Service Sciences*, 2010.

- HARRISON, D. L., BOOTMAN, J. L., “Strategic Planning by institutional pharmacy administrators”, in *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 8:73, 1994;
- HARRISON, D. L., ORTMAIER, B. G., “Predictors of community pharmacy strategic planning”, *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 11:1, 1996.
- HEPLER, C. D., “The third wave in pharmaceutical education: The clinical movement”, in *American Journal of Pharmaceutical Education*, 51:369, 1987.
- HEPLER, C.D., STRAND, L. M., “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, in *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47:533, 1990.
- HOFACKER, C., PAGANI, M., “Managing Network Services”, in Gummesson E., Mele C., Polese F. (eds.), *Service science, S-D logic and network theory*, Giannini, Napoli, 2009.
- HOLMAN, H., LORIG, K., “Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care”, *Public Health Reports*, May-Jun 2004; 119(3): 239–243.
- IMS Health Italia 2015.
- JAMBULINGAM, T., KATHURIA, R., DOUCETTE, W.R., “Entrepreneurial orientation as a basis for classification within a service industry: the case of retail pharmacy industry”, *Journal of operations management*, Vol. 23, Issue 1, 2005, 23-42.
- JOINER, K. A., LUSCH, R. F., “Evolving to a new service-dominant logic for health care”, in *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 2016.
- KANAVOS, P., TATAR, D., TAYLOR, D., “Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe” in *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Open University Press, Maidenhead, UK.
- KATZAN, H.J., *Foundations of Service Science Concepts and facilities. Journal of Service Science*. Vol.1 No1 1, 2008.
- KAYNE, S., *Pharmacy Business Management*, Pharmaceutical Press, 2005.
- KELLY, W.N., *Pharmacy: What It Is and How It Works, Third Edition*, CRC Press, 2014.
- KOHN, L.T, CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.
- KOTLER, P., *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, Upper Saddle River, Nj, Prentice Hall, 1997.
- KOTLER, P., *Marketing Management*, Isedi, Torino, 1991.
- KOTLER, P., CLARKE ROBERTA, N., *Marketing for Health Care Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1987.
- KOTLER, P., KELLER, K. L., *Marketing Management*, 12th ed., Upper Saddle River, Nj: Prentice Hall, 2006.

- KOTLER, P., SHALOWITS, J., STEVENS, R.J., TURCHETTI, G., *Marketing per la Sanità*, McGraw-Hill, 2010.
- KOTLER, P., ZALTAMAN, G., “Social marketing: An approach to Planned Social Change”, in *Journal of Marketing*, 2/1971.
- KOTLER, P., ROBERTO, N., LEE, N., *Social Marketing. Improving the Quality of Life*, Sage Publications, California, 2002.
- LAMBIN, J., *Marketing*, McGraw-Hill, Milano, 1993.
- LEVAGGI, R., CAPRI, S., *Economia Sanitaria*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- LONGO, N., *Store Management*, Il Sole 24 Ore, 2008.
- LONGO, N., *La relazione farmacista/paziente*, Re Media Edizioni, Roma, 1996.
- LOVELOCK, C.H., WIRTZ, J., *Services Marketing: People, Technology, Strategy*, 7th edition, Prentice Hall, Global Edition, 2012.
- LUGLI, G., *Economia della distribuzione commerciale*, Giuffrè, Milano, 1976.
- LUSCH, R.F., VARGO, S.L., *Toward a Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions*. Sharpe, NY, 2006.
- LUSCH, R. F., VARGO, S. L., “Service-dominant logic: a necessary step”, in *European Journal of Marketing* 45 (7/8), 1298-1309, 2011.
- LUSCH, R. F., VARGO, S. L., O’BRIEN, M., “Competing through service: Insights from service-dominant logic”, in *Journal of Retailing*, 83(1), 2-18, 2007.
- LUSCH, R. F., VARGO, S. L., WESSELS, G., “Toward a Conceptual Foundation for Service Science: Contributions from Service-Dominant Logic”, *IBM Systems Journal* 47 (1), 5-14, 2008.
- LUSCH, R. F., VARGO, S., L., “The forum on markets and marketing (FMM) : Advancing service-dominant logic”, *Marketing Theory* 12: 193, 2012.
- MAGGI, D., *Economia dell’azienda farmacia e del settore farmaceutico*, Egea, 2013.
- MAGGIONI, V., *L’industria farmaceutica*, Editoriale Scientifica, Napoli, 1984.
- MAINE, L. L., PENNA, R. P., “Pharmaceutical care: An overview”, in Knowlton, C., Penna, R., (eds.), *Pharmaceutical care*, New York, Chapman & Hall, 1996, p. 133.
- MALLARINI, E., PREMAZZI, K., BATTAGLIA, G. (a cura di), *Report Pharmacy Tool Kit*, 2008
- MALLARINI, E., *Fiducia in sanità*, Egea, Milano, 2004.
- MALLARINI, E., JOMMI, C., “Trend emergenti nella distribuzione intermedia del farmaco: il caso italiano in prospettiva comparata”, *Mecosan*, n. 33, 2000.
- MAPELLI, V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, 2012.
- MARINO, V., “La distribuzione del settore farmaceutico: evoluzioni strutturali dell’intermediazione e ruolo del grossista”, *Esperienze d’impresa*, Arti Grafiche Boccia, Salerno, n. 1/2002.

- MARINO, V., “Il prodotto farmaceutico e le determinanti evolutive dell’offerta internazionale”, *Esperienze d’impresa*, Arti Grafiche Boccia, Salerno, n. 1/2002.
- MASARU YARIME, M., MATSU, M., SCHROEDER, H., SHOLZ, R., ULRICH, A., “Governance for sustainability: knowledge integration and multi-actor dimensions in risk management”, in *Sustainability Science*, suppl. 2012.
- MASSARONI, E.; ESPOSITO DE FALCO, S., ROSSI, S., “The network in the viable system approach to the firm's government. Methodological aspects and concrete application”, *SINERGIE*, Quaderno n.16 - Supplemento al n. 80, 2009.
- MASTROBERARDINO, P., CLAUDIO, N. (a cura di), *Management della distribuzione*, Edizioni Scientifiche italiane 2006.
- MCCOLL-KENNEDY, J. R., VARGO, S. L., DAGGER, T. S., SWEENEY, J. C., VAN KASTEREN, Y., “Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles” in *Journal of Service Research* 15, 4: 370-389 – the lead article in the November issue of the journal, 2012.
- MC LEAN, W., GILLIS, J., WALLER, R., “The BC Community Pharmacy Asthma study: A study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia”, *Canadian Respiratory Journal*, 10.125, 2003.
- MCDONOUGH, R.P., “Interventions to improve patient pharmaceutical care outcomes”, in *Journal of the American Pharmacists Association*, 1996.
- MCDONOUGH, R. P., ROVERS, J. P., CURRIER, J. D., et al., “Obstacles to the implementation of pharmaceutical care in the community setting”, in *American Journal of Pharmacy Association*, 1998a, 38:87.
- MELE, C., PELS, J., POLESE, F., “A brief review of systems theories and their managerial applications”, *Service Science*, Vol.2 No.1/2, pp. 126-135, 2010.
- MENEGUZZO, M., *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano, 1996
- MENNINI, F. S., *Il settore farmaceutico*, edizioni Aracne, Torino, 1999.
- MENNINI, F. S., GIANFRATE, F., SPANDONARO, F., Dinamiche determinanti del settore farmaceutico in Europa, in *L’industria*, Il Mulino, 1/2005.
- METALLO, G., *Decisioni di investimento nell’impresa commerciale complessa*, Cedam, Padova, 1999.
- METALLO, G., BARILE, S., “Il perseguimento della finalità sistemica sotto il vincolo della struttura d’impresa”, *Esperienze d’impresa*, 2, 1999.
- METCALFE, S., MILES, I., *Innovation Systems in the Service Economy*, Kluwer, Dordrecht, 2000.
- MILLIS, J. S., “Looking ahead: The report of the Study Commission on Pharmacy”, in *American Journal of Hospital Pharmacy*, 33:134, 1976.

- MINGHETTI, P., MARCHETTI, M., *Legislazione farmaceutica*, Casa Editrice Ambrosiana, 2015.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018*, 2015.
- MURPHY, K., “The social pillar of sustainable development: a literature review and framework for policy analysis”, *Sustainability: Science, Practice & Policy*, 1/2012.
- NAGEL, D. C., “Human error in aviation operations”, in Nagel D. C. (ed.), *Human Factors in Aviation*, New York Academic Press, 1988, p. 263.
- NAVARRO, R., *Managed Care Pharmacy Practice*, Jones & Bartlett Learning, 2009.
- NG IRENE, MAULL R., SMITH, L., Embedding the Discipline of Service Science, in Demirkan, Spohrer and Krishna (eds), *The Science of Service Systems*, Volume in *Service Science Research and Innovations (SSRI) in the Service Economy*, Book Series, Springer, 2010.
- NORMANN, R., *Management for Growth*, J. Wiley & Sons, Chichester (trad. it. Le condizioni di sviluppo dell’impresa, Etas, Milano, 1979).
- NORMANN, R., *La gestione strategica dei servizi*, Etas Libri, Milano, 1990.
- NORMANN, R., *Reframing Business. When the Map Changes the Landscape*, J. Wiley & Sons, Chichester (trad. it. Ridisegnare l’impresa. Quando la mappa cambia il paesaggio, Etas, Milano, 2002).
- NORMANN, R., *Service Management*, New York, Wiley, 1984, pp.8-9
- OCSE, Health Data 2008.
- NIGRO, C., TRUNFIO, M., “L’impresa sistema-vitale: una proposta di re-interpretazione del diagramma delle Sette S”, *Esperienze d’impresa*, 2, 1999.
- NZEKWUE, N., “Developing the right marketing mix to promote pharmacy services”, in *Pharmaceutical journal*, 2008, vol. 280, n. 7494, pp. 337-342.
- PACENTI, G. C., NADIN, G., SALEMME, W., *La farmacia dei servizi. Opportunità e soluzioni nell’integrazione all’assistenza sanitaria*, Tecniche Nuove, 2011.
- PAMMOLLI, F., *Innovazione, Concorrenza e Strategie di Sviluppo nell’Industria Farmaceutica*, Guerini Scientifica, 1996.
- PAMMOLLI, F., RICCABONI, M., SALERNO N. C., *Il settore farmaceutico tra barriere alla concorrenza e regolazione sul lato del consumo*, in PAMMOLLI, F., CAMBINI, C., GIANNACCARI, A. (a cura di), *Politiche di liberalizzazione e concorrenza in Italia*, Il Mulino, Bologna 2007.
- PAMMOLLI, F., RICCABONI, M., SALERNO, N.C., “Il settore farmaceutico tra barriere alla concorrenza e regolazione sul lato del consumo”, documento Internet tratto dal sito <http://www.flore.unifi.it>.
- PANATI, G., GOLINELLI, G.M., *Tecnica economica industriale e commerciale*, Nis, 1993.

- PARK, K. S., “Human error”, in Salvendy G. (ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics*, New York: Wiley-Interscience, 1997, p. 150.
- PASTORE, A., *I nuovi rapporti tra industria e distribuzione*, Cedam, Padova, 1996.
- PELLEGRINI, L. (a cura di), *La distribuzione commerciale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1996.
- PELS, J., POLESE, F., “Configurational fit: Understanding the Prerequisites to Successful Value Co-creation”, *Impresa, Ambiente, Management*, Anno IV, n.3/2010, pp.355-373, 2010.
- PERRELLA, G., COCILI, G. D., *Riduzione degli sprechi e miglioramento dei servizi nella pubblica amministrazione*, Franco Angeli, 2009.
- PFEFFER, J., “L’ambiente come aspetto centrale dell’analisi economica: il contesto sociale della strategia d’impresa”, in: Teece, D. J., (a cura di), *La sfida competitiva. Strategie per l’innovazione*, McGraw-Hill, Milano, 1989.
- PHILLIPS, J., *Health Economics - An Introduction for Health Professionals*, BMJ Books, 2005.
- PLEBANI, M., *Etica e qualità in medicina di laboratorio: dalla ricerca dei modelli all’impegno dei professionisti*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
- PORTER, M. E., *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di Comunità, Milano, 1999.
- PELLICANO, M., “Occasionalità e stabilità nelle relazioni di impresa alla ricerca della vitalità sistemica”, *Esperienze d’Impresa*, 2, 2000; Golinelli G.M., “Firm as a Viable System”, *Symphony*, 2, 2001.
- PELLICANO, M. (a cura di), *Il governo strategico di impresa*, Giappichelli, Torino, 2004.
- PETERSON, A.M., KELLY, W.A., *Leadership and management in pharmacy practice*, CRC Press pharmacy education series, 2014.
- PICIOCCHI, P., SAVIANO, M., BASSANO, C., “Network Creativity to Reduce Strategic Ambiguity in Turbulent Environments - A Viable Systems Approach (VSA)”, in VV.AA., *Contributions to theoretical and practical advances in management. A Viable Systems Approach (VSA)*, ASVSA, Associazione per la ricerca sui Sistemi Vitali International Printing, Avellino. www.asvsa.org, pp. 113- 137, ISBN: 8878680109, 2011.
- PLEBANI, M., *Etica e qualità in medicina di laboratorio: dalla ricerca dei modelli all’impegno dei professionisti*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
- POLESE, F., *L’integrazione sistemica degli aggregati reticolari di impresa*, CEDAM, Padova, 2004.
- POLESE, F. (a cura di), *Service-Dominant Logic, Network & Systems Theory and Service Science*, Giannini, Napoli, p. 85, 2011.
- POLESE, F., *Management Sanitario in ottica sistemico-vitale*, Giappichelli editore, 2013.
- PORTER, M.E., “What is value in health care?”, in *The New England Journal of Medicine*, 2010; 363(26):2477–2481.

- PORTER, M.E., LEE, TH, “The strategy that will fix health care”, in *Harvard Business Review*, October, 2013.
- RAMALHO, O.D., BRUMMEL, A.R., MILLER, D.B., “Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system”. *J Manag Care Pharm.* 2010;16(3):185-195.
- RAVAZZI, C., *Un visual merchandising per la farmacia: Per sviluppare la vendita visiva e la produttività commerciale*, Franco Angeli, 2012.
- RELMAN, A.S., “Assessment and accountability: the third revolution in medical care”, in *The New England Journal of Medicine*, 319:1220.
- ROMAGNOLI, R., *Il marketing della farmacia. Gli strumenti del marketing e della comunicazione per la distribuzione in farmacia*, Maggioli Editore, 2008.
- ROSSANO, B., *La legislazione farmaceutica nell’esercizio professionale*, Edita Casa Editrice & Libreria, 2013.
- ROVERS, J.P., et al., *A practical guide to Pharmaceutical care*, Washington, DC: APhA, 1998.
- SAVIANO, M., “La strategia come scelta emergente dal dinamismo ambientale. Una rilettura del tema alla luce della visione sistemica”, *Esperienze d’impresa*, 1, 1999.
- SAVIANO, M., Considerazioni di sintesi non conclusive in “Nuovi percorsi di analisi strategica per l’impresa sistema vitale”, *Esperienze d’impresa*, serie speciale S/1, Arti Grafiche Boccia, Salerno, 2003, p. 193.
- SAVIANO, M., *Analisi sistemico vitale della distribuzione commerciale*, Giappichelli, Torino, 2003, p. 26.
- SAVIANO, M., *Condizioni di efficacia relazionale e di performance nelle aziende sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2012.
- SAVIANO, M., (2013). *The Viable Systems Approach (VSA): what it is, what it is not*. Presented at The 2013 Naples Forum on Service - *Service Dominant logic, Network & Systems Theory and Service Science: Integrating three perspectives for a new service agenda*, Lacco Ameno, Ischia (NA), Italy, 18-21 June, 2014.
- SAVIANO, M., BASSANO, C., CALABRESE, M., “Harmony between Ethical and Rational Behaviour in the Health Care System. A Relational Model Based on the Viable Systems Approach (vSa)”, *Proceedings of The 2009 Naples Forum on Service*, 2009.
- SAVIANO, M., BASSANO, C., CALABRESE, M., “A VSA-SS Approach to Healthcare Service Systems. The Triple Target of Efficiency, Effectiveness and Sustainability”, *Service Science*, Vol. 2 No.1/2, pp. 41-61, 2010.
- SAVIANO, M., CAPUTO, F., “Managerial Choices between Systems, Knowledge and Viability”, in Barile S. (Ed.), *Contributions to Theoretical and Practical Advances in Management. A Viable Systems Approach (VSA)*, ARACNE, Roma, pp. 219-242, 2014.
- SAVIANO, M., PARIDA, R., CAPUTO, F., DATTA, S.K., “Insights on Italian and Indian health care systems from VSA perspective”, in Vrontis D., Weber Y., Tsoukatos E. (Eds.), *6th Annual EuroMed Conference of*

- the EuroMed Academy “Confronting Contemporary Business Challenges through Management Innovation”, EuroMed Press, pp. 1586-16, 2014.
- SCIARELLI, S., VONA, R., *L'impresa commerciale*, McGraw-Hill, Milano, 2000.
 - SCOTT, A, MAYNARD. A, ELLIOTT, R., *Advances in Health Economics*, John Wiley & Sons, 2003.
 - SDA BOCCONI, *Rapporto di ricerca osservatorio. Le nuove frontiere della professione del farmacista. La figura del farmacista: Prospettive*, 2010.
 - SHEAFF, R., Responsive healthcare. Marketing for a public service, *Health Service Management*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 2002.
 - SHERIDAN, T.B., “The system perspective”, in Nagel D. C. (ed.), *Human factors in Aviation*, New York Academic Press, 1988, p. 27.
 - SICCA, L., *La gestione strategica dell'impresa*, Cedam, Padova, 2001.
 - SMITH, M., KOLASSA, F., PERKINS, G., SIECKER, B., *Pharmaceutical Marketing Principles, Environment and Practice*, 2002.
 - SMITH, H. A., *Principles and methods of pharmacy management*, Lea & Febiger, 1986.
 - SMITH, M. C., “Pharmacy Marketing”, in *Effective Pharmacy Management*, 8th ed., Alexandria, VA: NARD, 1996, p. 423.
 - SMITH, M. C., “General Principles”, in Smith M. C., Kolassa E. M., Perkins, G., Siecker B. (eds.), *Pharmaceutical Marketing: Principles, Environment, and Practice*, New York: Pharmaceutical Products Press, 2002.
 - SONNEDECKER, G., *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*, Philadelphia, PA: Lippincott 1963, p. 204.
 - SPEEDIE, S. M., PALUMBO F. B., LEAVITT, D. E., “Pharmacists’ perceptions of the antecedents of success in pharmacy”, in *Contemporary Pharmacy Practice*, 3:189, 1980.
 - SPOHRER J., GOLINELLI G.M., PICIOCCHI P., BASSANO C., «An Integrated SS-VSA Analysis of Changing Job Roles», in *Service Science*, Vol. 2, n. 1, 2010.
 - SPRANZI, A., “Il concetto di competizione verticale”, in *Efficienza e potere*, a cura di E. Zaninotto, Università Bocconi, Milano, 1988.
 - STANTON, W. J., VARALDO, R., *Marketing*, Il Mulino, Bologna, 1986.
 - STORBACKA, K., NENONEN, S., “Customer relationships and the heterogeneity of firm performance”, *Journal of Business & Industrial Marketing*, 24 (5/6), 360-372.
 - STRAND, L.M., CIPOLLE, R.J., MORLEY, P.C., *Documenting the clinical pharmacist's activities: Back to basics*, Drug Intellency & Clinical Pharmacy, 1988.
 - STRAND, L.M., Re-visioning the professions. *J AM Pharm Assoc.* 1997; NS37(4):474-478.
 - SWARZ, M. H., *La diagnosi clinica*, Edises, 2005.
 - TENG, C., HSU, W., “The Impact of Health Service Provider Agreeableness on Care Quality Variation”, in *Service Science*, 4/2012.

- TOOTELIAN, D. H., GAEDEKE, R. M., *Essentials of Pharmacy Management*, ST. Louis: Mosby, p. 23, 1993.
- TOOTELIAN, D., WERTHMEIR, A., MIKHAILITCHENKO, A., *Essentials of Pharmacy Management*, Pharmaceutical Press, 2012.
- TROY, D. B., BERINGER, P., *Remington: the science and practice of pharmacy*, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- VACCA', S., *Scienza e tecnologia nell'economia delle imprese*, Franco Angeli, Milano, 1989.
- VALDANI, E., ARBORE, A., *Strategie competitive. Giochi di movimento, imitazione, posizione*, Egea, 2008.
- VALLEGA, S., *Marketing per la salute*, Etas Libri, 1996.
- VARGO, S. L., WIELAND, H., AKAKA, M. A., "Innovation through institutionalization: A service ecosystems perspective", in *Industrial Marketing Management*, 2015.
- VARGO, S. L., "On marketing theory and service-dominant logic: Connecting some dots", in *Marketing Theory* 11: 3, 2011.
- VARGO, S. L., LUSCH, R. F., "Evolving to a new dominant logic for marketing", in *Journal of Marketing*, 68 (January),1-17, 2004.
- VARGO, S. L., LUSCH, R. F., "Service-Dominant Logic: What it is, What it is not, What it might be", in *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions*, LUSCH, R. F. VARGO, S. L. eds., Armonk, M.E. Sharpe, 43-56, 2006.
- VARGO, S. L., MAGLIO, P. P., AKAKA, M., A., "On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective", *European Management Journal* 26, 145-152, 2008.
- VOGLER, S., ARTS, D., HABL, C., *Community pharmacy in Europe. Lessons from deregulation – case studies*, Osterreichisches Bundesinstitut fur Gesundheitswesen (OBIG) febbraio, 2006.
- VOLKERINK, B., DE BAS, P., VAN GORP, N., ECORYS Nederland B. V., in cooperation with Niels Philipsen (METRO – University of Maastricht), *Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies*, Main Report, Rotterdam, 22 June, 2007.
- VON BERTALANFFY, L., *General Systems Theory: Foundations, Development, Application*. New York: George Braziller, 1968.
- WEBSTER, J., FREDERICK, E., "The changing Role of Marketing in Corporation", *Journal of Marketing*, Vol. 56, No. 4 (Oct., 1992), pp. 1-17.
- WIEDERHOLT, J. B., WIEDERHOLT, P. A., "The patient: Our teacher and friend", in *American Journal of pharmaceutical education*, 61:415, 1997.
- WILSON, A. L., *Issues in Pharmacy Practice Management*, Jones & Bartlett Learning, 1997.
- WOLFSON A., TAVOR D., MARK S., SCHERMANN, M., KREMAR, H., *Sustainability and Services Science: Novel Perspective and Challenge*, in *Service Science*, Volume 2, Number 4, Winter 2010.
- YIN, R., K., *Case study research: design and methods*, Sage Publications, 1994.

- ZANELLA, R., *Manuale di economia sanitaria*, Maggioli Editore, 2011.
- ZEITHAML, V.A., BITTER, M., GREMLER, D.D., *Marketing dei servizi*, McGraw-Hill, Milano, 2008, 2° ed.

Sitografia

<http://www.asvsa.org>

<http://www.agcm.it>

<http://leg16.camera.it>

<http://www.farmaonline.it/legislazione/indicecronologico.htm>

<http://www.ministerosalute.it>

<http://www.farminindustria.it>

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/normative-nazionali>

<http://salute.gov.it>

<http://www.federfarma.it>