

Struttura di mercato e *countervailing power*
dei distributori all'ingrosso nel settore farmaceutico
in Italia

Cristina Bargerò e Graziella Fornengo



Working Paper n. 2/2012

PRESIDENTE

Giovanni Fraquelli

SEGRETARIO

Cristina Piai

COMITATO DIRETTIVO

Giovanni Fraquelli (*Presidente*)

Cristina Piai (*Segretario*)

Guido Del Mese (ASSTRA)

Graziella Fornengo (Università di Torino)

Giancarlo Guiati (GTT S.p.A.)

© HERMES

Fondazione Collegio Carlo Alberto

Via Real Collegio, 30

10024 - Moncalieri (TO)

Tel: +39 011 6705000

+390321375414

info@hermesricerche.it

<http://www.hermesricerche.it>

The rights of reproduction, storage and total or partial adaptation
by any means (including microfilm and photocopies) are reserved.

Struttura di mercato e *countervailing power* dei distributori all'ingrosso nel settore farmaceutico in Italia

Cristina Bargerò e Graziella Fornengo

Abstract

Il nostro paper, si occuperà delle recenti evoluzioni del mercato della distribuzione intermedia dei farmaci nel nostro paese, settore su cui fino ad oggi gli studi hanno dedicato scarsa attenzione. Negli ultimi anni la filiera del farmaco in Europa ha subito una profonda ristrutturazione in tutte le sue fasi, sebbene in modalità diverse a seconda dei paesi, in quanto sussiste ancora una differente regolamentazione del settore. In particolare, la distribuzione intermedia, schiacciata da un lato dalle imprese farmaceutiche multinazionali e dall'altro delle farmacie, ha iniziato un processo di consolidamento, attraverso fusioni e acquisizioni di competitors ed anche mediante l'integrazione verticale a monte della produzione di prodotti paramedicali e farmaci generici e a valle attraverso l'acquisizione di catene di farmacie, laddove permesse. In Italia il livello di concentrazione della distribuzione intermedia si mostra ancora inferiore rispetto al resto d'Europa, ma le strategie attuate dai principali grossisti tendono a un consolidamento sia territoriale sia lungo tutta la filiera del farmaco, con possibili risvolti sul fronte della concorrenza del settore.

Parole chiave

Farmaci, distribuzione all'ingrosso, countervailing power, integrazione verticale

1. Introduzione

Gli studi disponibili in Italia sul settore farmaceutico negli ultimi anni si occupano soprattutto della distribuzione finale del farmaco in un mercato regolato nell'intento di proteggere la salute pubblica e i cittadini, che si risolve in uno scarso ricorso alla concorrenza e a un conseguente beneficio per i distributori finali (farmacie)¹, arduo da quantificare, data la scarsa trasparenza contabile (le farmacie non sono imprese tenute alle iscrizioni nei pubblici registri né alla pubblicizzazione della loro contabilità). Qualche interesse suscita anche nella letteratura il possibile aumento di concorrenza sul prodotto introdotta sul mercato sia dall'esaurimento di molti brevetti e quindi dall'introduzione di farmaci generici sia dall'ancora scarso ricorso alle cosiddette importazioni parallele che derivano dagli scambi con gli altri paesi dell'Unione Europea, che nel farmaco è lungi dall'aver ancora realizzato un mercato unico.

Ancor più scarsa è l'attenzione prestata alla distribuzione intermedia² di cui qui ci occupiamo, sollecitati anzitutto dagli studi effettuati in Europa, anche su incarico della stessa Commissione, attenti a sottolineare un aumento della concentrazione e della internazionalizzazione proprio a questo livello della distribuzione, dovuto anche alla contrazione dei mercati nazionali, dove cominciano ad affermarsi i contratti diretti tra produttori e ospedali (farmacie ospedaliere). In Italia, tuttavia, la distribuzione diretta copre una quota ancora scarsa del mercato complessivo e al di fuori dell'ospedale il paziente deve confrontarsi con il distributore finale (farmacista per i prodotti rimborsabili mentre solo per quelli OTC c'è spazio per le parafarmacie introdotte dal decreto Bersani) rifornito dal grossista. Ma siamo state sollecitate anche dall'emergere di casi aziendali di successo che hanno visto grossisti italiani crescere di dimensioni, integrarsi verticalmente nella distribuzione al dettaglio a valle e nella produzione di paramedicali a monte, e diventare infine importanti imprese multinazionali (Alliance Boots).

Malgrado la difficoltà di reperire informazioni statistiche e contabili sufficienti a verificare le nostre ipotesi, ci è sembrato che anche in questo settore si stia realizzando quella redistribuzione dei profitti di filiera a vantaggio della distribuzione che si vede in questi anni in molti settori (basti pensare al ruolo della GDO nel settore alimentare) e che comporta una ripresa dell'attenzione, anche teorica dell'argomento del potere dei compratori rispetto a quello dei produttori, anche se non sempre questo si manifesta in quel *countervailing power* ipotizzato da Galbraith (1952) con effetti benefici per i consumatori finali.

¹ A partire dalla Indagine conoscitiva svolta dalla AGCM tra il 1994 e il 1997 (IC14) fino alla più recente rassegna di Pammolli e Salerno (2011)

² Ferrari Bravo (2002)

Non si tratta però nel nostro settore del noto caso del monopolio a monte e del monopsonio a valle dei libri di testo ,ma occorre considerare forme di mercato più complesse (quanto meno la pluralità di operatori a monte e a valle) in cui i vantaggi relativi degli uni e degli altri derivano essenzialmente dalla esistenza o meno di una *outside option*, la possibilità cioè per l'uno o per l'altro contraente di rinunciare al contratto a favore di altri fornitori o clienti.

Ancor più recentemente in letteratura³ si sono prese in considerazione ipotesi più complesse sulla struttura dei mercati e più vicine a realtà come quella che stiamo esaminando anche se sempre più difficilmente modellizzabili: la possibilità cioè che sullo stesso mercato ci siano sia fenomeni di integrazione a monte (catene di acquisto dei farmaci da parte di farmacisti) sia soprattutto a valle, con il controllo delle farmacie da parte di grossisti, in forme che vanno dal ' acquisto della proprietà (possibile solo quando si tratti di farmacie comunali) fino alle diverse modalità delle restrizioni verticali contrattuali ben note alla letteratura e alle autorità antitrust (come i vincoli al farmacista che non può vendere prodotti intermediati da altri o la richiesta di vendere prodotti aggiuntivi o prestare servizi aggiuntivi).

Dopo avere preso in considerazione il quadro di riferimento normativo di un settore così iper-regolato e aver riferito sia sulla recente letteratura teorica sul potere di mercato dei compratori che sugli studi esistenti in Europa in tema di distribuzione intermedia dei farmaci, siamo quindi passate alla descrizione statistica della situazione italiana. L'ipotesi che il potere di mercato dei grandi distributori intermedi di farmaci – specie se verticalmente integrati nei confronti dei produttori dai quali, anche in presenza di regolazione dei prezzi, possono ottenere congrui sconti – si traduca essenzialmente in un aumento dei loro profitti sembra confermata dalla nostra verifica empirica.

In conclusione non si può che affermare che la regolazione,oltre ad introdurre un poco di trasparenza in un settore così delicato come quello del farmaco, in cui molto si discute di principi giuridici, ma senza adeguate informazioni di carattere economico, dovrebbe prestare maggiore attenzione al ruolo della distribuzione intermedia.

2. La regolamentazione del settore

Considerata l'importanza e la delicatezza del prodotto trattato, il codice comunitario 2001/83/CE, relativo ai medicinali per uso umano, aggiornato di recente dalla Direttiva 2011/62/EU impone alcuni obblighi connessi alla sicurezza del farmaco e ai requisiti per esercitare tale attività.

³ Inderst R.Valletti T.(2006,2007,2008)

La diversa regolamentazione del mercato del farmaco, tuttavia, fa sì che il settore della distribuzione abbia caratteristiche distinte in ciascun paese europeo, sebbene nell'ultimo periodo vi siano alcune tendenze comuni. Le legislazioni nazionali di Francia, Italia, Germania e Spagna prevedono, infatti, obblighi di servizio pubblico, al fine di garantire una disponibilità continua dell'intera gamma di medicinali su tutto il territorio nazionale. In Francia i grossisti devono tenere in magazzino più del 90% dei medicinali, a prescindere dalla tipologia (farmaci essenziali e farmaci di fascia C), ed è richiesto uno stock di magazzino pari al consumo di due settimane. Negli altri stati, invece, il settore funziona senza tale tipo di regolamentazione.

In Italia sotto il profilo giuridico, la distribuzione intermedia, che deve rispettare gli obblighi di servizio pubblico, vede i suoi principali riferimenti normativi nel d.gsl n 219 del 2006, attuativo della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano”, per cui si stabilisce un provvedimento di autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso da parte di Regione, Provincia e/o da autorità delegata, previa verifica ispettiva dell'idoneità dei locali alla corretta conservazione per coloro che svolgono tale attività. L'autorizzazione è legata ad un definito territorio identificato e per magazzini di una stessa ditta dislocati in regioni diverse è necessario l'autorizzazione da parte di ciascuna Regione interessata.

Per distribuzione all'ingrosso, poi, s'intende “qualsiasi attività consistente nel procurarsi, detenere, fornire o esportare medicinali, salvo la fornitura di medicinali al pubblico; queste attività sono svolte con i produttori o i loro depositari, con gli importatori, con gli altri distributori all'ingrosso e nei confronti dei farmacisti o degli altri soggetti autorizzati a fornire medicinali al pubblico”.

I grossisti devono garantire la consegna dei farmaci entro dodici ore lavorative successive alla richiesta, nell'ambito territoriale indicato nell'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso. La legislazione italiana impone obblighi di servizio pubblico ai grossisti, che dopo il decreto Bersani non devono più detenere almeno il 90% dei medicinali ammessi in commercio, mentre rimane l'obbligo di detenere almeno il 90% dei farmaci di fascia A.

L'art.100 del decreto Bersani ha eliminato l'incompatibilità tra l'attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali e quella di fornitura al pubblico di medicinali in farmacia, per cui i farmacisti, e le società di farmacisti e le società che gestiscono farmacie comunali possono svolgere attività di distribuzione intermedia di medicinali. Occorre ricordare che società di farmacisti possono essere titolari al massimo di quattro farmacie ubicate nella provincia dove ha sede legale la società. Il socio di una società di farmacisti può, invece, partecipare a più società. Tuttavia le società di farmacie possono essere solo società di persone o società cooperative a responsabilità limitata, formate da soli farmacisti abilitati, il che rende difficile costituire catene di farmacie.

Tale divieto, invece, non vale per le farmacie comunali, che, per effetto del Testo Unico sugli Enti Locali, sono costituite sotto forma di s.p.a.

Per effetto della norma i distributori già esistenti sul mercato hanno iniziato ad annettere, attraverso forme associative (partecipazioni o altro), farmacisti aventi titolo per assumere le partecipazioni nelle società di farmacisti. Un'altra conseguenza è stata che più farmacisti partecipanti a società di gestione di farmacie siano associati in società di distribuzione all'ingrosso.

A tal proposito, la Commissione europea con IP/08/1352 del settembre 2008 ha sollecitato Germania e Portogallo a mutare la regolazione di settore, attraverso l'eliminazione dei vincoli di accesso alla proprietà e di creazione di catene (Germania) e del divieto per i grossisti di assumere la proprietà di farmacie, oltre che i vincoli alla formazione di catene di esercizi (Portogallo). Sempre la Commissione, con l'IP/08/1785 del 27 novembre 2008, la Commissione ha sollecitato l'Italia ad eliminare il vincolo per il farmacista di possedere più di un esercizio, e quello per le società di farmacisti di possedere più di quattro esercizi(localizzati, inoltre, nella stessa provincia).

Per quanto riguarda i margini che spettano alla distribuzione, occorre distinguere, a seconda della tipologia di farmaci: in Italia, infatti, il settore farmaceutico è regolamentato sia per quanto riguarda la tipologia di farmaci che i canali distributivi all'ingrosso e al dettaglio.

I farmaci soggetti a prescrizione medica sono divisi in tre fasce:

- FASCIA A, in cui rientrano i farmaci essenziali e per malattie croniche, interamente rimborsati dal SSN, la cui fornitura avviene nelle strutture del sistema sanitario nazionale (distribuzione diretta) e nelle farmacie distribuite nel territorio);
- FASCIA H, in cui si annoverano i farmaci di esclusivo uso ospedaliero;
- FASCIA C, che comprende i farmaci a totale carico del paziente, distinti tra quelli sottoposti ad prescrizione medica e farmaci senza obbligo di prescrizione medica. I farmaci senza obbligo di prescrizione medica sono poi distinti in due sottoclassi: farmaci utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori con accesso alla pubblicità (OTC) nella fascia C-bis e farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP), per i quali non è possibile fare pubblicità. Riguardo ai prezzi, quelli dei farmaci di fascia C sono liberamente determinati dalle imprese produttrici e sono unici su tutto il territorio nazionale(per i farmaci soggetti a prescrizione medica il farmacista è obbligato ad informare il paziente dell'eventuale presenza di medicinali e il medico ad indicare la loro presenza), quelli dei SOP sono liberamente stabiliti dal produttore.

Dal punto di vista del regime brevettuale i farmaci sono suddivisibili in:

- specialità medicinali, ossia medicinali venduti con nome e confezione specifici, con copertura brevettuale o a brevetto scaduto;
- farmaci generici (equivalenti), ossia medicinali non coperti da brevetto, con uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie di una specialità a brevetto scaduto (identificati, di norma, attraverso la denominazione del principio attivo o quella scientifica del principio attivo. Le Regioni determinano e della misura del rimborso fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente farmaco generico disponibile nel normale ciclo distributivo regionale. I farmaci generici si distinguono a loro volta in *unbranded*: il nome del prodotto generico è quello del principio attivo e *branded*, farmaci con brevetto scaduto e nome di fantasia.

I margini di ricavo per i farmaci di fascia “A” sono stabiliti per legge (art. 11 della Legge n. 122/2011): la quota di ricavo spettante al grossista, sul prezzo al consumo (Iva esclusa) è pari al 3% (precedentemente era 6,65%), quella del farmacista del 30,35% (quanto si sottrae al grossista è suddiviso tra SSN per risparmio di spesa e farmacia). Tuttavia, la legge definisce la quota di ricavo spettante a grossista e farmacia come quota minima, consentendo una negoziazione tra i due soggetti, che porti a una diversa ripartizione dei margini. Inoltre gli sconti previsti con la Legge Finanziaria del 2003 a favore del Sistema Sanitario prevedono che il margine delle farmacie diminuisca cioè percentualmente all'aumentare del prezzo del farmaco.

Con la legge 77/2009 viene ridotta al 58,65% la quota di spettanza del produttore per i farmaci copia di altri farmaci a brevetto (“*off patent*” non *branded*) scaduto liberando 8 punti percentuali che, in teoria, possono essere liberamente distribuiti tra grossisti e farmacia (di norma questi 8 punti erano già in genere acquisiti dalla farmacia sotto forma di sconti accordati dal produttore).

Per gli altri farmaci non soggetti a rimborso, né a prescrizione medica, per i parafarmaci e per i prodotti cosmetici i margini sono liberamente contrattati tra le parti.

3. Gli studi sulla struttura della distribuzione intermedia in Europa

L'attenzione nei confronti della distribuzione intermedia da parte della letteratura europea è abbastanza scarsa. I più recenti studi sono perlopiù dedicati all'intero settore farmaceutico e non alla distribuzione intermedia e sono stati sviluppati o su impulso della DG Competition della Commissione Europea (Survey Oebig 2006, commissionato) o sono

prodotti dai grossisti stessi; per quanto approfonditi, forniscono una visione parziale del settore (Girp 2011).

Tuttavia il ruolo dei grossisti, sebbene finora poco indagato, è fondamentale, in quanto essi si configurano come intermediari nella catena di approvvigionamento farmaceutico tra case farmaceutiche e distribuzione finale, assicurando la disponibilità e la consegna dei prodotti in tempi celeri (anche più volte al giorno) su tutto il territorio nazionale. Inoltre i rivenditori finali, ossia le farmacie, non possono detenere tutta la merce necessaria (per le caratteristiche stesse dei farmaci e per la variabilità della domanda) in magazzino.

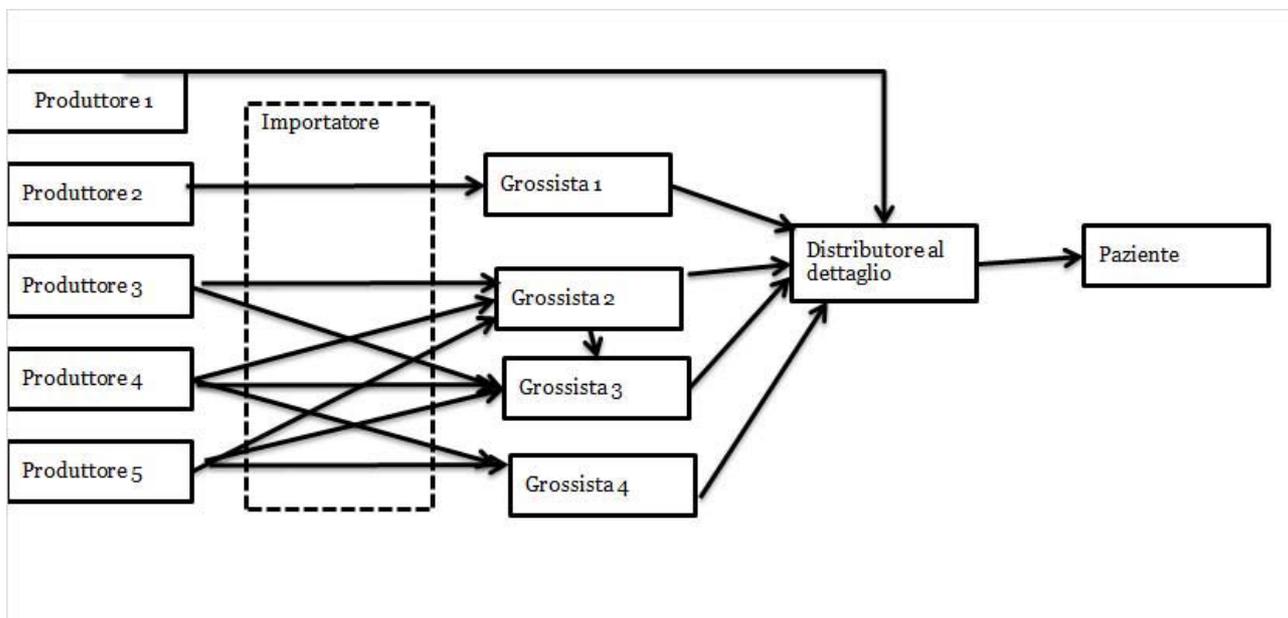
Generalmente, infatti, la *supply chain* del farmaco, segue un percorso simile a quello descritto in Figura1, con la presenza, in taluni casi di un pre-grossista, con funzioni di logistica di valore aggiunto tra le case farmaceutiche e i grossisti. Occorre specificare, poi, che la supply chain del farmaco diverge in molti casi a seconda se il distributore finale sia un punto vendita oppure il sistema sanitario nazionale (ospedali e strutture sanitarie).

La distribuzione si effettua essenzialmente secondo due modalità: la più diffusa è attraverso grossisti ma si sta diffondendo, soprattutto nel mondo anglosassone, la vendita diretta dal produttore alle farmacie. I flussi distributivi seguono quindi due canali: uno lungo, industria-ingrosso-dettaglio e uno corto, industria-dettaglio.

Contrariamente a quanto potrebbe apparire, il sistema europeo della distribuzione farmaceutica è estremamente complesso, in quanto operano distributori full-line nazionali europei, regionali, distributori short line e del mercato di importazione parallela, produttori attraverso operatori logistici e consorzi o società di farmacie che si uniscono in gruppi comuni d'acquisto. Sono possibili, infatti varie opzioni: che il produttore (1) venda direttamente al rivenditore finale, oppure che il produttore (2) abbia un accordo di distribuzione esclusiva con un grossista (1) short-line solo per una linea ristretta di prodotti, o ancora che il produttore (3) non rifornisca tutti i grossisti o infine che il produttore (4 e 5), rifornisca tutti i grossisti. Alcuni grossisti (2) vendono i prodotti anche ad altri grossisti.

Ognuno di questi passaggi nella catena di distribuzione comporta un *mark-up*.

Figura 1 Le diverse opzioni nella *supply chain* del farmaco in caso di distributore al dettaglio privato



Fonte: nostra elaborazione

Nella *supply chain* che vede come cliente finale il settore pubblico, la distribuzione è generalmente centralizzata (dipende dalle dimensioni del paese) e il produttore può rifornire le strutture sanitarie o direttamente (dopo essersi aggiudicato una gara) o tramite grossisti nazionali e regionali.

I grossisti possono essere *short-line* e *full-line*.

I primi, che operano fuori dagli obblighi di servizio pubblico, trattano farmaci e para-farmaci di un solo produttore o di un ristrettissimo numero di produttori, hanno margini più elevati e una minor frequenza di consegna. In questo caso, il produttore stipula un accordo di distribuzione esclusiva per un periodo di tempo con un grossista. Il singolo canale presenta vantaggi sia per i produttori che per i grossisti, in quanto i costi di distribuzione sono inferiori così come quelli di coordinamento (i cosiddetti “*reduced-wholesaler-agreement*”).

Un'altra modalità di approvvigionamento del farmaco, come già accennato precedentemente, è quella della vendita diretta dal produttore al distributore finale, che si sta diffondendo negli ultimi anni a partire dal modello introdotto nel mercato inglese dalla Pfizer e seguito anche da Astra Zeneca e Novartis. Le case farmaceutiche forniscono ai distributori le farmacie utilizzando uno o più operatori logistici (talora anche grossisti *full-line*, remunerati però in questo caso a tariffa in base al servizio) anche per contrastare il

fenomeno dell'importazione parallela. Questa avviene al di fuori e parallelamente alla rete di distribuzione ufficiale dei fabbricanti titolari o licenziatari della proprietà intellettuale, basata sulla divergenza dei prezzi praticati per uno stesso prodotto in più Stati Membri, praticando una sorta di arbitraggio”, ottenuto attraverso il trasferimento commerciale di prodotti dagli Stati in cui i prezzi dei farmaci sono inferiori verso quelli in cui sono più elevati da parte di “importatori paralleli”.

Nel Regno Unito è diffuso un altro modello di distribuzione, che prevede accordi di esclusiva tra le case farmaceutiche e un numero limitato di grossisti.

I grossisti *full line* operano a livello nazionale o regionale; nel primo caso attraverso una fitta rete di distribuzione diffusa su tutto il territorio e con magazzini dislocati in punti strategici; nel secondo caso servendo solo farmacie e dispensari farmaceutici collocati in un'area geografica limitata, in modo comunque da garantire una rapida consegna dei prodotti. Essi detengono stock di medicinali in considerevoli quantità e devono gestirne un complesso flusso: il turnover dell'inventario varia a seconda dei prodotti e dei paesi.

I grossisti *full-line* *acquisiscono* la proprietà dei medicinali prima del passaggio ai distributori finali, cui prefinanziano l'intero mercato dei farmaci. Secondo i dati Girp 2011 per Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito il totale del prefinanziamento ammonta a circa 10 miliardi di euro per un periodo di 41 giorni, considerando anche i ritardi dei pagamenti da parte delle farmacie, che, a loro volta, subiscono i ritardi dei rimborsi da parte dei sistemi sanitari nazionali. Il capitale circolante per i grossisti assume, quindi, un ruolo di importanza primaria, perché rappresenta tale capacità di prefinanziamento.

Tabella1 Raffronto dei sistemi di distribuzione all'ingrosso dei farmaci in alcuni paesi europei

PAESE	ITALIA	GERMANIA	SPAGNA	FRANCIA	OLANDA	REGNO UNITO
sistema distributivo	multicanale	multicanale	multicanale	multicanale	multicanale	multicanale
canali di distribuzione	full line-vendita diretta	full line, short line, vendita diretta, accordi di esclusiva				
n licenze di grossisti	650	4.000	300	25	300	1675
grossisti regionali full-line	83	8	55	3	0	6
grossisti nazionali full-line	2	5	3	3	5	3
giorni di consegna	3	3,3	3	2	1	2
obbligo di servizio pubblico	si	si	si	si	no	no

Fonte: Girp 2011

La modalità di distribuzione maggiormente diffusa resta quella dei grossisti *full-line* (772 in tutta Europa per approvvigionare 172.709 farmacie), di dimensione nazionale, ma perlopiù regionale (fonte Girp 2011). Sebbene nel settore siano in corso cambiamenti, i grossisti distribuiscono circa il 75% dei medicinali venduti in Europa, servendo essenzialmente, le farmacie (93% circa). Il settore è particolarmente concentrato nel Regno Unito e in Olanda-uniche paesi in cui non sussiste l'obbligo di servizio pubblico-, dove, tuttavia, si sta diffondendo in misura sempre più massiccia la vendita diretta da parte dell'impresa manifatturiera al dettagliante finale. I tempi di consegna sono brevi ovunque e comunque non superano i tre giorni.

La diffusione della vendita diretta e degli accordi di distribuzione, l'aumento dei costi di trasporto, la riduzione della spesa farmaceutica, accompagnata alla scadenza di un certo numero di brevetti e al diffondersi di farmaci di importazione parallela che utilizzano canali di distribuzione alternativa, stanno intaccando i margini dei distributori all'ingrosso, che, inoltre, non hanno possibilità né di influenzare i propri margini che sono regolati per legge (con l'eccezione dei Paesi Bassi) né la domanda di medicinali. Dal 2001 al 2010 nei paesi UE il margine dei grossisti è sceso in media del 28%.

I tre gruppi leader, ossia Celesio-Admenta, Alliance Boots e Phoenix, oggi detengono circa 2/3 del mercato. In Francia, nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, i maggiori players detengono dal 60% al 90% del mercato, mentre in Germania la situazione pare più parcellizzata.

Tali fenomeni, che investono, in generale, la vendita all'ingrosso, hanno spinto il settore a una riconversione dal punto di vista delle politiche industriali e commerciali è in corso una concentrazione del mercato da parte dei grossisti che hanno adottato nuove strategie di integrazione verticale sia a monte che a valle e di espansione regionale ed hanno esteso la tipologia e il numero dei servizi forniti ai produttori e alle farmacie di là della mera soluzioni logistiche.

L'integrazione a monte si è avuta attraverso un'espansione delle attività volte a produrre gamme di prodotti e farmaci da banco e prodotti galenici. L'integrazione a valle, tramite acquisizioni e/o accordi di partnership con farmacisti e società di farmacie, mira ad appropriarsi dei margini della distribuzione finale, ma consente anche ai farmacisti di ridurre i costi di approvvigionamento. A tal proposito è intervenuta anche la Commissione Europea⁴ che nel 2009, a seguito della notifica di un progetto di concentrazione riguardo l'acquisizione da parte di Celesio, ha dichiarato tale caso rientrare nel campo d'applicazione del regolamento (CE) n. 139/2004.

⁴ (Caso COMP/M.550 5 — Celesio/pharmexx)

Il settore meriterebbe ulteriori approfondimenti in sede comunitaria in quanto le informazioni economiche relative, in particolare al settore della distribuzione finale, oggetto di concentrazione da parte dei grossisti, sono ad oggi difficilmente reperibili.

4. La struttura della distribuzione intermedia in Italia

La letteratura italiana si è concentrata soprattutto sulla regolamentazione delle farmacie, occupandosi solo marginalmente della distribuzione intermedia, attraverso una descrizione dei suoi operatori Ferrari, Bravo (2002) e dei meccanismi di sconto sui prezzi dei farmaci tra grossisti e farmacisti (Pamolli, Salerno 2011).

Il settore merita, invece, un particolare approfondimento, a nostro parere, dal punto di vista sia industriale che della regolazione anti-trust, per via dei fenomeni di concentrazione sopra descritti, diffusi non solo nel resto d'Europa ma anche nel nostro paese.

In Italia il processo di riorganizzazione del settore della distribuzione farmaceutica è stato più lento rispetto al resto d'Europa e la concentrazione dei grossisti risulta ancora meno accentuata.

La struttura dei grossisti è piuttosto variegata: si va dai gruppi economici a cooperative di farmacisti ad imprese di dimensioni medio-piccole. Inoltre, sono presenti due tipologie di distributori: depositari e grossisti. I secondi a differenza dei primi hanno la proprietà dei medicinali che distribuiscono, che acquistano per rivenderlo alle farmacie. Il basso volume degli ordini e l'elevata frequenza di consegna fanno sì che per le case farmaceutiche non sia conveniente la distribuzione diretta.

La tipologia dei servizi offerti dalle farmacie la necessità dell'assortimento di prodotti a bassa rotazione fanno sì che vi sia un basso livello di scorte, per cui, per garantire un continuo assortimento dei prodotti disponibili, è necessario un servizio logistico efficiente.

Il mercato geografico di riferimento è pari al territorio nazionale, come ha anche affermato l'Antitrust⁵, mentre la rete distributiva è organizzata a livello regionale, anche se l'ambito competitivo tende ad abbracciare un territorio extra-regionale.

Negli ultimi dieci, anni il numero dei distributori full-line si è ridotto notevolmente, passando da 168 nel 2000 (fonte Ferrari, Bravo 2002) a 110 circa nel 2010 (fonte ADF) nel 2010, con una contrazione circa del 35%, cui ha fatto seguito un processo di concentrazione del settore. Il numero di distributori si mostra ancora elevato rispetto al resto d'Europa.

⁵ Provvedimento n. 22778 del 7 settembre 2011 Alliance Healthcare Italia Newco/ramo di azienda di CTF Group)

Tabella 2 La distribuzione farmaceutica in Italia

Imprese distributrici	110
Filiali	131
Totale unità distributive	241
Totale addetti (compreso l'indotto)	12.300
Totale farmacie	17.352
Numero medio di farmacie per unità distributiva	70 ca.

Fonte: nostra elaborazione su dati ADF

I grossisti, oggi, sono raggruppabili in tre tipologie:

- a) società mono-deposito presenti soltanto a livello locale;
- b) società multi-deposito presenti in più regioni, che fanno capo a 5 o 6 gruppi che occupano a livello nazionale quote significative
- c) gruppi d'acquisto, costituiti da cooperative di farmacisti.

Inoltre, ogni farmacia (attualmente le farmacie sono 17.796 ma il loro numero è destinato ad aumentare di 4.800/5.000 unità, per effetto del decreto legge 1 del 2012 che ha stabilito il quorum demografico minimo per l'apertura di una farmacia ogni 3.300 abitanti⁶)- eccetto quelle che hanno costituito gruppi autonomi di acquisto-, ha rapporti commerciali con più di un grossista (in media circa tre), oltre a rifornirsi seppure in quota parte direttamente presso le industrie produttrici.

I due grossisti a diffusione nazionale, Alliance e Comifar, facenti entrambi capo a due gruppi multinazionali, ossia Phoenix e Alliance Boots, mostrano una diffusione capillare in tutta la penisola attraverso depositi propri o di imprese partecipate e controllano circa il 35% del fatturato.

I due principali players, simili per caratteristiche ai competitors europei, hanno consolidato la loro quota di mercato nazionale, (integrazione orizzontale) grazie all'acquisto di competitors nazionali o alla loro stessa espansione territoriale, ma anche attraverso una strategia di integrazione verticale sia a monte, specializzandosi nella produzione di prodotti paramedicali e farmaci da banco ,sia a valle mediante l'acquisizione di quote di farmacie pubbliche o l'insediamento di catene di parafarmacie.

⁶ Precedentemente era di 5.000 abitanti per comuni fino a 12.500 abitanti e 4.000 abitanti per gli altri comuni

La terza impresa, per fatturato, (UNICO) ha, invece, attuato una penetrazione nel Nord Italia. I grossisti intermedi stanno attuando strategie di aggregazione e formazione di gruppi per contrastare le strategie espansive dei due principali players.

Sempre più diffuso è il fenomeno della creazione di gruppi di acquisto da parte dei farmacisti, che sotto forma, spesso, cooperativa, che stanno iniziando ad integrarsi verticalmente nella distribuzione intermedia, incrementando il controllo sugli assortimenti e, nel contempo, il potere contrattuale nei confronti delle aziende produttrici di farmaci

5. La letteratura: *buyer power waterbed effect* e integrazione verticale

Galbraith (1952) sosteneva che lo sviluppo della grande distribuzione fosse cruciale per controbilanciare il potere di mercato delle imprese produttrici (la cosiddetta *countervailing-power hypothesis*): la grande distribuzione, spuntando prezzi all'ingrosso mediamente più bassi rispetto a quelli praticati ai singoli *retailers*, avrebbe trasferito parte dei propri guadagni ai consumatori finali e favorito una riduzione dei prezzi al consumo. Questo semplice assunto, tuttavia è stato ampiamente criticato dalla letteratura teorica successiva: non è chiaro, infatti, quale sia il sistema di incentivi per il quale un grande distributore trasferisca parte del proprio surplus a valle (ai farmacisti).

Una condizione fondamentale affinché avvenga questo trasferimento è il grado di concorrenza nel comparto, che è ovviamente piuttosto basso in un settore come quello della distribuzione dei farmaci, in cui la distribuzione territoriale delle farmacie è definita amministrativamente dalla pianta organica.

Secondo Chen (2007) infatti, è la struttura concorrenziale del commercio che determina l'entità del trasferimento. Chen (2007) descrive un mercato composto da un'impresa distributiva di grandi dimensioni, con elevato potere contrattuale e da una frangia di imprese di piccola dimensione che operano in regime di concorrenza. Nella negoziazione bilaterale tra il grande distributore e l'impresa produttiva, il primo ottiene prezzi migliori sottraendo parte del surplus alla seconda. Parallelamente, il produttore ha convenienza ad aumentare le proprie vendite ai piccoli distributori, per contrastare il potere contrattuale del grossista. Per stimolare la domanda l'impresa riduce i prezzi all'ingrosso praticati anche alla frangia competitiva. L'effetto finale sui prezzi di mercato opera dunque tramite la frangia marginale di imprese, che sono in concorrenza tra loro, e solo in seconda battuta si riflette sui prezzi praticati anche dal grande distributore; egli quindi gode di un potere di mercato elevato in relazione sia ai suoi fornitori che ai grossisti rivali.

La trattazione teorica peraltro riguarda perlopiù le situazioni in cui compratore venditore si confrontano su un mercato e non, come nel caso che esaminiamo, siano frutto di negoziazioni bilaterali. In questo caso la dimensione conta di per sé ma anche perché

amplia il potere di mercato in molti modi (Inderst e Mazzarotto 2008). Ad esempio, può rendere credibile una minaccia di integrazione verticale a monte, sul mercato dello stesso produttore, anche sostenendo costi elevati, e in questo caso la probabilità che dalla concentrazione nell'intermediazione all'ingrosso discendano benefici (sconti) per i farmacisti acquirenti e che poi questi ultimi li trasferiscano al cliente finale (paziente) è piuttosto scarsa. È quindi difficile ritenere che i grandi grossisti siano in grado di esercitare un potere di controbilanciamento (*countervailing power* nella letteratura) rispetto al potere di mercato dei produttori di farmaci dai quali ottengono sconti che presumibilmente trattengono. Nel caso dei farmaci il *countervailing power* è stato analizzato in un solo lavoro a nostra conoscenza (Fisher, Snyder 2010) limitatamente peraltro al caso degli antibiotici, scoprendo che i grandi drugstore ricevono modesti sconti dai fornitori quando fra di essi c'è concorrenza, ma nessuno dai fornitori monopolisti. A supporto quindi della tesi che perché esista questo controbilanciamento di poteri di mercato dell'acquirente rispetto al fornitore occorre che ci sia competizione nel mercato a monte indirettamente vincolato dalla concorrenza che esiste sul mercato a valle. Anzi, rilevano Dobson e Inderst (2007 e 2008) è possibile che sconti elevati a uno o più dei grandi grossisti mettano addirittura i piccoli in una peggiore posizione negoziale, costringendoli addirittura a pagare premi anziché ottenere degli sconti a causa della loro debole posizione competitiva. Si tratta cioè del cosiddetto "*waterbed effect*," che descrive la situazione in cui il differente potere di mercato di cui godono i diversi distributori comporta che alcuni grandi guadagnano alle spese di altri piccoli. Il potere di mercato darebbe al grande grossista un duplice vantaggio. Da un lato ottiene sconti più consistenti dai produttori, d'altro lato riduce la competitività dei rivali che ottengono sconti minori. Nella distribuzione dei farmaci (come in altri settori) i vantaggi di cui gode il grande grossista possono certo essere giustificati da differenze di costo e in particolare dalle economie di scala, che derivano dalla funzione logistica esercitata e quindi dalla possibilità di gestire unitariamente gli ordini che vanno a un unico magazzino mentre il rifornimento di tanti piccoli grossisti comporta maggiori costi per il produttore. Ma il potere di mercato si manifesta soprattutto nella negoziazione degli sconti che da un lato avvantaggiano il produttore che li concede (a svantaggio dei suoi concorrenti) ma d'altro lato svantaggiano i grossisti che non li ottengono rendendo il grande grossista più competitivo rispetto ai rivali⁷.

La situazione è difficilmente formalizzabile, poiché varia a seconda della struttura di mercato a monte -monopolio (come nei normali libri di testo che trattano il tema) o oligopolio e soprattutto si complica se alcune delle imprese interessate sono verticalmente

⁷ Il che potrebbe anche fornire un vantaggio ai farmacisti se lo sconto dal grande grossista venisse loro trasferito o se i piccoli concedessero prezzi più bassi, anziché ridurre la loro offerta e uscire dal mercato per essere acquisiti dal più grande

integrate, come nel nostro caso , che corrisponde a quello ben esemplificato da Valletti e Inderst (2007 e 2008). In questo caso esistono vendite captive e le semplici quote di mercato non illustrano chiaramente l'intensità della competizione sul mercato a valle. E questa è la ragione per la quale nel nostro lavoro per misurare la dimensione del grossista ricorriamo ai magazzini, che riforniscono sia le farmacie verticalmente integrate che le altre.

I vincoli indiretti che nascono dalla competizione a valle influiscono sulla competizione a monte attraverso la elasticità della domanda rivolta ai grossisti, che deriva dalle domande aggregate di tutti i dettaglianti che si riforniscono all'ingrosso. In presenza di imprese verticalmente integrate, davanti a un aumento di prezzi (o a una riduzione/annullamento di sconti) non tutte le farmacie si trovano nella stessa posizione :quelle non integrate sono in svantaggio rispetto a quelle appartenenti al grossista.

La scelta dell'integrazione verticale a valle rappresenta quindi per il grossista un vantaggio sia rispetto ai suoi concorrenti in questo stadio della distribuzione poiché ne aumenta il potere contrattuale rispetto gli altri grossisti, sia rispetto al mercato finale, poiché allenta i vincoli indiretti al suo potere di mercato.

La possibile integrazione verticale a monte –come nella produzione di para medicali -del resto rimane poi un' importante scelta strategica che amplia le *outside options* nei confronti dei produttori,

6. Il mercato geografico dei grossisti

6.1 Dati e metodologia

Non disponendo di dati relativi al numero di farmacie servite da ciascun grossista (ogni farmacia si rifornisce mediamente da tre grossisti, fonte ADF), che consentirebbero di ricostruire con maggior precisione le quote di mercato regionali – anche se le dimensioni non terrebbero abbastanza in conto delle vendite captive –, abbiamo fatto riferimento all'unico dato territoriale disponibile, ossia il numero di magazzini per grossista fornito dal Ministero della Salute, in collaborazione con Aifa. Non disponiamo, tuttavia, di un'ulteriore informazione che è quella sulla dimensione dei magazzini

Il dataset, ottemperando agli obblighi relativi alla tracciabilità del farmaco, contiene l'elenco completo dei siti logistici per azienda autorizzati alla distribuzione di medicinali ad uso umano sul territorio nazionale (art.100 D.Lgs. 219/2006, già Decreto Legislativo 538/92), facenti capo a produttori di farmaci, distribuzione intermedia e finale, cui è assegnata una sigla diversa per distinguerli a seconda della tipologia.

Da tale dataset abbiamo estratto i dati riguardanti i grossisti (identificati con la lettera G nella voce Tipologia di Sito e D in quella categoria), depurandoli dei magazzini relativi ad apparecchi medicali ed odontoiatrici, prendendo, in tal modo, in considerazione solo quelli concernenti farmaci e parafarmaci.

Per misurare la concentrazione territoriale dei magazzini, abbiamo utilizzato l'indice di Herfindal-Hirschmann (HHI), ossia la misura più comunemente utilizzata dalla dottrina antitrust, pari alla somma dei quadrati delle quote di mercato di ciascuna impresa nel mercato rilevante, con cui si descrive la struttura di mercato e il pericolo di attività anticompetitive, considerando tutte le imprese presenti sul mercato⁸.

Nel nostro caso $HHI = \sum_{i=1}^n q_i^2$, misura la concentrazione di magazzini a livello regionale, dove q sono i magazzini detenuti da ciascun grossista per Regione. Anche un recente lavoro di Banca d'Italia (2012) sulla distribuzione organizzata e l'industria alimentare misura la concentrazione del settore utilizzando indicatori di localizzazione fisica (punti di distribuzione, insegne, ecc).

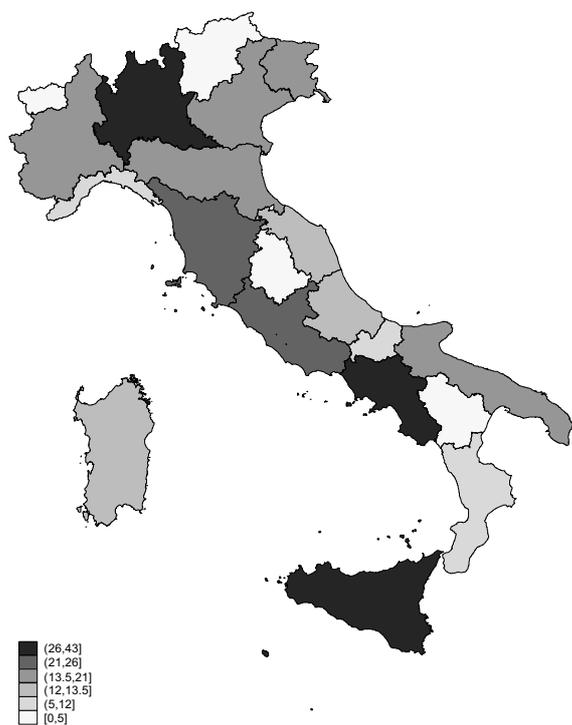
6.2 La descrizione del mercato

I dati relativi alla localizzazione dei magazzini indicano che ad una numerosità di operatori corrisponde una fitta rete e di depositi (più di 300), volti ad assicurare la copertura del territorio nazionale e una tempestività nella consegna della merce (il tempo medio di consegna varia da 1 a 2 giorni).

Essendo, la rete distributiva organizzata a livello regionale, pare interessante rilevare come essa non sia uniforme su tutto il territorio nazionale, ma mostri una densità difforme a seconda della localizzazione geografica. La distribuzione dei magazzini per regione varia in relazione sia della conformazione geografica che della popolazione, con valori elevati nelle Regioni del Sud Italia, in particolare in Sicilia e in Campania, dove è localizzato il maggior numero di magazzini in assoluto e in quelle più popolose (Lombardia), e con valori più bassi in Basilicata Umbria e Trentino. In Valle d'Aosta non sono presenti magazzini.

⁸ Secondo le "US Merger Guidelines", se $HHI < 0,1$ il mercato non è concentrato, se $0,1 > HHI < 0,18$ è moderatamente concentrato, se $HHI > 0,18$ è concentrato.

Figura 2 Distribuzione dei magazzini per Regione



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute 2012

Per quanto riguarda la concentrazione dei mercati regionali, la situazione si presenta nuovamente variegata lungo la penisola: l'indice di Herfindal, calcolato sul possesso dei magazzini da parte dei grossisti, assume valori che indicano la presenza di un mercato concentrato in Liguria, Piemonte, Sardegna e Molise, mediamente concentrato in Sicilia, Emilia, Toscana, Friuli, Veneto, Lombardia e Marche.

La concentrazione territoriale dei grossisti mostra una relazione leggermente inversa al numero di farmacie presenti in ciascuna regione: laddove è maggior il numero di farmacie, come già sottolineato in precedenza, è sottoposto ai limiti di legge- anche il mercato della distribuzione si mostra più concorrenziale, per soddisfare in tempi rapidi le richieste della domanda, sussistendo la riguardo anche un obbligo di servizio pubblico imposto dalla legislazione

La correlazione negativa tra numero di farmacie e concentrazione dei magazzini dei grossisti viene confermata attraverso un modello Probit in cui la variabile dipendente è assunto essere HHI, considerato come dummy (0 se $H < 0,18$; 1 se $H > 0,18$)

Tabella3 Probit: Concentrazione (HHI) dei magazzini e numero di farmacie

HHI	Coef.	Std. Err.
numero di farmacie	-.0004417	.0002887

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute 2012

A livello regionale, quindi, sovente, i grossisti, se operanti nelle Regioni in cui il mercato è concentrato detengono un maggior potere contrattuale anche nei confronti di farmacie e parafarmacie cui risulta più difficile praticare *l'outside option*, rivolgendosi ad altri grossisti o ai produttori .

Tabella 4 Concentrazione (HHI) dei magazzini per mercati regionali

ABRUZZO	0,07
BASILICATA	0,25
CALABRIA	0,09
CAMPANIA	0,05
EMILIA ROMAGNA	0,16
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,12
LAZIO	0,06
LIGURIA	0,35
LOMBARDIA	0,11
MARCHE	0,11
MOLISE	0,28
PIEMONTE	0,29
PUGLIA	0,09
SARDEGNA	0,28
SICILIA	0,18
TOSCANA	0,14
TRENTINO ALTO ADIGE	0,33
UMBRIA	0,22
VENETO	0,12

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute 2012

7. Gli operatori

7.1 Dati e metodologia

Per ricostruire il database relativo agli operatori, non essendovi un elenco ufficiale disponibile, abbiamo incrociato i dati anagrafici delle imprese presenti nel dataset del Ministero della Salute sulla tracciabilità del farmaco, con gli elenchi delle due associazioni di categoria ADF e Federfarma Servizi(questa ultima comprende i gruppi d'acquisto delle farmacie costituitisi sotto forma di cooperative).

Le grandezze economico-finanziarie di tali aziende e l'assetto societario sono state estratte, ove disponibili (si sono reperiti i bilanci di 108 aziende), dal database dei bilanci Aida del Bureau Van Dick, per gli anni 2007-2010.

Il nostro obiettivo è di testare la profittabilità dei grossisti, a seconda delle caratteristiche societarie descritte nel paragrafo precedente.

Come misura di profittabilità è stato scelto il net(o profit) margin ossia gli utili netti sui ricavi delle vendite, adatto a confrontare la redditività delle aziende all'interno dello stesso settore.

Le variabili utilizzate sono: l'indice di Adelman (valore aggiunto/fatturato)⁹, che indica l'integrazione verticale di ciascun grossista, l'appartenenza a un gruppo(ad indicare l'integrazione orizzontale), l'incidenza del circolante operativo, ossia il valore della componente delle attività operative destinate a generare a breve termine liquidità, il numero di magazzini, come dummy, l'appartenenza ad una cooperativa d'acquisto di farmacisti, come dummy.

Il modello utilizzato è una semplice regressione multipla, in cui u_i rappresenta l'errore statistico

$$\begin{aligned} net\ profit &= \beta_0 + \beta_1\ indicediAdelman_{i,t-1} \\ &+ \beta_2\ numeromagazzini + \beta_3\ incidenza\ circolante\ netto_{i,t-1} \\ &+ \beta_3\ gruppo + \beta_4\ cooperativadi\ farmacisti + u_i \end{aligned}$$

Ai fini del calcolo della regressione i valori di ciascuna variabile sono stati, infine, normalizzati.

⁹ i dati di bilancio utilizzati sono quelli consolidati

7.2 La descrizione degli operatori

La suddivisione delle aziende del nostro dataset per classi di fatturato evidenzia la presenza di una molteplicità di grossisti di dimensioni intermedie, le cui dimensioni consentono di operare a livello regionale, mentre solo tre sono le imprese con un fatturato superiore a 1 miliardo di euro, che assicura una copertura del mercato nazionale, come mostra anche la Kernel density di Figura 3.

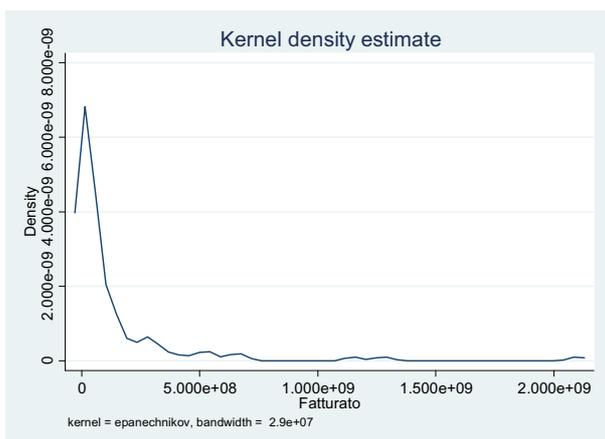
Le statistiche descrittive (Tabella 5) dei grossisti mostrano una certa variabilità delle principali grandezze di bilancio.

Tabella 5 Grossisti per classi di fatturato

Classi di fatturato (milioni di euro)	Numero di imprese
0-1	3
1-10	40
10-50	22
50-1000	43
oltre 1000	3

Fonte: nostra elaborazione su dati Bureau van Dick 2010

Figura 3 Kernel density dei grossisti per fatturato



Fonte: nostra elaborazione su dati Bureau van Dick 2010

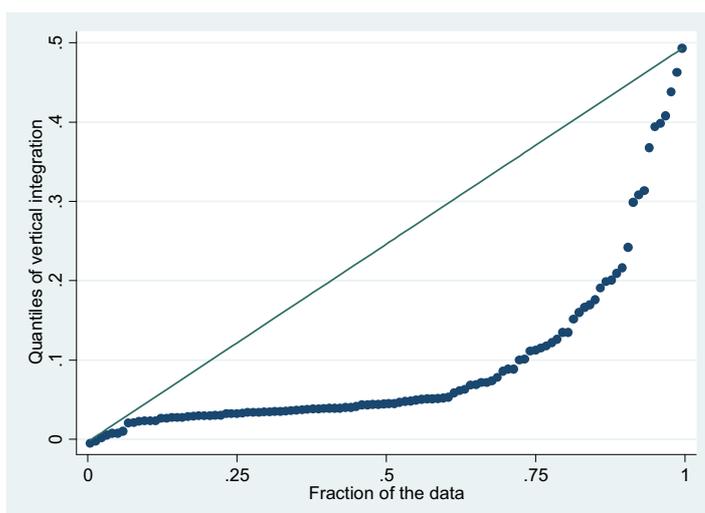
Tabella 6 Statistiche descrittive (valori in migliaia di euro)

	Media	Deviazione standard	Min	Max
Fatturato	129.000	279.000	689	233.000
Valore aggiunto	6.040	13.700	-41	109.000
Ebitda	4.458	23.000	-415	239.000
Utili	908	2.837	-3.852	24.999
Capitale circolante	5.736	17.200	-74.700	122.000

Fonte: nostra elaborazione su dati Bureau van Dick 2010

La distribuzione delle imprese di grossisti secondo l'indice di Adelman (o di integrazione verticale) evidenzia come in realtà siano solo una quota ridotta quelle che mostrano un grado significativo di integrazione verticale.

Figura 4 Distribuzione delle imprese in base al grado di integrazione verticale



Fonte: nostra elaborazione su dati Bureau van Dick 2010

La verifica empirica è stata effettuata in base alle dimensioni, al grado di integrazione verticale, all'incidenza del capitale circolante e all'appartenenza a un gruppo e/o a una cooperativa di farmacisti.

Tabella 7 Modello di regressione lineare multipla con net profit come variabile dipendente

	Coefficienti
Costante	0.29 (0.09)*
Grado di integrazione verticale	0.30(0.09)
Numero di magazzini	0.026(0.08)
Incidenza del capitale circolante	0.18(0.09)
Gruppo	-0.03(0.05)
Cooperativa di farmacisti	-0.14(0.06)

*0.1 livello di significatività

Fonte: nostra elaborazione su dati Bureau van Dick

Number of obs =108

F(5, 103)=4.44

Prob > F=0.001

R-squared=0.18

Adj R-squared=0.14

Root MSE=0.269

Il modello di regressione adottato ci spiega circa il 18% del dataset.

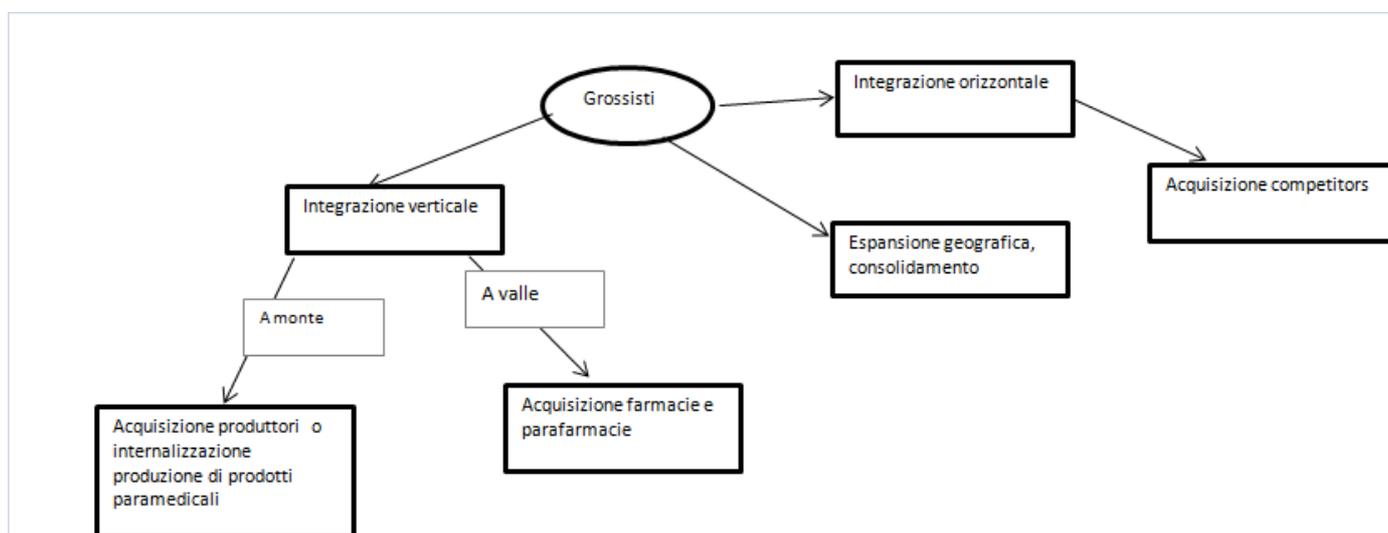
Sulla profittabilità incidono positivamente sia il grado di integrazione verticale, ossia la capacità dei grossisti di internalizzare attività a monte e valle della filiera, sia l'incidenza del capitale circolante, che nel settore della distribuzione intermedia svolge un ruolo fondamentale per la capacità di anticipare crediti ai clienti finali, sia, in misura minore il numero di magazzini (size effect). L'appartenenza a una cooperativa di acquisto di farmacisti mostra un impatto negativo sulla profittabilità, così pure, anche se in misura meno accentuata l'appartenenza a un gruppo.

Da un lato, quindi, i principali grossisti, che grazie al loro potere di mercato sono in grado di ottenere maggiori sconti dai produttori, che, nello stesso tempo, hanno inglobato attività a monte e a valle, riescono ad avere una maggior profittabilità.

L'analisi statistica conferma, quindi, come, integrazione verticale, finalizzata sia all'internalizzazione dei profitti delle diverse fasi della filiera, sia come strategia difensiva nei confronti dei competitors, e il fattore dimensionale incidano sulle performances dei

grossisti e contribuiscano ad accelerare il processo di concentrazione in atto nel settore, con il rafforzamento dei due principali players, che da tempo, hanno già attuato tali strategie. In particolare, l'integrazione a monte e gli accordi a valle con i rivenditori finali o le catene con le farmacie pubbliche consentono ai grossisti di avere un certo potere di mercato per quanto riguarda la scelta dei farmaci generici, talora anche con propri brand. Nel contempo, si sono integrati verticalmente sia a monte acquisendo e/o costituendo imprese produttrici di farmaci generici, sia a valle, attraverso l'acquisto di quote di farmacie pubbliche (le sole che possono essere costituite sotto forma di s.p.a) e accordi di esclusiva con farmacie private, essendo vietate per legge le catene. Solo nel caso di acquisizione di quote di farmacie pubbliche diventa possibile costituire catene, cosicché i grossisti riescono ad accaparrarsi anche gli extra-profitti delle farmacie. Il processo di integrazione orizzontale, soprattutto tra grossisti di medie dimensioni, o farmacisti che costituiscono cooperative d'acquisto mostra, invece, qualche difficoltà per la presenza di costi di coordinamento.

Figura 5 Strategie dei grossisti



Fonte: nostra elaborazione su Gianfrate 2011

7.3 Il caso Alliance

Alliance Healthcare, partecipata italiana del gruppo internazionale Alliance-Boots, nata dalla fusione di due grossisti intermedi localizzati in Campania e Liguria, ha attuato, in un primo tempo strategie di espansione territoriale in Centro Italia e, in seguito al Nord, attraverso acquisizioni di grossisti locali e di una quota azionaria di Unifarma, la maggiore cooperativa di farmacisti, effettuando nel contempo una ristrutturazione della rete distributiva, al fine di contenere i costi operativi. Oggi Alliance, direttamente o tramite le proprie controllate ha una rete distributiva di magazzini dislocata lungo tutta la penisola, come mostra Figura 6.

Figura 6 Distribuzione territoriale dei magazzini di Alliance



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute 2012

Sin dagli anni '90 inizia anche l'internazionalizzazione del gruppo: prima attraverso accordi ed operazioni finanziarie acquisendo e posizionandosi in Francia al secondo posto tra i maggiori gruppi di distribuzione farmaceutica, in seguito in Russia e in Germania e formando una partnership con Unichem. Alliance UniChem si fonde con Boots per dar vita ad Alliance Boots, specializzata nel settore della distribuzione intermedia e al dettaglio e della fabbricazione di farmaci generici e prodotti para medicali (con i marchi Boots' e Almus).

Anche nel mercato nazionale Alliance occupa tutti gli stadi della filiera farmaceutica, da quello della produzione di medicinali, alla distribuzione intermedia, con un sistema informatico di gestione dei magazzini che consente una logistica più efficiente, a quello della distribuzione al dettaglio attraverso l'acquisizione di quote di farmacie pubbliche, come da Tabella 7.

Inoltre il gruppo attraverso il network Alphega Farmacia (presente in tutta Europa) sviluppa accordi e partnership con le farmacie private. Oggi sono 1041 le farmacie italiane facenti parte di Alphega.

Tabella 8 Le partecipazioni di Alliance in Italia

ALLIANCE FARMA SERVIZI SRL	100	elaborazione elettronica dati contabili
ALLOGA ITALIA SRL	100	distribuzione all'ingrosso di medicinali
ALMUS SRL	100	fabbricazione di medicinali
ANTICA FARMACEUTICA MODENESE SPA	100	distribuzione all'ingrosso di medicinali
GALENITALIA SPA	100	distribuzione all'ingrosso di medicinali
SKILLS IN HEALTHCARE SRL	100	ricerche di mercato
ALLEANZA SALUTE DISTRIBUZIONE S.P.A.	99	distribuzione all'ingrosso di medicinali
FARMA TRE INFORMATICA SOCIETA A RESPONSABILITA LIMITATA	90	fabbricazione di software
FACE SPA	88	farmacia
FARMALIGURE SPA	86	elaborazione elettronica dati contabili
AZIENDA FARMACIE DI PONTEDERA	77	farmacia
FARMA&TEC SOCIETA A RESPONSABILITA LIMITATA IN BREVE		
FARMA&TEC SRL	75	fabbricazione di software
LUCAPAR SPA	72	fabbricazione di medicinali
FARMACIE COMUNALI SPA	72	farmacia
FALUC SPA	67	fabbricazione di medicinali
FARMANET SCANDICCI SPA	49	farmacia
UNIFARMA DISTRIBUZIONE S.P.A.	36	distribuzione all'ingrosso di medicinali
LEMARSISTEMI SRL	33	fabbricazione di software
LEMARFARMA SPA	33	distribuzione all'ingrosso di medicinali
SIMA SOCIETA INGROSSO MEDICINALI E AFFINI SPA SIMA SPA	13	distribuzione all'ingrosso di medicinali

Fonte: nostra elaborazione su dati Bureau van Dick 2011

Conclusioni

Negli ultimi anni la filiera del farmaco in Europa ha subito una profonda ristrutturazione in tutte le sue fasi, sebbene in modalità diverse a seconda dei paesi, in quanto sussiste ancora una differente regolamentazione del settore. In particolare, la distribuzione intermedia, schiacciata da un lato dalle imprese farmaceutiche multinazionali e dall'altro delle farmacie, ha iniziato un processo di consolidamento, attraverso fusioni e acquisizioni di competitors ed anche mediante l'integrazione verticale a monte della produzione di prodotti paramedicali e farmaci generici e a valle attraverso l'acquisizione di catene di farmacie, laddove permesse.

In Italia il livello di concentrazione della distribuzione intermedia si mostra ancora inferiore rispetto al resto d'Europa, ma le strategie attuate dai principali grossisti tendono a un consolidamento sia territoriale sia lungo tutta la filiera del farmaco.

Concludendo la presentazione dello studio "*Access to high quality pharmacy services in Europe*" Marcel Aanoy , che l'aveva condotto in qualità di partner di Ecorys ed è professore di Health Care Economics nella università di Tilburg provocatoriamente affermava: "*If pharmacists believe the restrictions serve public goods Why don't they provide the data that would show This?*" sottolineando come in tutti i paesi europei si registri la carenza di informazioni economiche sulla farmacia che esiste anche in Italia e che meriterebbe di essere superata per dar conto dell'attività economica che il farmacista svolge.

Malgrado l'assenza di dati economici, tutte le politiche di regolazione sono molto attente alla distribuzione finale dei farmaci ma pongono scarsa attenzione al potere di mercato degli intermediari (grossisti). Ma in questo, settore particolarmente delicato come in altri settori della grande distribuzione organizzata l'attenzione delle autorità antitrust dovrebbe più spesso concentrarsi incentivando la distribuzione diretta almeno agli ospedali (come si sta cercando di fare) o introducendo meccanismi come quelli in vigore in altri paesi come il PFIZER Method o la RWA nel Regno Unito. Osserva l'OECD (*Roundtable on Monopsony and Buyer Power, 2008*) che occorre distinguere tra monopsonio e potere contrattuale "*the welfare implications, and therefore the appropriate enforcement policies, of the two types of buyer power are very different. Both result in lower input prices, but the exercise of monopsony power usually results in higher prices downstream. Reductions in input prices in the case of bargaining power are typically beneficial*" ma nel nostro caso non se ne hanno prove.

Bibliografia

- Autorità Garante per la Concorrenza e il Mercato (1998) *Indagine conoscitiva nel settore farmaceutico*
- Provvedimento n. 2293 del 2 settembre 1994 e chiusa il 6 novembre 2007 con provvedimento n.5486
- Autorità Garante per la Concorrenza e il Mercato (2011), *Provvedimento n. 22778 del 7 settembre 2011 Alliance Healthcare Italia Newco/ramo di azienda di CTF Group*, Bollettino n.36
- Bardey D., Bommier A., Jullien, B. (2010), *Retail price regulation and innovation: Reference pricing in the pharmaceutical industry*, in <<Journal of Health Economics>>, Elsevier, vol. 29(2), pages 303-316, March.
- Bresnahan T.J, Levin J:D. (2012), *Vertical integration and market structure*, NBER Working paper 17889
- Castellini M., Vagnoni E (2008), *La gestione della farmacia. Il ruolo del SSN e il modello di remunerazione*, Franco Angeli, Milano
- ChenZ. (2007), *Buyer power: Economic Theory and Antitrust Policy*, in <<Research in Law and Economics>>, Volume 22, 17-40, Elsevier
- Clement W, Tuna M., Walter E. (2005), *The European Pharmaceutical Wholesale Industry: Structure, Trends, and socio-economic Importance*, Institute for Pharmaeconomic Research, Vienna
- Costa i-Font J., Mc Guire A, Varol N. (2011), *Does Pharmaceutical price Regulation affect the adoption of generic competition? Evidence from the OECD 1999-2008* , CESIFO WP n.3441, May
- De Simone J.S, Picone G., Timur A.(2010), *Has the European Union Achieved a Single Pharmaceutical Market?*, NBER Working Paper No. 16261
- Desogus C. (2011), *Competition and Innovation in the EU Regulation of Pharmaceuticals - The Case of Parallel Trade*, in <<European Studies in Law and Economic >>n 4., pp.360- , Intersentia
- Dobson, Paul and Inderst, R (2007) *Differential Buyer Power and the Waterbed Effect: Do Strong Buyers Benefit or Harm Consumers? European Competition Law Review*, 28 (7). pp. 393-400
- Dobson, Paul and Inderst, R (2008) *The Waterbed Effect: Where Buying and Selling Power Come Together*. Wisconsin Law Review, 2. pp. 331-357
- Ecorys (2007), *Study of the regulatory restrictions in the field of pharmacies main report*, Rotterdam

- Ecorys (2009), Competitiveness of the EU Market and Industry for Pharmaceuticals. Volume II: Markets, Innovation & Regulation, Final report Client: European Commission, Directorate General Enterprise & Industry Rotterdam, December 2
- European Central Bank (2011), *Structural features of distributive trades and their impact on prices in the Euro Area*, Occasional paper serie,n.128,September
- Ferrari Bravo, L. (2002), *La distribuzione dei farmaci in Italia alla luce di un confronto internazionale*, in <<Economia Pubblica>>, Fascicolo 6, Franco Angeli, Milano
- Fiorio C., Siciliani L. (2010), *Co-payments and the demand for Pharmaceuticals: evidence from Italy*, in <<Economic Modeling>>, Elsevier, Vol.27, Issue4, July, pp.835-841
- Fisher E. S., Snyder C. (2011), *Countervailing power in wholesale pharmaceuticals*, MIT Dept. of Economics Working Paper No. 01-27
- Galbraith J.K (1952), *American Capitalism: The Concept of Countervailing Power*, Boston: Houghton Mifflin Co 1952.
- Gianfrate, F.(2008), *Marketing farmaceutico*, Tecniche nuove, Milano
- Girp (2011), Annual Report
- Inderst, R. Mazzarotto, N.(2008), *Buyer Power in Distribution*, in ABA Antitrust Section Handbook Issues in Competition Law and Policy, W.D. Collins
- Inderst R. Valletti T. (2008): *Buyer power and the waterbed effect* CEIS Research paper n.107 January
- Inderst,R,Valletti,TM,(2007) *A tale of two constraints: assessing market power in wholesale markets*, European Competition Law Review, 2007, Vol:28, Pages:84- Institute for Pharmaeconomic Research (2012), *Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector*, Vienna
- Kanavos P., Sotiris V. (2010) *Competition in prescription drug markets: is parallel trade the answer?* in <<Managerial and decision economics>>, 31 (5). pp. 325-33
- Obig (2006), *Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States*, commissioned by DG Competition, Vienna
- Oecd (2008) *Pharmaceutical pricing policies in a global market*, Oecd Health Policies Studies, Paris
- Pammolli F., Salerno N. (2007), *I farmaci "C" tra regolazione e mercato*, editoriale Cerm del 25/09
- (2011) *La distribuzione dei farmaci tra progetti di riforma e incertezze*, in << Economia e Politica Industriale>>, 38 (2). pp. 125-148

www.adf.it

www.federfarmaservizi.it