

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE
“AMEDEO AVOGADRO”

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO

Corso di Laurea Magistrale in Farmacia

TESI DI LAUREA

” La remunerazione delle farmacie di comunità: l'Italia a confronto con le principali esperienze internazionali”

Relatore

Prof. Claudio Jommi

Candidato

Vanessa Peragine

Anno Accademico 2024/2025

SESSIONE STRAORDINARIA A.A. 2024/2025

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE
“AMEDEO AVOGADRO”

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO

Corso di Laurea Magistrale in Farmacia

TESI DI LAUREA

” La remunerazione delle farmacie di comunità: l’Italia a confronto con le principali esperienze internazionali”

Relatore

Prof. Claudio Jommi

Candidato

Vanessa Peragine

Anno Accademico 2024/2025

SESSIONE STRAORDINARIA A.A. 2024/2025

Sommario

1. INTRODUZIONE	2
2. MODELLI DI REMUNERAZIONE: CONCETTI GENERALI.....	4
2.1 Definizione di remunerazione e sostenibilità economica delle farmacie	4
2.2 Principali modelli di remunerazione.....	6
2.2.1 Margine proporzionale.....	6
2.2.2 Margine regressivo.....	6
2.2.3 Tariffa fissa per confezione	7
2.2.4 Tariffa per prestazione erogata (<i>fee-for-service</i>).....	8
2.2.5 Remunerazione su base capitaria	8
2.2.6 Modelli misti (<i>blended</i>).....	9
2.2.7 Modelli basati sulla <i>performance</i>	10
2.3 Confronto tra modelli: vantaggi e svantaggi	10
2.4 Tendenze attuali: passaggio dai modelli “a volume” ai modelli “a valore”	12
3. REMUNERAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI.....	15
3.1 Evoluzione normativa e modello di remunerazione in Italia.....	15
3.1.1 Dalla Legge 662/1996 alla Legge 122/2010	15
3.1.2 Nuovo sistema introdotto nel 2024	16
3.2 Modelli di remunerazione della distribuzione negli altri Paesi	18
3.2.1 Regno Unito	18
3.2.2 Francia.....	19
3.2.3 Germania.....	21
3.2.4 Spagna.....	22
3.2.5 Canada.....	22
3.3 Confronto tra Italia e altri Paesi europei: trend di convergenza verso il modello misto	24
4. REMUNERAZIONE DEI SERVIZI IN FARMACIA	27
4.1 Evoluzione della “Farmacia dei Servizi” in Italia	27
4.2 Copertura dei servizi in farmacia.....	30
4.3 Telemedicina, <i>screening</i> , educazione sanitaria, supporto all’aderenza	33

4.3.1 Focus sulle principali Regioni italiane	35
4.3.1.1 Piemonte	36
4.3.1.2 Lombardia.....	36
4.3.1.3 Emilia-Romagna.....	36
4.3.1.4 Friuli-Venezia Giulia	37
4.3.1.5 Toscana	37
4.3.1.6 Lazio	37
4.4. Remunerazione dei servizi negli altri Paesi	39
4.4.1 Paesi UE	40
4.4.1.1 Francia	40
4.4.1.2 Germania	41
4.4.2 Paesi extra UE	41
4.4.2.1 Regno Unito.....	42
4.4.2.2 Canada	43
4.4.2.3 Australia.....	43
4.4.2.4 Stati Uniti.....	44
4.4.2.5 Nuova Zelanda.....	44
4.5 Confronto internazionale: modelli, tariffe e tendenze di valorizzazione del farmacista	44
5. CONCLUSIONI	47
6. BIBLIOGRAFIA	50
7. APPENDICE.....	59
8. RINGRAZIAMENTI.....	61

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la farmacia ha conosciuto una trasformazione profonda: da luogo deputato prevalentemente alla dispensazione del farmaco a presidio territoriale integrato, capace di erogare servizi clinico-assistenziali, di prevenzione e di sanità digitale. Tale evoluzione, accelerata dalla pandemia di Covid-19, ha reso centrale il tema della remunerazione dei servizi erogati dal farmacista, tanto per la sostenibilità economica delle farmacie quanto per la qualità e l'equità dell'assistenza offerta ai cittadini. In questo contesto, la definizione di modelli remunerativi adeguati non è un aspetto puramente contabile, ma incide sugli incentivi

professionali, sull'organizzazione dei processi, sull'aderenza terapeutica e, in ultima analisi, sugli esiti di salute a livello di popolazione.

La letteratura e le esperienze regolatorie mostrano un panorama eterogeneo di modelli di finanziamento che includono il margine proporzionale e regressivo sulla distribuzione dei medicinali, le tariffe fisse per confezione e per prestazione, le forme miste e i meccanismi “*performance-based*” che legano una quota dei pagamenti a indicatori di qualità e di esito. Ciascun modello presenta punti di forza e criticità. I sistemi orientati al volume, tipicamente riconducibili al *fee-for-service*, premiano l'attività misurata in atti o confezioni, ma possono trascurare il valore professionale della dispensazione e della presa in carico. La remunerazione su base capitaria, intesa come pagamento forfettario per assistito in un periodo definito, favorisce la prevedibilità della spesa e spinge verso efficienza e appropriatezza, ma è complessa da applicare alla farmacia territoriale e può ridurre l'incentivo a servizi ad alta intensità professionale se non accompagnata da controlli e indicatori di qualità. I modelli misti, spesso indicati come *blended*, combinano componenti diverse, per esempio una quota fissa per confezione o ricetta, una quota percentuale a copertura dei costi di acquisto e compensi per servizi, con l'obiettivo di bilanciare sostenibilità, stabilità dei ricavi e qualità, avvicinando progressivamente la remunerazione a una logica orientata al valore.

L'Italia ha sperimentato negli ultimi decenni un'evoluzione normativa significativa. Dalle logiche a margine (Legge 662/1996) e sconti regressivi, passando per la ridefinizione dei margini (Legge 122/2010), si è giunti al nuovo sistema in vigore dal 1° marzo 2024, che introduce una struttura mista (quota percentuale + quote fisse per confezione, con ulteriori componenti premiali e misure a tutela della capillarità), riallineando gli incentivi verso una maggiore stabilità e prevedibilità dei ricavi della distribuzione. Parallelamente, la “Farmacia dei Servizi”, normata e poi sperimentata a livello regionale, ha ampliato il perimetro professionale includendo telemedicina, screening, servizi di aderenza e campagne vaccinali, con un ruolo cruciale durante l'emergenza pandemica.

Questa tesi si propone, anzitutto, di ricostruire in modo organico i principali modelli di remunerazione applicati sia alla distribuzione dei farmaci sia all'erogazione dei servizi in farmacia, mettendone in luce punti di forza, criticità e traiettorie evolutive. A partire da questa cornice teorica, l'attenzione si concentra sul caso italiano, con un'analisi della recente riforma

della remunerazione e dello sviluppo della “Farmacia dei Servizi”, per comprendere come gli incentivi economici possano orientare le scelte professionali e organizzative. Il percorso si completa con un confronto ragionato con alcune esperienze internazionali con l’obiettivo di individuare buone pratiche e possibili leve di *policy* utili al contesto nazionale.

Questa tesi combina la lettura della normativa nazionale con la consultazione di documenti istituzionali e fonti tecnico-scientifiche, affiancate dalla letteratura accademica e da report che indagano l’impatto dei modelli remunerativi su aderenza, appropriatezza e risultati di salute.

Va precisato che la selezione dei casi considerati non include il Mezzogiorno e le Isole, per cui la tesi adotta un focus territorialmente delimitato, funzionale a sviluppare un’analisi comparativa coerente entro il perimetro osservato, ma non orientato a restituire una rappresentazione pienamente nazionale.

2. MODELLI DI REMUNERAZIONE: CONCETTI GENERALI

2.1 Definizione di remunerazione e sostenibilità economica delle farmacie

In ambito farmaceutico la remunerazione indica l’insieme dei compensi riconosciuti alla farmacia per le attività connesse alla dispensazione dei medicinali e, in misura crescente, per prestazioni professionali erogate sul territorio. Nei sistemi a prevalente finanziamento pubblico, tali compensi sono spesso definiti nell’ambito di convenzioni o accordi con il servizio sanitario, ma il concetto resta generale e riguarda qualsiasi schema che stabilisca come la farmacia venga remunerata. La sostenibilità economica delle farmacie è strettamente legata a come viene strutturata questa remunerazione. Un modello remunerativo inadeguato può comprimere la redditività e ridurre la capacità della farmacia di garantire continuità di servizio, investimenti e livelli organizzativi coerenti con l’ampliamento delle funzioni richieste, come evidenziato dalla Federazione farmaceutica internazionale (FIP) nel 2024.¹

Dal punto di vista definitorio, la remunerazione della distribuzione può essere definita come quota percentuale del prezzo, come tariffa fissa per confezione o ricetta, oppure come combinazione di tali componenti. In molti sistemi, la componente percentuale ha storicamente collegato il ricavo della farmacia al prezzo del medicinale rimborsato, secondo regole fissate a

livello nazionale o negoziale. In tale impostazione, una parte del prezzo remunera gli attori della filiera e una parte costituisce il margine della farmacia, con valori e ripartizioni che variano a seconda del contesto istituzionale e regolatorio, come mostrato anche dal caso italiano prima della Legge di Bilancio 2024.² Questo meccanismo fa sì che il guadagno della farmacia sia direttamente proporzionale al prezzo del farmaco.

In generale, modelli di remunerazione proporzionali al prezzo sono stati molto diffusi e garantiscono ai farmacisti e grossisti una copertura certa dei costi d'acquisto del farmaco. Tuttavia, tali modelli generano anche un “effetto moltiplicatore” sulla spesa farmaceutica pubblica. Se il consumo si sposta verso farmaci più costosi, per esempio medicinali innovativi a prezzo elevato, una percentuale fissa fa aumentare in modo proporzionale la spesa a carico del sistema sanitario per la distribuzione. Questo può ostacolare le politiche di contenimento della spesa e mette in difficoltà la sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso, anche se in termini generali la scelta del farmaco è del medico e non del farmacista.

Di conseguenza, da anni si discute riguardo la necessità di svincolare almeno in parte la remunerazione delle farmacie dal prezzo dei prodotti, sostituendo il tradizionale margine percentuale con schemi che combinano *fee* (tariffa) fissa per confezione, quindi remunerazione legata ai volumi dispensati, e compensi per specifiche prestazioni professionali. Ciò segna un superamento della pura “logica a margine”, in cui il ricavo del farmacista cresce automaticamente al crescere del prezzo del farmaco, a favore di un modello in cui la remunerazione è definita in misura indipendente dal prezzo e ancorata al numero di confezioni erogate e ai servizi svolti.

Le componenti tariffarie legate ai servizi professionali, per esempio counselling, presa in carico di pazienti cronici e servizi clinici erogati in farmacia, rappresentano, almeno in prospettiva, il canale attraverso cui la remunerazione può essere resa più coerente con il valore aggiunto prodotto dal farmacista in termini di appropriatezza d'uso e di esiti di salute. Tuttavia, nella maggior parte dei sistemi europei, tali elementi “a valore” restano ancora complementari rispetto alla prevalente impostazione a volumi di dispensazione dei farmaci o a margine³.

2.2 Principali modelli di remunerazione

Esistono diversi modelli attraverso cui può essere remunerata la distribuzione dei farmaci e dei servizi. Di seguito vengono descritti i principali modelli, chiarendone la logica di funzionamento e i principali effetti attesi.

2.2.1 Margine proporzionale

È il modello tradizionale in cui al farmacista spetta una percentuale fissa del prezzo del farmaco. Questo sistema, adottato storicamente in diversi Paesi europei, è semplice da applicare e assicura una marginalità rispetto ai costi d'acquisto.⁴ Di contro, la remunerazione a base proporzionale lega strettamente i ricavi al prezzo del farmaco. Farmaci molto costosi generano margini assoluti elevati, con potenziale aggravio per il servizio sanitario, mentre farmaci economici lasciano al farmacista un margine inferiore. Un margine proporzionale tende, quindi, laddove esistano spazi di scelta o di orientamento nella dispensazione, a rendere più remunerativi i prodotti dal prezzo più alto, perché cresce il margine assoluto in euro, mentre può rendere meno attrattiva la dispensazione di farmaci a basso costo, con possibili effetti indesiderati sulle politiche di contenimento della spesa.

2.2.2 Margine regressivo

In questo modello la percentuale di margine riconosciuta alla farmacia diminuisce all'aumentare del prezzo del farmaco. Questo sistema ha il vantaggio di attenuare l'effetto moltiplicatore sulla spesa pubblica. Di fatto, il margine regressivo rappresenta una misura di equilibrio tra la sostenibilità per il SSN e la redditività per la farmacia. I farmaci economici, spesso di uso comune, garantiscono un margine percentuale maggiore al farmacista, compensando il basso prezzo unitario. Viceversa, sui farmaci onerosi si evita di riconoscere percentuali troppo alte, pur mantenendo un utile in valore assoluto considerato adeguato. Il limite del margine regressivo è che, se la riduzione percentuale è troppo marcata sui prodotti ad alto costo, la remunerazione può risultare non coerente con i costi organizzativi e gestionali della dispensazione di tali farmaci, spingendo i decisori a valutare canali alternativi di distribuzione o forme di compensazione specifiche. In alcuni sistemi, meccanismi regressivi sono stati anche accompagnati da strumenti mirati a incentivare l'uso di equivalenti e a ridurre la spesa, mantenendo un equilibrio tra redditività e obiettivi pubblici.⁴

2.2.3 Tariffa fissa per confezione

Questo modello prevede che alla farmacia sia corrisposto un importo fisso per ogni confezione di farmaco dispensata, indipendentemente dal prezzo del prodotto. In altre parole, il farmacista riceve una *fee* unitaria per il servizio di erogazione del farmaco. La tariffa può essere stabilita a livello nazionale o attraverso accordi, e talvolta differenziata per tipologia di farmaco o canale. Il vantaggio principale di una tariffa fissa per pezzo è che slega il guadagno della farmacia dal prezzo dei medicinali, riducendo distorsioni, perché il farmacista è remunerato per l'atto professionale della dispensazione in sé, ricevendo lo stesso importo per unità. Ciò incentiva la dispensazione dei medicinali più economici senza preoccupazione di perdere margine, e protegge le farmacie dal calo dei prezzi medi, come avvenuto con l'ingresso di molti generici a prezzo basso. Inoltre, il costo della distribuzione risulta più prevedibile e controllabile, perché l'onorario unitario viene definito ex ante in coerenza con i volumi attesi e con gli obiettivi di spesa, pur potendo essere aggiornato periodicamente. Di contro, una remunerazione fissa può risultare non allineata ai costi complessivi se non viene rivista nel tempo. Se l'onorario unitario resta invariato negli anni, l'aumento dei costi, per esempio personale ed energia, può ridurre la redditività reale del servizio. Un altro possibile svantaggio è che la tariffa di dispensazione incentiva le farmacie ad aumentare i volumi più che il valore. Nel contesto dei farmaci rimborsati, tuttavia, questo rischio appare in concreto molto limitato. La *fee* si applica infatti ai farmaci a carico del servizio sanitario, la cui prescrizione è decisa dai clinici, e i farmacisti non hanno quindi la possibilità di aumentare autonomamente i volumi prescrittivi, ma solo di dispensare quanto prescritto. L'eventuale orientamento verso un modello più centrato sulla quantità degli atti dispensativi può inoltre essere mitigato combinando la tariffa con altri incentivi, per esempio remunerazioni legate alla qualità del servizio.

In diversi sistemi, l'onorario unitario per prescrizione o confezione coesiste con ulteriori componenti, come compensi per servizi, meccanismi di perequazione territoriale o quote aggiuntive legate a particolari requisiti organizzativi, configurando assetti che non dipendono esclusivamente dal prezzo del medicinale e dai volumi dispensati⁵. Sono state inoltre avanzate, anche in sede di *policy*, proposte di schemi che combinano una quota fissa per ricetta con una quota percentuale residuale, con l'obiettivo di conciliare neutralità rispetto al prezzo e copertura dei costi di acquisto.⁶

2.2.4 Tariffa per prestazione erogata (*fee-for-service*)

Questo modello estende il concetto di remunerazione fissa, riconoscendo un compenso non solo per la dispensazione del farmaco in sé, ma anche per ulteriori servizi professionali forniti dal farmacista. Si tratta quindi di onorari per prestazioni aggiuntive rispetto alla dispensazione, per esempio servizi strutturati di supporto all'aderenza, attività di monitoraggio secondo protocolli condivisi o interventi di prevenzione. L'idea di fondo è spostare la remunerazione dalla semplice vendita del prodotto alle attività professionali svolte dal farmacista a beneficio del paziente e del servizio sanitario. Un esempio concreto viene dal Regno Unito, dove dal 2005 è stato introdotto un nuovo contratto per le farmacie di comunità che distingue le fonti di remunerazione. Da un lato gli "Essential services" come la distribuzione dei farmaci sono remunerati con una *fee* apposita. Dall'altro, si riconoscono compensi aggiuntivi per gli "Advanced services" e gli "Enhanced services", come revisioni dell'uso dei medicinali, servizi clinici e campagne di salute pubblica⁷. In pratica si attua una *fee-for-service* su più livelli, con un onorario base per l'atto dispensativo e tariffe aggiuntive per le prestazioni extra. Questo sistema premia le farmacie che offrono più servizi e contribuiscono maggiormente alla salute pubblica, andando oltre un modello centrato esclusivamente sul prodotto. Il vantaggio del modello a onorari per prestazione sta nel valorizzare la professionalità del farmacista e incentivarne il ruolo attivo nel sistema sanitario, per esempio in prevenzione, aderenza alla terapia e educazione sanitaria. Lo svantaggio potenziale risiede nel fatto che, se la tariffa per un certo servizio è troppo bassa, i farmacisti possono non avere un incentivo sufficiente a dedicarvi tempo ed energie.⁷ È dunque fondamentale regolare adeguatamente gli onorari sulle prestazioni, affinché risultino attrattivi e promuovano davvero un cambio di pratica professionale.

2.2.5 Remunerazione su base capitaria

La remunerazione su base capitaria va intesa, in questo contesto, come modello prevalentemente teorico o sperimentale, molto meno diffuso nella farmacia territoriale rispetto alla medicina generale. Tale meccanismo prevede un pagamento forfettario per ogni paziente assistito, su base temporale, a prescindere dal numero di prestazioni erogate. In sanità la quota capitaria è definita come "un ammontare fisso di denaro per paziente per unità di tempo, corrisposto in anticipo al fornitore per l'erogazione di servizi di assistenza".⁸ Ciò significa che una farmacia, o un gruppo di farmacie, riceve un budget annuale o mensile per gestire un certo numero di assistiti, impegnandosi a fornire tutti i medicinali e i servizi necessari entro quella

somma. Il modello incentiva il farmacista a perseguire efficienza e appropriatezza, perché ogni risparmio rispetto alla quota capitaria rappresenta margine, mentre ogni costo in eccesso riduce il budget. In teoria, ciò può favorire un uso più ottimale dei farmaci, per esempio riducendo sprechi e duplicazioni e migliorando l'aderenza per prevenire complicanze costose. Inoltre, questo schema sposta l'attenzione dalla singola prescrizione al paziente preso in carico, in quanto la remunerazione è riconosciuta per assistito e non in funzione del numero di ricette. Proprio perché la remunerazione resta costante al variare del volume di prescrizioni, il principale incentivo non è ad aumentare gli atti dispensativi, ma a gestire in modo appropriato il percorso del paziente entro il budget assegnato. Per evitare che l'incentivo al contenimento dei costi si traduca in riduzione della qualità, l'uso del sistema capitario richiede in genere indicatori di appropriatezza, controlli e, spesso, una componente premiale legata alla *performance*. Tale modello presenta, comunque, notevoli criticità. Anzitutto, è complesso da realizzare nel contesto della farmacia territoriale indipendente. Richiede sistemi informativi integrati, identificazione chiara del bacino d'utenza di ciascuna farmacia e meccanismi di aggiustamento del rischio, distinguendo pazienti con bisogni maggiori o minori e, oltre a ciò, c'è il rischio di sotto-erogazione di prestazione. Se la quota per paziente fosse troppo bassa, il farmacista potrebbe essere tentato di ridurre servizi per risparmiare, a scapito della qualità delle cure. Per questo, nei modelli a quota capitaria puri, più comuni per medici di famiglia o strutture sanitarie integrate, si associano spesso controlli di qualità e incentivi sulla performance, per assicurare che i pazienti ricevano comunque standard adeguati di assistenza.

2.2.6 Modelli misti (*blended*)

Nella realtà molti sistemi di remunerazione combinano elementi dei modelli sopra descritti per bilanciarne pro e contro. Si parla di modelli misti o *blended*, in cui coesistono, ad esempio, una componente fissa per ricetta e una componente percentuale sul prezzo. Più in generale, i modelli misti nascono dall'esigenza di mitigare gli effetti distorsivi dei singoli schemi, mantenendo insieme stabilità dei ricavi, copertura dei costi di acquisto e incentivi alla qualità. Lo scopo è spesso quello di garantire un livello base di compenso per ogni servizio reso, assicurando stabilità anche su farmaci poco costosi, e insieme mantenere un elemento proporzionale che contribuisca a coprire i costi di acquisto dei farmaci.

2.2.7 Modelli basati sulla *performance*

Tra i modelli più recenti di remunerazione si collocano i sistemi *pay-for-performance (P4P)*, nei quali la farmacia non viene compensata solo per l'atto dispensativo o per il volume di confezioni erogate, ma anche, e soprattutto, in funzione della qualità delle prestazioni e dei risultati clinici ottenuti sui pazienti. L'idea alla base di questi modelli è che gli incentivi finanziari possano orientare i comportamenti professionali, migliorando efficienza, aderenza terapeutica e outcome sanitari complessivi. A differenza dei sistemi tradizionali, in cui il farmacista è premiato prevalentemente per la quantità di farmaci dispensati, il P4P mira ad allineare gli obiettivi della farmacia con quelli del sistema sanitario: meno sprechi, maggiore appropriatezza, più prevenzione. In tale modello, al farmacista vengono riconosciuti incentivi economici al conseguimento di determinate *performance* misurabili mediante indicatori come il tasso di aderenza terapeutica dei pazienti cronici seguiti, esiti clinici definiti da linee guida, indicatori di appropriatezza e soddisfazione degli utenti.

Un contributo teorico di riferimento è quello proposto da Harrington e colleghi⁹. Tali autori hanno sviluppato un *framework* concettuale specifico per la farmacia di comunità, allo scopo di spiegare come un incentivo finanziario possa realmente tradursi in un cambiamento misurabile della qualità dei servizi erogati. Secondo questo modello, l'efficacia del P4P non dipende solo dall'incentivo in sé, ma dal modo in cui esso interagisce con tre ulteriori dimensioni, cioè le caratteristiche interne della farmacia, il contesto esterno e le modalità di misurazione della *performance*.

La componente economica rappresenta un punto di avvio del cambiamento. Stimola il professionista a modificare processi e priorità, ma tali cambiamenti possono consolidarsi solo se supportati da condizioni organizzative favorevoli, da una cultura orientata alla qualità e da misure di performance chiare, condivise e verificabili.

2.3 Confronto tra modelli: vantaggi e svantaggi

Dall'analisi dei vari modelli emergono chiaramente pregi e difetti, che vengono qui di seguito sintetizzati.

Nel confronto tra margine proporzionale e margine regressivo, entrambi i modelli mantengono un legame tra remunerazione e prezzo del farmaco. Questo legame consente di recuperare il

costo di acquisto del medicinale, al quale si applica una marginalità che dovrebbe coprire gli altri costi della farmacia e fornire un profitto. Il vantaggio del margine proporzionale fisso è la semplicità, perché risulta facile da calcolare e relativamente trasparente nella sua applicazione. La sua debolezza è l'effetto moltiplicatore sulla spesa. A parità di decisioni prescrittive da parte del clinico, l'aggancio percentuale al prezzo fa sì che l'onere per il sistema sanitario aumenti proporzionalmente al costo dei farmaci, soprattutto quando entrano in commercio medicinali ad alto prezzo. In tale schema, la remunerazione della farmacia tende quindi a crescere automaticamente quando cresce il prezzo del prodotto dispensato, anche se la farmacia non decide la prescrizione.

Il margine regressivo attenua l'effetto moltiplicatore perché riduce la percentuale riconosciuta sui farmaci più onerosi e, di conseguenza, contiene l'incremento di spesa legato all'effetto mix, ossia allo spostamento dei consumi verso medicinali più costosi. Il vantaggio principale è quindi un maggiore controllo della dinamica della spesa pubblica rispetto alla versione proporzionale pura. Il limite comune di entrambe le impostazioni, proporzionale e regressiva, è che restano concentrate sulla dispensazione come atto economico legato al prezzo, mentre valorizzano in modo ancora limitato la dimensione di servizio reso al paziente, per esempio in termini di counselling strutturato, monitoraggio o supporto all'aderenza.⁴

Nel confronto tra tariffa fissa per confezione e remunerazione a margine, l'introduzione di un onorario unitario per pezzo sposta la logica di pagamento da un criterio ancorato al prezzo a un criterio che riconosce l'atto professionale della dispensazione.

Dal punto di vista del sistema sanitario, una *fee* fissa rende più prevedibile la spesa di distribuzione, perché il costo unitario della dispensazione è definito ex ante e può essere modulato nel tempo in funzione di volumi attesi e obiettivi di spesa. Dal punto di vista della farmacia, la tariffa fissa riduce la dipendenza dei ricavi dalle oscillazioni dei prezzi medi e limita le distorsioni che derivano dalla diversa redditività assoluta dei farmaci. Per contro, una tariffa fissa "pura" separa la remunerazione dal prezzo e, se viene definita in modo non coerente col prezzo di acquisto, può comprimere la redditività. La criticità non riguarda un'ipotetica perdita pari al costo di acquisto del farmaco, perché il costo di acquisto non è normalmente "assorbito" dalla tariffa di dispensazione, ma riguarda piuttosto il rischio che l'onorario unitario non copra in modo adeguato i costi organizzativi e professionali che la farmacia sostiene per garantire il servizio, soprattutto se la tariffa non viene aggiornata periodicamente.

Nel confronto tra modelli che remunerano servizi aggiuntivi, modelli a prestazione e modelli basati sulla *performance*, l'obiettivo comune è premiare la qualità e l'estensione del ruolo professionale del farmacista. Il vantaggio principale è l'allineamento tra interesse della farmacia e obiettivi di sanità pubblica. Se viene previsto un compenso per risultati misurabili, per esempio vaccinazione, controllo di fattori di rischio o miglioramento dell'aderenza terapeutica, la farmacia è motivata a investire tempo e risorse in attività che, se non remunerate o remunerate in modo insufficiente, tendono a essere percepite come marginali rispetto alle attività tradizionali. In questo scenario, la criticità principale non è "se" la farmacia si orienti verso alcuni servizi, ma "come" vengono disegnati incentivi e metriche. Se la remunerazione premiale non incorpora meccanismi di aggiustamento del rischio e criteri di equità, può emergere un effetto di selezione. In altre parole, la farmacia può essere spinta a privilegiare servizi e popolazioni per cui la relazione tra remunerazione e risorse impiegate risulta più favorevole, mentre i pazienti più complessi, che richiedono più tempo, coordinamento e competenze, rischiano di essere relativamente meno attrattivi dal punto di vista economico. Questo rischio viene in genere mitigato definendo indicatori che tengano conto della complessità, introducendo soglie, pesi o bonus specifici e costruendo sistemi di valutazione che misurino anche l'accesso e la continuità del servizio, oltre al risultato clinico.

2.4 Tendenze attuali: passaggio dai modelli "a volume" ai modelli "a valore"

Le tendenze più attuali nel campo della remunerazione delle farmacie mostrano una progressiva riduzione del peso esclusivo dei modelli "a volume", intesi come schemi che pagano principalmente in funzione del prezzo del farmaco o del numero di confezioni erogate, a favore di approcci che cercano di riconoscere il valore generato dal servizio professionale. Questa evoluzione non implica necessariamente l'abbandono delle componenti legate alla dispensazione. Più realisticamente, indica un riequilibrio, nel quale la dispensazione resta remunerata con strumenti ibridi, mentre le componenti "a valore" si sviluppano soprattutto attraverso la remunerazione dei servizi e, in misura più limitata, attraverso incentivi legati alla qualità e agli esiti.

Questo cambiamento si inserisce in un movimento più ampio del settore sanitario, che vede il passaggio dalla medicina basata prevalentemente sulla quantità di prestazioni, tipica del *fee-for-service* tradizionale, alla sanità basata sul valore, spesso richiamata come *value-based*

healthcare, nella quale il fulcro è l'outcome per il paziente per euro speso.¹⁰ Nel contesto delle farmacie, l'orientamento al valore assume significati operativi specifici, perché deve conciliare una funzione distributiva indispensabile con un ampliamento del perimetro di servizi clinico-assistenziali e di prevenzione.

Nel concreto, la transizione si traduce in alcune direttrici chiave.

(i) Riduzione della dipendenza dal prezzo e maggiore stabilità dei ricavi. L'introduzione di componenti fisse, per esempio onorari per confezione o ricetta, insieme alla riduzione delle quote proporzionali, mira a rendere più prevedibili e stabili i ricavi della distribuzione. In questa prospettiva, l'obiettivo non è "aumentare i volumi", ma limitare l'effetto per cui la spesa di distribuzione cresce automaticamente quando cresce il prezzo medio del mix prescrittivo, anche a parità di numero di confezioni. Anche quando la quota variabile viene ridotta, resta comunque vero che la remunerazione della dispensazione continua a dipendere in larga misura dai volumi erogati, perché una *fee* per confezione remunera l'atto in funzione del numero di unità dispensate.

(ii) Valorizzazione del ruolo "clinico" e remunerazione dei servizi. Un elemento centrale dei modelli orientati al valore è riconoscere economicamente ciò che produce valore in termini di esito di salute. Per le farmacie, questo significa essere remunerate per attività come educazione sanitaria, counselling strutturato, supporto all'aderenza terapeutica, farmacovigilanza, prevenzione e *screening*. Questi strumenti risultano più coerenti con la logica "a valore" rispetto alla sola remunerazione della dispensazione, perché pagano il contributo professionale che riduce rischi, migliora appropriatezza e sostiene la continuità di cura. In questa traiettoria rientrano anche interventi che coinvolgono la "presa in carico" in senso funzionale, intesa come insieme di attività ripetute e documentabili di supporto al percorso terapeutico, senza sovrapporsi ai ruoli tipici della medicina generale. Nel caso italiano, l'istituzionalizzazione e il finanziamento di servizi aggiuntivi hanno rappresentato un passaggio rilevante, in particolare quando sono state stanziare risorse dedicate a sostenere sperimentazioni e implementazioni operative di nuovi servizi in farmacia.¹¹

(iii) Integrazione di tecnologia e dati per misurare qualità e outcome. La transizione verso modelli basati sul valore è strettamente legata allo sviluppo di tecnologie digitali e alla capacità

di raccogliere, integrare e analizzare dati sanitari. La ricetta elettronica, l'accesso coordinato a banche dati farmaceutiche e l'utilizzo di strumenti di monitoraggio clinico rendono teoricamente possibile misurare in modo più accurato indicatori come aderenza ai trattamenti, persistenza terapeutica e appropriatezza. Questo passaggio è decisivo perché, senza misurazione, la remunerazione "a valore" resta un'etichetta, mentre con metriche verificabili diventa un disegno operativo, seppur complesso. Restano centrali questioni delicate come tutela della privacy, la governance dei dati e la equità di accesso alle tecnologie ma, comunque, la digitalizzazione rappresenta un abilitatore essenziale per realizzare modelli che incorporino valutazioni sulla qualità, sulla continuità e sugli esiti. In questa stessa prospettiva, gli investimenti in strumenti digitali e servizi di telemedicina vengono spesso letti anche come leve per ridurre disuguaglianze territoriali e rafforzare la prossimità assistenziale nelle aree periferiche, incluse le farmacie rurali, attraverso misure di finanziamento dedicate.^{12,13}

(iv) Uso di incentivi premiali e attenzione agli effetti indesiderati. L'adozione di incentivi legati a *performance* misurabili tende ad aumentare quando cresce la disponibilità di dati e quando le istituzioni definiscono standard di qualità verificabili. Al tempo stesso, la progettazione di tali incentivi deve prevenire effetti non intenzionali, per esempio la focalizzazione su target "facili" o la selezione di attività ad alta marginalità a scapito di pazienti complessi. Per rendere l'impianto più equo, diventano quindi cruciali aggiustamenti per complessità, criteri di accesso, indicatori di continuità e meccanismi che premiano anche la copertura di popolazioni fragili.

In conclusione, il quadro che emerge non è quello di un passaggio netto da un modello "a volume" a uno "a valore", bensì di un'evoluzione graduale. La distribuzione dei farmaci continua a essere remunerata attraverso schemi ibridi che combinano una quota fissa e una quota variabile, con un legame ancora rilevante ai volumi dispensati e, in diversi paesi ancora a margine, mentre la remunerazione dei servizi aggiuntivi risulta per lo più collegata all'erogazione della prestazione, più che agli esiti di salute effettivamente prodotti.

In questa prospettiva, gli interventi finora adottati sembrano mirare soprattutto a garantire maggiore stabilità e sostenibilità dei ricavi delle farmacie di comunità e a valorizzarne il ruolo sanitario nel percorso di cura. Un passaggio più compiuto verso forme strettamente legate agli esiti richiede condizioni ulteriori, tra cui metriche condivise, infrastrutture informative affidabili, governance dei dati e modelli di incentivo capaci di coniugare qualità, efficienza ed

equità. Eventuali sviluppi verso una remunerazione più direttamente ancorata agli outcome restano, ad oggi, più frequenti sotto forma di sperimentazioni e ipotesi di *policy*, piuttosto che come assetto pienamente consolidato.

3. REMUNERAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI

3.1 Evoluzione normativa e modello di remunerazione in Italia

3.1.1 Dalla Legge 662/1996 alla Legge 122/2010

La remunerazione della distribuzione farmaceutica in Italia, in particolare la quota spettante alle farmacie per la dispensazione di farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stata oggetto di diverse riforme dal 1996 ad oggi. Con l'articolo 1, comma 40, della legge 662/1996 si introdusse un assetto regolatorio che fissava le quote di spettanza lungo la filiera del farmaco, stabilendo le percentuali di ricavo per aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, pari rispettivamente al 66,65%, al 6,65% e al 26,7% del prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA.¹⁴ A partire dalla fine degli anni '90, fu stabilito per legge che la farmacia trattenesse il 30,35% del prezzo al pubblico (al lordo IVA) come margine.

Eppure, tale margine "teorico" venne contestualmente ridotto da specifici meccanismi di contenimento della spesa. In particolare, l'articolo 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, introdusse per le farmacie l'obbligo di riconoscere al SSN uno sconto sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali rimborsati, articolato per fasce di prezzo, pari al 3,75% per le specialità con prezzo inferiore a 50.000 lire, 6% tra 50.000 e 99.999 lire, 9% tra 100.000 e 199.999 lire e 12,5% per i medicinali con prezzo pari o superiore a 200.000 lire. Per le farmacie rurali che beneficiavano dell'indennità di residenza continuarono ad applicarsi le quote di sconto previste dall'articolo 2, comma 1, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, mentre per le farmacie con un fatturato complessivo annuo non superiore a 500 milioni di lire le percentuali di sconto sopra indicate venivano ridotte del 60%.

Questo sistema faceva sì che il margine effettivo per la farmacia fosse regressivo, riducendosi in percentuale all'aumentare del prezzo del farmaco.

Successivamente, la Legge 122/2010 (di conversione del D.L. 78/2010) impose una ulteriore trattenuta a carico delle farmacie pari all'1,82% sui ricavi da ricetta SSN, incrementata poi al 2,25% dal 2012¹⁵. In pratica, al netto di queste riduzioni, il margine effettivo delle farmacie sui

farmaci rimborsati risultava essere inferiore al 25%. Il risultato di questo assetto era che le farmacie, pur avendo margini lordi fissati per legge, restituivano allo Stato una parte significativa di tali margini sotto forma di sconti obbligatori, con impatto maggiore sulle farmacie con alti volumi di vendita e sui farmaci di prezzo elevato. Per sostenere la rete capillare delle piccole farmacie, ad esempio quelle rurali, erano previste eccezioni e sconti ridotti o azzerati sotto certe soglie di fatturato SSN.

Nel corso degli anni 2000 questi meccanismi sono stati rivisti in dettaglio, anche attraverso specifici provvedimenti attuativi richiamati nelle fonti¹⁶, ma la struttura di base è rimasta quella delineata, remunerazione delle farmacie tramite un margine percentuale sul prezzo, mitigato da sconti obbligatori crescenti all'aumentare del prezzo. Nel 2021-2022 il Parlamento introdusse una "remunerazione aggiuntiva" temporanea per le farmacie, stanziando circa 150 milioni € annui, proprio con l'obiettivo di salvaguardare la rete di prossimità delle farmacie in attesa di una riforma organica. Questa misura, finanziata dalla Legge di Bilancio 2023, commi 532-534 della L.197/2022, prevedeva un contributo aggiuntivo per ricompensare il servizio al di là dei margini ordinari¹⁷.

3.1.2 Nuovo sistema introdotto nel 2024

La svolta normativa è giunta con la Legge di Bilancio 2024 (L. 197/2023), che ha introdotto dal 1° marzo 2024 un nuovo sistema di remunerazione "misto" per le farmacie. Tale sistema prevede che la dispensazione di farmaci in regime convenzionato SSN venga remunerata con una quota variabile percentuale e una serie di quote fisse per confezione¹⁸. In dettaglio, le componenti della nuova remunerazione sono le seguenti:

- una quota percentuale pari al 6% del prezzo al pubblico al netto IVA di ogni confezione;
- una quota fissa per confezione, differenziata in base al prezzo del farmaco, €0,55 per ogni confezione con prezzo al pubblico ≤ €4,00, €1,66 per confezioni con prezzo €4,01-€11,00, €2,50 per confezioni con prezzo > €11,00;
- una quota fissa aggiuntiva per i farmaci appartenenti alle liste di trasparenza, farmaci equivalenti o generici, €0,10 per confezione, poi aumentata a €0,115 dal 1° gennaio 2025;
- ulteriori quote fisse compensative per garantire la capillarità sul territorio, riservate alle farmacie con basso fatturato SSN annuo al netto IVA, €1,20 per confezione erogata

dalle farmacie con fatturato \leq €150.000, €0,58 per confezione per farmacie urbane con fatturato \leq €300.000, escluse le rurali sussidiate, €0,62 per confezione per le farmacie rurali sussidiate con fatturato \leq €450.000.

Secondo analisi tecniche basate sui dati 2021, la quota di spettanza delle farmacie sul prezzo al pubblico dei medicinali convenzionati passerebbe da circa 22% nel regime previgente a oltre 25% con il nuovo modello di remunerazione, con un incremento complessivo dei margini di circa 228 milioni di euro e un aumento medio del ricavo SSN per farmacia stimato in circa 11.500-12.000 euro annui.¹⁹ A partire dal 2024 viene contestualmente meno la “remunerazione aggiuntiva” temporanea di 150 milioni di euro annui riconosciuta nel biennio 2022-2023. L’incremento netto dei margini risulta più contenuto, pari a 53 milioni di euro nel 2024 e 77 milioni di euro annui a regime secondo le valutazioni della Corte dei Conti.¹⁶

L’aumento netto dei margini a regime risulta pari a circa 77 milioni di euro annui.¹⁶ Questi oneri sono stati coperti stanziando risorse aggiuntive nel fabbisogno sanitario nazionale 2024 (art.41 Legge di Bilancio 2024).

Il cambiamento del sistema di remunerazione avvantaggia anche le farmacie di piccole dimensioni e quelle rurali, per le quali le quote fisse aggiuntive previste per le fasce di basso fatturato rappresentano un sostegno mirato alla sostenibilità economica degli esercizi meno avvantaggiati dalla remunerazione a confezione dispensata.¹⁹ Il sostegno alle farmacie rurali e alle realtà a bassa densità era già presente anche nella fase precedente, ma il nuovo schema lo rende più esplicito e lo collega direttamente alla remunerazione per confezione, con una logica di tutela della capillarità.

La riforma è accompagnata da misure di monitoraggio. Il Ministero della Salute ha istituito un tavolo tecnico di confronto con Ministero dell’Economia e delle Finanze, AIFA, Regioni e rappresentanze delle farmacie, incaricato di verificare annualmente l’andamento della spesa legata alla nuova remunerazione e la sua sostenibilità, a partire da marzo 2024.^{18,20} Questo organismo dovrebbe consentire eventuali correzioni qualora la spesa dovesse eccedere le previsioni o creare squilibri nel sistema. Con la Legge di bilancio 2026 il legislatore è già intervenuto a limare il nuovo modello di remunerazione, introducendo un tetto implicito alla componente percentuale del 6%. Mediante l’inserimento del comma 225-bis all’articolo 1 della

legge 213/2023 si prevede che, per tutti i medicinali il cui prezzo di vendita al netto dell'IVA sia superiore a 100 euro, le quote di remunerazione di cui al comma 225 si applichino come se il prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, fosse pari a 100 euro. In altri termini, la quota percentuale del 6% non può superare i 6 euro per confezione, anche per i farmaci dal prezzo più elevato.²¹

In conclusione, la traiettoria normativa italiana mostra il passaggio da un modello puramente basato su margini proporzionali con sconti progressivi (e, quindi, di fatto margini regressivi) verso un modello misto con quote fisse per confezione e una componente percentuale residua, un cambiamento storico orientato a valorizzare il ruolo professionale del farmacista e garantire la sostenibilità della dispensazione di farmaci come servizio di interesse pubblico, pur mantenendo un controllo della spesa attraverso stanziamenti dedicati e monitoraggio della spesa³.

3.2 Modelli di remunerazione della distribuzione negli altri Paesi

In generale, i sistemi europei presentano modelli misti, combinando una componente fissa per ogni dispensazione con una componente di margine. Di seguito si descrivono i modelli adottati negli altri principali Paesi (Regno Unito, Francia, Germania, Spagna) e Canada, evidenziando, per ogni paese, la modalità di remunerazione e gli elementi critici.

3.2.1 Regno Unito

Nel Regno Unito il servizio farmaceutico territoriale è finanziato tramite un contratto quadro nazionale con il National Health Service (*Community Pharmacy Contractual Framework*, CPCF), che definisce un budget complessivo annuale di riferimento, denominato envelope, e la struttura di remunerazione delle farmacie convenzionate. Il modello si articola in due pilastri, ovvero^{22,23}:

1. rimborso dei medicinali dispensati sulla base dei prezzi di rimborso e delle regole fissate a livello nazionale nel *NHS Drug Tariff*, documento aggiornato mensilmente dalla NHS Business Services Authority, che stabilisce per ciascun prodotto o categoria il prezzo di rimborso, le condizioni di erogabilità e le eventuali price concessions, intese come adeguamenti temporanei del prezzo di rimborso in presenza di difficoltà di approvvigionamento o aumenti eccezionali dei prezzi di mercato;

2. pagamento di onorari professionali e altre *fee* per le attività svolte, inclusi compensi per *item* dispensato e per servizi aggiuntivi.

In particolare, per ogni *item*, cioè prescrizione rimborsabile, ogni farmacia percepisce un onorario di dispensazione noto come *Single Activity Fee* (SAF), introdotto per accorpare diversi pagamenti professionali. Il SAF è corrisposto automaticamente per tutti gli *item* eleggibili ed è disciplinato nel *Drug Tariff* (Parte IIIA). Per gli *item* dispensati a partire dal 1° aprile 2025 il suo valore è fissato in £1,46 per *item*. Tale *fee* è corrisposta dal NHS a compensazione dell'atto tecnico-professionale della dispensazione, includendo costi di gestione, tempo dedicato al paziente e attività di counselling. Alla *fee* professionale si affianca il rimborso del medicinale calcolato sul prezzo di rimborso indicato nel *Drug Tariff*, con un impianto che può produrre margini differenziali soprattutto sui generici. Per molti generici il prezzo di rimborso è fissato centralmente e aggiornato con cadenza periodica, specie per quelli compresi nella *Category M*, una sezione del *Drug Tariff* che elenca generici ad alta disponibilità²⁴. Il valore riconosciuto per il rimborso può quindi discostarsi dal costo effettivo di acquisto sostenuto dalla farmacia, perché l'aggiornamento del prezzo avviene secondo criteri nazionali e non coincide necessariamente con le condizioni di acquisto della singola struttura⁵. Quando l'approvvigionamento avviene a un prezzo inferiore rispetto al rimborso riconosciuto, la farmacia realizza un margine positivo sulla singola confezione, con effetti più evidenti nei prodotti a maggiore rotazione.

Tale differenziale viene incanalato in un meccanismo di regolazione del margine complessivo, evitando che l'esito dipenda da dinamiche casuali o puramente locali. La *retained margin*, detta anche *medicine margin*, definisce un obiettivo annuale di margine per l'insieme delle farmacie convenzionate, che l'autorità pubblica monitora e riporta verso il livello programmato intervenendo soprattutto sui prezzi di rimborso della *Category M*. Se le rilevazioni mostrano un margine complessivo superiore al *target*, nei periodi successivi i prezzi della *Category M* vengono corretti al ribasso; se invece il margine risulta inferiore, gli stessi prezzi vengono adeguati al rialzo, così da riallineare la remunerazione complessiva al valore previsto.²⁴

3.2.2 Francia

In Francia è in vigore un sistema misto, basato su margine e onorari, frutto di accordi tra il sindacato dei farmacisti e l'ente assicurativo pubblico^{27,28}. Accanto agli onorari, infatti, la farmacia mantiene una componente di remunerazione incorporata nel prezzo dei medicinali

rimborsabili tramite un margine regolamentato e decrescente per fasce di prezzo (cosiddetta *marge dégressive lissée*), così da contenere la remunerazione sui farmaci più costosi e spostare progressivamente il reddito verso la componente professionale^{27,28}:

- un onorario di dispensazione al pezzo (per confezione) pari a €1,02 *toutes taxes comprises* (TTC);
- un onorario di dispensazione per prescrizione pari a €0,51 TTC;
- per le prescrizioni complesse (almeno 5 linee di specialità rimborsabili dispensate contestualmente), un onorario aggiuntivo per prescrizione pari a €0,31 TTC;
- ulteriori onorari specifici sono previsti per particolari categorie di pazienti: ad esempio, per ogni prescrizione destinata a bambini sotto i 3 anni o anziani sopra i 70 anni viene riconosciuto un compenso extra di circa €1,58 TTC.

Questi *honoraires* sono interamente rimborsati dall'assicurazione sanitaria, con le stesse regole di copertura dei farmaci. L'onorario per confezione è ripartito tra regime obbligatorio ed eventuale mutua complementare secondo le regole di rimborso applicabili al paziente, mentre quello per “ricetta complessa” è coperto dal regime obbligatorio. In pratica il paziente non sostiene costi aggiuntivi (se è coperto al 100%), ma vede indicati questi onorari sul dettaglio del rimborso (*ticket Vitale*), a testimonianza della quota riconosciuta al farmacista per il suo servizio. Con riferimento ai margini, nel 2022 circa il 60-65% del prezzo al pubblico dei farmaci rimborsati spetta al produttore, mentre il restante 35-40% costituisce la remunerazione per distributore e farmacista²⁹. Nello specifico, la farmacia guadagna il 26,10% della parte di prezzo fino a 22,90 € (al netto IVA), il 10,0% per la fascia 22,91–150 € e il 6,0% oltre i 150 €.

L'implementazione degli *honoraires* in Francia è stata motivata esplicitamente dalla volontà di “valorizzare il ruolo di professionista della salute del farmacista e la sua funzione di consiglio al momento della dispensazione”, rendendo la remunerazione meno dipendente dal prezzo e dal volume di confezioni vendute. La logica è quella di separare una parte della remunerazione dalla “mera variabile prezzo”, riconoscendo che la dispensazione include attività professionali standardizzate (verifica di coerenza della prescrizione, controllo di posologia e interazioni, informazione essenziale per l'uso corretto) che devono essere sostenute anche quando il farmaco ha un prezzo basso.

3.2.3 Germania

In Germania la formazione del prezzo al pubblico per i medicinali soggetti a prescrizione è disciplinata in sede federale dalla *Arzneimittelpreisverordnung* (AMPreisV), che stabilisce in modo uniforme i sovrapprezzi di grossisti e farmacie e, di conseguenza, l'impianto della remunerazione della dispensazione. Per i medicinali non soggetti a prescrizione, invece, il prezzo non segue necessariamente la medesima impostazione amministrata, perché gli esercizi possono adottare politiche di prezzo più autonome.

Il perno del modello non consiste semplicemente nel fatto che “esista un prezzo regolato”, dato che questo elemento ricorre in più ordinamenti, bensì nel modo in cui l'onorario della farmacia viene costruito nella dispensazione, cioè come combinazione di una quota fissa per confezione e di una quota percentuale intenzionalmente contenuta, affiancata da componenti destinate a finalità collettive e di sistema, per esempio la copertura di obblighi di servizio come la guardia farmaceutica. La regolamentazione vigente (AMPreisV) prevede una tariffa fissa per confezione pari a 8,35 € e un margine del 3% del prezzo del farmaco³². A ogni dispensazione si applica anche un piccolo sovrapprezzo destinato a finalità di sistema, per esempio il finanziamento del servizio di guardia farmaceutica notturna e festiva tramite un fondo dedicato. Più concretamente, il prezzo finale al pubblico viene calcolato partendo dal prezzo del produttore (*ex-factory*), aggiungendo il margine del grossista, quindi la combinazione “8,35 € + 3% + contributi di sistema” come remunerazione della farmacia e come finanziamento di obblighi e servizi collettivi, e infine l'IVA al 19%^{31,32}.

L'effetto definito “regressivo” non dipende da una percentuale che diminuisce, perché il 3% resta costante, ma dal fatto che, all'aumentare del prezzo del medicinale, la quota fissa in assoluto pesa relativamente meno sul totale e la quota percentuale rimane volutamente contenuta, così che i farmaci molto costosi non producano incrementi proporzionali della remunerazione della farmacia^{31,32}. Questa scelta viene letta come coerente con l'obiettivo di evitare che medicinali ad alto costo determinino incrementi eccessivi della spesa rimborsata dalle casse malattia (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV) e quindi della spesa sostenuta dal sistema sanitario su base solidaristica, orientando la redditività verso i volumi e la continuità di servizio più che verso la selezione di prodotti dal prezzo elevato, anche perché il quadro include meccanismi che incidono sull'onorario netto riconosciuto dalle assicurazioni.^{31,32}

3.2.4 Spagna

In Spagna la remunerazione delle farmacie convenzionate combina una componente percentuale e tariffe fisse per confezione, secondo quanto previsto dal Real Decreto 823/2008. Per i medicinali il cui prezzo *ex-factory* (precio de venta de laboratorio) è pari o inferiore a 91,63 €, il margine della farmacia è fissato al 27,9% del prezzo di vendita al pubblico al netto delle imposte (art. 2, co. 1, RD 823/2008). Per i medicinali con prezzo *ex-factory* superiore a 91,63 € si applicano invece tariffe fisse per confezione: 38,37 € per la fascia 91,63–200 €, 43,37 € per 200–500 € e 48,37 € oltre 500 € per confezione (art. 2, co. 2–4, RD 823/2008). In Spagna è previsto un meccanismo di *claw-back* sulle farmacie, introdotto dal RD 823/2008, che impone deduzioni progressive sul fatturato mensile derivante dalle ricette rimborsate dal SSN. Sotto una certa soglia non si applicano trattenute, mentre oltre scaglioni prefissati vengono applicate aliquote crescenti, così che le farmacie con volumi più elevati restituiscano una quota maggiore allo Stato. In termini sostanziali, il sistema “riassorbe” *ex post* una parte dei ricavi riconosciuti alle farmacie attraverso deduzioni obbligatorie collegate al volume, con la finalità di contenere la spesa pubblica e di mantenere la marginalità complessiva entro limiti programmati⁸⁰.

Ciò contribuisce alla sostenibilità del SSN spagnolo, che storicamente adotta politiche di prezzo e rimborso orientate al controllo della spesa. Un aspetto positivo è che non esiste un incentivo lineare a scegliere un farmaco più caro. Quando la remunerazione passa da un margine percentuale a una tariffa fissa oltre soglia, la relazione tra prezzo e remunerazione si “appiattisce”, riducendo l’interesse economico a spostarsi su prezzi elevati⁸⁰. Se esiste un equivalente più economico, il farmacista non perde economicamente a dispensarlo, e questo allinea gli interessi con il sistema pubblico nel promuovere i generici.

3.2.5 Canada

Il Canada offre un quadro interessante perché, pur avendo un sistema sanitario pubblico (per la componente ospedaliera e per alcuni servizi), la copertura farmaceutica territoriale non è universale a livello federale ma delegata alle province e ad assicurazioni private. Pertanto, i modelli di remunerazione delle farmacie variano da provincia a provincia, sebbene con elementi comuni. In generale, le farmacie canadesi vengono remunerate attraverso tariffe di dispensazione fisse (*dispensing fees*) pagate dagli assicuratori pubblici o privati per ogni prescrizione, e da un *mark-up* sul costo del farmaco. Nei piani pubblici provinciali, in forma schematica, il rimborso alla farmacia combina (i) il costo del medicinale riconosciuto dal piano,

(ii) un *mark-up* regolato dalla provincia, spesso con scaglioni e/o massimali, e (iii) una *dispensing fee* rimborsabile entro limiti e condizioni fissati dalla singola provincia. Anche mantenendo invariata questa struttura, l'entità del rimborso può cambiare in modo significativo per effetto di soglie, eccezioni e criteri applicativi collegati alla ricetta, all'assistito o a contesti specifici di erogazione. Quando si imposta un confronto, risulta quindi più corretto richiamare la regola di rimborso, vale a dire tetto massimo rimborsabile, eventuali differenziazioni per tipologia di ricetta o assistito, oltre a esclusioni e deroghe, invece di isolare una singola cifra che rischia di descrivere male la prassi^{33,34}. Un esempio concreto emerge da una fonte istituzionale del *Saskatchewan Drug Plan*⁶². Per la Provincia dello Saskatchewan è prevista una *dispensing fee* massima rimborsabile pari a CAD \$12,15, circa EUR 7,53 al cambio del 19 febbraio 2026, valida dal 1° giugno 2024. Accanto a questa voce, il piano applica un *mark-up* provinciale sul costo del farmaco organizzato per fasce e con massimali⁶².

Queste tariffe coprono sia la distribuzione che il servizio al paziente. In sintesi, anche in Canada domina un approccio basato su *fee* fisse per ricetta, più eventuali supplementi provinciali (ad esempio per vaccinazioni o *medication review*) quando inclusi nei programmi. Nella logica comparativa, è rilevante che molte province prevedano pagamenti separati per alcuni servizi clinico-assistenziali erogati in farmacia, distinti dalla remunerazione della dispensazione, ma con ampia variabilità regolatoria e tariffaria^{33,34}. Queste cifre fungono da riferimento anche per le assicurazioni private, sebbene nel mercato privato le farmacie possano competere abbassando la propria *dispensing fee* per attrarre clienti. In effetti, vi è concorrenza tra farmacie sul campo delle *dispensing fees*. In alcuni segmenti (catene o canali online), possono essere praticate tariffe più basse come leva commerciale, fermo restando che le regole di rimborso dei piani pubblici fissano comunque tetti e condizioni per la quota rimborsabile^{33,34}.

Tabella 1. *Confronto sintetico dei modelli di remunerazione della dispensazione (Italia e Paesi selezionati).*

Paese	Remunerazione della dispensazione (struttura)	Componente legata al prezzo (margine/aliquota)	Meccanismi di contenimento/spesa e note
Regno Unito	Sistema misto: rimborso del medicinale secondo regole del <i>Drug Tariff</i> +	Margine legato a differenziali tra prezzo di rimborso e condizioni di acquisto, con	Impianto contrattuale (CPCF) con aggiustamenti per

	onorario fisso per <i>item</i> dispensato (SAF)	regolazione <i>ex post</i> del margine complessivo (<i>retained margin/Category M</i>)	riallineare margini e spesa complessiva ^{22,23,24}
Francia	Sistema misto: onorari fissi di dispensazione (per confezione/prescrizione e <i>add-on</i>) + margine regolato	Margine regolamentato e regressivo per fasce di prezzo (<i>marge dégressive lissée</i>)	Scelta esplicita di ridurre la dipendenza dal prezzo e spostare remunerazione verso componente professionale ^{27,28,30}
Germania	Sistema misto: onorario fisso per confezione + aliquota percentuale contenuta + contributi di sistema	Percentuale standardizzata e bassa, con ruolo rilevante della quota fissa	Contenimento degli extra-profitti sui farmaci costosi tramite combinazione quota fissa + % contenuta; quadro federale (AMPreisV) e contributi per obblighi di servizio ^{31,32,60}
Spagna	Sistema misto: margine percentuale sotto soglia + onorario fisso sopra soglia (per fasce)	% fino a soglia e poi componente “appiattita” tramite compensi fissi per fasce	Deduzioni/ <i>claw-back</i> progressivi sul fatturato SSN per contenere la spesa e riassorbire <i>ex post</i> una quota dei ricavi ⁸⁰
Canada	Regola generale: <i>dispensing fee</i> (qui nel testo la chiami sempre onorario fisso per prescrizione) + <i>mark-up</i> ; assetto provinciale	<i>Mark-up</i> e massimali variabili per provincia (non uniformi a livello federale)	Massimali e condizioni di rimborso nei piani pubblici provinciali; forte variabilità regolatoria ^{33,34,62}
Italia (post 2024)	Sistema misto: onorario fisso per confezione + aliquota percentuale ridotta, con componenti correttive	Aliquota percentuale ridotta rispetto al passato; quota fissa centrale nella costruzione del ricavo	Meccanismi di tutela della capillarità e monitoraggio; traiettoria di progressivo svincolo dal prezzo, coerente con trend europeo ^{2,18,19,20,21}

3.3 Confronto tra Italia e altri Paesi europei: trend di convergenza verso il modello misto

L’analisi comparativa dei modelli di remunerazione evidenzia una convergenza generale verso sistemi “misti”, nei quali la remunerazione del farmacista non dipende più unicamente da un

marginale, ma combina componenti fisse per ogni dispensazione e componenti variabili legate al prezzo³. In più, in diversi Paesi una quota crescente di pagamenti tende a essere collegata a prestazioni professionali ulteriori rispetto alla dispensazione, cioè attività che richiedono valutazione e presa in carico (ad esempio revisione della terapia, supporto all'aderenza, prevenzione e vaccinazioni quando incluse nei programmi)^{8,57}. La riforma introdotta in Italia nel 2024 si inserisce chiaramente in questo trend internazionale, avvicinando il nostro Paese alle esperienze di Francia, Germania, Regno Unito e ad altri modelli europei che hanno progressivamente “spostato” una parte della remunerazione su quote fisse e su pagamenti legati a obiettivi/servizi, pur mantenendo differenze nei meccanismi contrattuali e nel ruolo delle Regioni^{3,7,8}.

Guardando alle convergenze con le esperienze europee, emerge innanzitutto la diffusione della quota fissa per la dispensazione, perché in molti Paesi il modello remunerativo prevede un importo predeterminato riconosciuto per ogni confezione consegnata al cittadino. L'introduzione di quote fisse anche in Italia si colloca quindi dentro una *best practice* già consolidata, nella misura in cui sposta l'attenzione dalla variabilità del prezzo del farmaco alla valorizzazione dell'atto di dispensazione come attività professionale e ripetibile. Il punto tecnico, infatti, è che la quota fissa remunera la dispensazione come processo standardizzato, con passaggi verificabili e responsabilità definite, e non come semplice “passaggio commerciale”, facendo sì che il prezzo unitario del medicinale diventi meno determinante nella costruzione del compenso e che il valore venga ricondotto al servizio erogato in sé^{3,27,31}. Una seconda convergenza riguarda la riduzione del margine percentuale e la sua maggiore omogeneità lungo la scala dei prezzi, perché i modelli considerati tendono a contenere l'incidenza della componente a margine sui farmaci ad alto costo, così da limitare effetti distorsivi e rendite legate al solo valore economico del prodotto. Prima della riforma, l'Italia presentava un margine teorico del 30,35%, temperato da sconti regressivi, e questa impostazione la avvicinava, per struttura generale, a quella spagnola, nella quale il margine percentuale si colloca intorno al 27,9% e viene accompagnato da tetti fissi^{31,32}.

Con l'introduzione di un 6% fisso, invece, l'Italia sceglie un'aliquota unica molto più bassa e identica per tutte le fasce di prezzo, con l'effetto di rendere meno “premiante” l'aumento del prezzo unitario del medicinale e di ricondurre la crescita della remunerazione entro un perimetro più prevedibile. Il risultato diventa ancora più evidente quando la percentuale viene

letta insieme alla quota fissa, perché la composizione del compenso cambia in modo diverso a seconda che si tratti di un farmaco economico o di un farmaco costoso. Nei prodotti a basso prezzo, la quota fissa tende a rappresentare una parte relativamente più alta della remunerazione complessiva, proprio perché un importo predeterminato pesa di più quando la base su cui si calcola la percentuale è ridotta. Al contrario, nei prodotti ad alto costo, la componente percentuale contenuta impedisce che la remunerazione cresca in modo proporzionale al prezzo, riducendo il rischio che la spesa venga trainata da incentivi impliciti legati al valore del singolo pezzo più che alla qualità del processo di dispensazione.^{31,32}

4. REMUNERAZIONE DEI SERVIZI IN FARMACIA

4.1 Evoluzione della “Farmacia dei Servizi” in Italia

Il concetto di “Farmacia dei Servizi” viene formalizzato con la Legge 69/2009, con l’articolo 11 che prevede una delega al Governo finalizzata a introdurre, nel SSN, servizi ulteriori rispetto alla dispensazione tradizionale. La stessa L. 69/2009 riconosce che la farmacia può affiancare alla consegna del medicinale una serie di attività di carattere sociosanitario, rendendo possibile, ad esempio, la realizzazione di campagne di educazione sanitaria, iniziative di *screening* e prevenzione, e anche la funzione di supporto amministrativo tramite la prenotazione di visite ed esami specialistici. L’elemento qualificante, già in questa prima impostazione, non è l’aggiunta generica di “più cose da fare”, ma l’idea di una farmacia integrata nella rete territoriale, con compiti che intercettano bisogni semplici e frequenti e che, proprio per questo, possono essere gestiti vicino al cittadino senza richiedere ogni volta l’accesso a strutture più complesse. Un passaggio del genere, quando viene letto in chiave organizzativa, porta a distinguere tra servizi che alleggeriscono i canali di accesso e servizi che migliorano la continuità assistenziale, e questa distinzione diventa cruciale nel momento in cui si discute di misurabilità, rendicontazione e sostenibilità economica.³⁵

Il successivo D.Lgs. 153/2009 interviene a precisare con maggiore dettaglio quali prestazioni possono essere ricondotte alla farmacia. Tra i servizi esplicitati, un nucleo particolarmente rilevante è quello dell’assistenza domiciliare integrata, che include attività diverse ma tra loro coerenti, perché ruotano tutte attorno al domicilio come *setting* assistenziale appropriato quando le condizioni cliniche o sociali lo richiedono. In questa cornice operativa la farmacia può occuparsi della dispensazione e della consegna a domicilio di farmaci e dispositivi medici, può gestire miscele per la nutrizione parenterale, e può svolgere anche la dispensazione per conto delle strutture sanitarie per quei medicinali che rientrano nella distribuzione diretta. Alla componente logistica si affianca poi una componente professionale, perché viene contemplata la messa a disposizione presso il domicilio di operatori sociosanitari, infermieri e fisioterapisti, così da rendere concretamente eseguibili prestazioni richieste dal medico senza obbligare la persona fragile a spostamenti inutili. La finalità dichiarata dell’assistenza domiciliare integrata è migliorare la qualità di vita di pazienti affetti da patologie cronico-degenerative o temporaneamente non autosufficienti, offrendo un’assistenza erogata direttamente a casa e più compatibile con i limiti funzionali e con i carichi familiari. Sullo sfondo, e senza trasformare il

tema in una digressione, resta evidente che un corretto spostamento di attività verso contesti meno costosi, quando clinicamente appropriato, può produrre anche risparmi per la spesa pubblica, perché riduce accessi impropri e impiega risorse specialistiche solo dove davvero necessarie.³⁶

Un'altra direttrice prevista dal decreto riguarda la collaborazione delle farmacie a iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei farmaci prescritti e il relativo monitoraggio, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica⁵⁸. Qui l'aderenza è richiamata come obiettivo operativo di iniziative di supporto e monitoraggio a cui la farmacia può contribuire con attività tracciabili e verificabili, ad esempio attraverso controlli periodici sull'uso corretto dei medicinali prescritti, colloqui strutturati documentabili e, quando previsto, la partecipazione a programmi specifici di farmacovigilanza⁵⁸. Il miglioramento dell'aderenza ha conseguenze concrete sull'efficacia e sulla sicurezza delle terapie, perché riduce il rischio di ospedalizzazione e può diminuire la probabilità di complicanze legate alla patologia trattata. Le ragioni di una scarsa aderenza sono spesso plurime e non riconducibili a un solo fattore, dal momento che possono pesare la complessità dei trattamenti, la dimenticanza, una conoscenza incompleta della malattia, un controllo insufficiente nel tempo, la depressione, il decadimento cognitivo, oppure informazioni lacunose o contraddittorie rispetto a dosi e tempi di assunzione⁵⁸. Davanti a questa varietà di cause, le strategie utilizzate per migliorare l'aderenza includono la semplificazione dei regimi terapeutici quando possibile, l'uso di promemoria e istruzioni scritte, l'adattamento dell'intervento al profilo del paziente e la promozione di campagne di educazione sanitaria che chiariscano il valore di un'assunzione corretta⁵⁸. Ciò che rende davvero "remunerabile" e valutabile l'intervento, soprattutto nei progetti regionali, è però la standardizzazione dell'informazione essenziale e la presenza di una tracciabilità minima del supporto fornito, perché senza un minimo comune denominatore diventa difficile dimostrare che la prestazione è stata svolta in modo coerente con un protocollo operativo condiviso, quindi con contenuti minimi, modalità di erogazione e criteri di registrazione definiti dal programma, e confrontabile tra farmacie e nel tempo⁵⁸. In questo senso, il farmacista assume un impegno informativo e relazionale che non si esaurisce nella consegna del prodotto, dato che fornisce informazioni complete sui farmaci al paziente e, quando necessario, alla figura di assistenza familiare, mantenendo un raccordo con medici e altri professionisti coinvolti per sostenere un approccio multidisciplinare e calibrato sul caso⁵⁸.

Chiude il quadro dei servizi delineati dal D.Lgs. 153/2009 l'erogazione di prestazioni di primo e secondo livello, tra i quali rientrano attività analitiche di prima istanza legate all'autocontrollo, l'effettuazione di test diagnostici, e anche la partecipazione a campagne vaccinali quando previste dalle programmazioni nazionali o regionali. A queste funzioni si aggiunge il supporto al cittadino lungo alcuni passaggi amministrativi che spesso rappresentano un ostacolo pratico, perché la farmacia può assistere nella prenotazione, nel pagamento e nel ritiro dei referti, contribuendo a semplificare il percorso e a ridurre errori o rinvii dovuti a procedure complesse. Letto nel suo insieme, il disegno che emerge non coincide con una somma eterogenea di attività, ma con una progressiva definizione di processi ripetibili e verificabili, nei quali la prossimità territoriale diventa una leva per intercettare bisogni frequenti, alleggerire alcune funzioni dei servizi tradizionali e, soprattutto, rendere più fluida l'esperienza del cittadino nel rapporto con il SSN.³⁶

Sono stati in seguito pubblicati i seguenti decreti attuativi:

- Decreto 16 dicembre 2010 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011), che regola i limiti e le condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza;
- Decreto 16 dicembre 2010 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011), che disciplina l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali;
- Decreto 8 luglio 2011 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1° ottobre 2011), che riguarda i servizi di prenotazione di visite, pagamento e ritiro referti.

In seguito, con la L. 205/2017 (Legge di bilancio 2018), la Farmacia dei Servizi è diventata realtà, con l'avvio di una sperimentazione (per il triennio 2018-2020) in nove regioni italiane (Piemonte, Lazio, Puglia, Lombardia, Emilia-Romagna, Sicilia, Veneto, Umbria, Campania), finanziata con 36 milioni di euro e successivamente estesa al biennio 2021-2022 e a tutte le altre regioni a statuto ordinario con un finanziamento di 50,6 milioni di euro. La selezione iniziale delle nove regioni rispondeva a una logica sperimentale di copertura territoriale e organizzativa, così da testare l'erogazione dei servizi in contesti demografici e di rete farmaceutica differenti prima dell'estensione³⁵.

La Conferenza Stato-Regioni del 17 ottobre 2019 ha distinto tre tipologie di servizi:

- servizi cognitivi, che riguardano il monitoraggio dell'aderenza terapeutica;
- servizi di *front-office*, come la consultazione in farmacia del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'adesione e l'attivazione in farmacia del FSE da parte dei cittadini/pazienti;
- prestazioni analitiche di prima istanza, come i servizi di telemedicina (Holter pressorio, Holter cardiaco, ECG) e l'adesione delle farmacie a campagne di *screening* per il tumore del colon-retto.

La pandemia Covid ha poi fortemente accelerato questa evoluzione, affidando alla farmacia ulteriori servizi, tra cui attività di vaccinazione e l'esecuzione di test, sulla base di interventi normativi emergenziali e successive conversioni che hanno disciplinato ruoli, requisiti e modalità operative, rendendo possibile l'integrazione di tali attività nel perimetro della farmacia territoriale⁶³. In parallelo, modifiche e integrazioni del D.Lgs. 153/2009 (anche tramite leggi di bilancio) hanno esplicitato e ampliato alcune tipologie di prestazioni, come la telemedicina e attività correlate, collegandole a cornici attuative regionali⁶⁴.

Negli anni seguenti il quadro normativo è stato potenziato soprattutto attraverso le leggi di bilancio. In particolare, la L. 160/2019 (Bilancio 2020) ha introdotto integrazioni rilevanti per la sperimentazione e per l'ampliamento del perimetro dei servizi, mentre ulteriori proroghe e rifinanziamenti sono stati disposti negli anni successivi, anche in relazione all'estensione temporale e territoriale della sperimentazione⁶⁴. A livello regionale, delibere attuative hanno definito volumi e tariffe per specifiche linee (ad esempio telemedicina), chiarendo la traduzione "economica" dei servizi in accordi operativi⁶⁵.

4.2 Copertura dei servizi in farmacia

I servizi offerti in farmacia in Italia possono essere suddivisi in due categorie: quelli a carico del SSN (gratuiti per il paziente) e quelli a carico del cittadino. I servizi a carico del SSN rientrano principalmente nelle sperimentazioni o convenzioni regionali della "Farmacia dei Servizi". Per questi servizi la farmacia viene rimborsata dalla Regione, utilizzando fondi statali finalizzati o risorse proprie, secondo tariffe concordate negli accordi sperimentali o nelle convenzioni con le autorità sanitarie regionali. In alcuni casi la remunerazione è organizzata a plafond o a budget per linea di attività, cioè con un finanziamento complessivo collegato a un

volume programmato di prestazioni in un determinato periodo, con regole di rendicontazione e di monitoraggio dell'appropriatezza⁶⁵.

Tra i servizi a carico del SSN si ricordano i programmi di *screening* e prevenzione, i servizi di telemedicina e monitoraggio, le vaccinazioni nelle campagne nazionali o regionali e il supporto all'aderenza terapeutica per pazienti cronici. Le compartecipazioni alla spesa (*ticket*) sono rare e limitate a specifici contesti regionali. Secondo dati Federfarma nel 2023–24 le farmacie italiane hanno erogato 5 milioni di test per lo *screening* del colon-retto (nell'ambito di programmi regionali) e 1 milione di prestazioni di telemedicina (tra ECG, Holter e telemonitoraggi)^{37,38,39}.

I servizi a carico del paziente sono generalmente prestazioni non incluse in programmi SSN attivi in farmacia, oppure prestazioni offerte come autocontrollo/consulenza al di fuori di sperimentazioni, accordi o percorsi remunerati dal sistema pubblico. È importante distinguere tra prestazione potenzialmente riconducibile ai LEA (Livelli essenziali di assistenza) in altri *setting* e prestazione effettivamente erogata a carico SSN in farmacia. In assenza di un progetto o accordo regionale che includa quella specifica attività nel perimetro SSN remunerato in farmacia, la stessa attività può restare a pagamento anche se, in altri contesti assistenziali, esistono canali pubblici di erogazione⁶⁵. Il prezzo è definito autonomamente dalla farmacia, generalmente contenuto.

Un passaggio recente e rilevante è la nuova Convenzione (Accordo Collettivo Nazionale, ACN) pubblicata in Gazzetta Ufficiale, che aggiorna la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private e include una parte riferita ai servizi erogabili in farmacia. In particolare, l'ACN rafforza la cornice entro cui i servizi vengono programmati e remunerati tramite accordi integrativi regionali, precisando il raccordo tra requisiti, modalità di erogazione e definizione delle tariffe a livello territoriale⁵⁹; il passaggio è rilevante perché collega in modo più esplicito la "lista dei servizi" alla loro sostenibilità economica, demandando alle Regioni la traduzione in tariffe/volumi ma dentro una cornice nazionale aggiornata.

Il nuovo ACN del 2024, sottoscritto il 20 dicembre 2024 e recepito con intesa in Conferenza Stato-Regioni il 6 marzo 2025, disciplina le attività vaccinali in farmacia⁴⁴, definendo i requisiti minimi (allestimento, personale formato) e rimandando alle Regioni le modalità di

remunerazione. L'ACN include esplicitamente “programmi di medicina preventiva, informazione ed educazione sanitaria” fra i servizi erogabili in farmacia⁴⁸.

Si riporta di seguito una tabella dei principali servizi in farmacia con relative modalità di finanziamento.

Tabella 2. Principali servizi in farmacia a livello regionale e relativo finanziamento.

Regione	Tipologia di servizi (esempi)	Remunerazione / copertura (esempi)
Lombardia	Telemedicina (ECG, Holter cardiaco/pressorio); <i>screening</i> colon-retto; vaccinazioni (influenza, Covid)	SSN con tariffe regionali esplicite per telemedicina (ECG €25; Holter cardio €63,30; Holter pressorio €42,20) e integrazione con canali regionali di prenotazione/refertazione ⁶⁵
Piemonte	Telemedicina cardiologica; misurazione pressione; <i>screening</i> e prevenzione; vaccinazioni (influenza, Covid); campagne informative	Copertura SSN per categorie eleggibili con servizi spesso senza <i>ticket</i> e supporto regionale alla comunicazione/adozione; atti e campagne regionali rendono “visibile” il paniere dei servizi e le condizioni di accesso ^{45,66}
Emilia-Romagna	Telemedicina (ECG, Holter); vaccini Covid/Influenza; programmi di monitoraggio e aderenza; <i>front-office</i> FSE; <i>screening</i> (colon-retto, HCV)	Tariffe regionali per telemedicina (ECG €12,50; Holter cardio €61,95; Holter pressorio €41,30) e accordi applicativi con rappresentanze delle farmacie; implementazione per <i>step</i> con dotazione progressiva dei dispositivi ^{43,68}
	Telemedicina (holter cardiaco); supporto diabetici	Sperimentazioni regionali con integrazione CUP e

Toscana	(aderenza); vaccini Covid/Influenza (prenotabili via CUP)	refertazione specialistica, copertura SSN per assistiti eleggibili; protocolli regionali per telemedicina e cronicità con tracciabilità nel Fascicolo Sanitario ^{51,67}
Lazio	Telemedicina (ECG, Holter); vaccinazioni (influenza, Covid); supporto FSE e prevenzione	Sperimentazione regionale 2025 con volumi programmati e tariffe regionali SSN (ECG €11,60; Holter cardio €61,95; Holter pressorio €41,30), con prescrizione e refertazione accreditata ^{41,69,70}
Friuli-Venezia Giulia	Vaccini Covid/Influenza; <i>screening</i> colon-retto e HCV; telemedicina (ECG, Holter, spirometria); educazione sanitaria	Accordi regionali e protocolli attuativi con fondi dedicati e integrazione con CUP/FSE; la definizione tariffaria può avvenire tramite convenzioni specifiche e allegati regionali ^{53,54,71}

4.3 Telemedicina, *screening*, educazione sanitaria, supporto all'aderenza

Negli ultimi anni le farmacie italiane hanno ampliato le prestazioni sanitarie offerte, affiancando ai servizi tradizionali attività di prevenzione e soluzioni di telemedicina. Tra le novità più rilevanti rientrano i servizi di telecardiologia, con ECG basali e Holter cardiaco o pressorio, svolti in collaborazione con centri specialistici. Nel 2024 oltre 11.300 farmacie hanno erogato servizi di telemedicina, effettuando complessivamente 904.601 prestazioni (di cui 574.870 ECG, 192.125 Holter cardiaco, 108.315 Holter pressorio)^{37,40}. Questi esami risultano prenotabili in farmacia, talvolta attraverso il CUP regionale, e richiedono prescrizione medica oltre alla refertazione da parte di cardiologi accreditati^{41,42}. La definizione tariffaria, per ECG e Holter, poggia sul fatto che si tratta di prestazioni già codificate nel nomenclatore nazionale della specialistica ambulatoriale dei LEA, mentre manca un “nomenclatore tariffario nazionale” che identifichi come voce autonoma l'erogazione in farmacia tramite telemedicina, poiché questo profilo viene regolato e remunerato mediante atti e accordi regionali. Le tariffe vengono

quindi fissate su base regionale o tramite intese specifiche, per esempio la Lombardia ha stabilito €25 per ECG, €63,30 per Holter cardiaco e €42,20 per Holter pressorio⁶⁵, mentre Lazio ed Emilia-Romagna si attestano su valori analoghi, con un intervallo di €11,60-€12,50 per ECG, €61,95-€63,30 per Holter cardiaco e €41,30-€42,20 per Holter pressorio, secondo i rispettivi atti e accordi regionali^{41,43,69}.

Le farmacie sono coinvolte anche nei test diagnostici rapidi. Durante la pandemia di COVID-19 hanno svolto un ruolo chiave su questo aspetto. Nella fase di massima domanda, la capacità di erogazione quotidiana dei test antigenici in farmacia ha raggiunto volumi molto elevati su scala nazionale, contribuendo a rendere più accessibile il testing sul territorio, in particolare per i cittadini con minore prossimità ai servizi ospedalieri⁴⁵. Ancora oggi molti esercizi offrono tamponi rapidi, regolamentati a prezzo calmierato (massimo €15 per tampone per i maggiorenni)⁴⁶. Tale passaggio ha consolidato competenze operative ormai “standardizzate” nella farmacia di comunità, come gestione dei flussi, triage informativo e tracciabilità dell’atto, che risultano coerenti anche con altri servizi di prossimità (*screening*, educazione sanitaria, supporto all’aderenza)^{35,40}.

Parallelamente è stato potenziato il servizio di somministrazione vaccinale. I farmacisti di comunità eseguono da anni vaccinazioni antinfluenzali e anti-Covid (ora integrate anche nella campagna stagionale) e in alcuni casi altri vaccini (ad esempio anti-pneumococco). Secondo dati FOFI (Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani), nella campagna 2023/24 le farmacie lombarde hanno somministrato quasi 600.000 vaccini (308.088 antinfluenzali e 289.400 anti-Covid)⁴⁷, con un’incidenza particolarmente significativa tra le fasce che beneficiano di canali di accesso più “vicini” e rapidi, soprattutto persone anziane e soggetti fragili, e più in generale cittadini che privilegiano la prossimità e tempi di attesa ridotti^{47,49}.

In ottica di *screening* e prevenzione, le farmacie promuovono campagne educative e diagnostiche. Un ambito di particolare impatto è lo *screening* oncologico colon-rettale, dove la farmacia funge da canale di prossimità per informazione, consegna/ritiro dei kit e orientamento del cittadino nel percorso. Nella sperimentazione 2023-2024, nelle regioni coinvolte, sono stati effettuati circa 5 milioni di test per il tumore colon-rettale⁴⁰. Un’indagine di Cittadinanzattiva-Federfarma segnala che il 78,4% delle farmacie ha partecipato ai programmi di *screening* colon-retto nel 2022 (dal 18% del 2018)⁴⁸. Numerose farmacie partecipano anche a progetti di

prevenzione cardiovascolare (*screening* di ipertensione, diabete, dislipidemia) e ad attività educazionali (campagne sul diabete, lotta al fumo, obesità, promosse da Regioni, ISS (Istituto Superiore di Sanità) o società scientifiche). Nei servizi di prevenzione i farmacisti forniscono informazioni sui corretti stili di vita e istruiscono all'uso dei dispositivi (pressione, glicemia), contribuendo all'educazione sanitaria territoriale ^{40,49}.

Molte farmacie affiancano il paziente cronico con il monitoraggio dell'aderenza terapeutica. Nell'ambito della "farmacia dei servizi" sono attivi progetti di revisione della terapia e promemoria di assunzione per ipertesi, diabetici, BPCO, ecc. Nel 2024 sono state realizzate oltre 55.000 verifiche di aderenza farmacologica nelle farmacie⁴⁰. L'attività di "medicine therapy management" prevede consulenze periodiche e verifiche dell'assunzione dei farmaci, tipicamente su pazienti fragili; questo tipo di presa in carico richiede procedure minime condivise (criteri di eleggibilità, frequenza dei *follow-up*, gestione delle non-aderenze) e strumenti di documentazione, così da rendere l'intervento valutabile e integrabile con la medicina generale e con i servizi territoriali^{40,59}.

4.3.1 Focus sulle principali Regioni italiane

Le regioni Piemonte, Lombardia, Friuli- Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio sono incluse perché rappresentano: (i) contesti che hanno formalizzato in modo relativamente precoce e strutturato l'erogazione di servizi in farmacia (telemedicina, vaccinazioni, *screening* e, in alcuni casi, aderenza); (ii) aree con atti regionali e accordi operativi pubblici che rendono confrontabili modelli organizzativi e forme di copertura economica; (iii) territori collocati in macro-aree diverse (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro), utili per evidenziare differenze applicative senza ridurre la lettura a un solo contesto locale^{35,59,65,66,67,68,69,71}.

In questi territori le farmacie hanno introdotto progressivamente servizi di telemedicina, attività vaccinali, programmi di *screening* e iniziative di prevenzione, diventando un punto di riferimento sanitario sempre più integrato nella rete territoriale.

4.3.1.1 Piemonte

La regione finanzia dal 2020 una “farmacia dei servizi” capillare. I servizi attivi comprendono telemedicina cardiologica (con una quota elevata di farmacie abilitate) e misurazione della pressione (diffusa in modo pressoché generalizzato). Oltre la metà delle farmacie eroga vaccini antinfluenzali e anti-Covid⁴⁵. La Regione ha lanciato nel 2025 una campagna di comunicazione “Fai prevenzione, entra in farmacia” per sensibilizzare i cittadini sui servizi gratuiti disponibili in farmacia (finanziati dal SSN per le categorie eleggibili)^{45,38}. Le prestazioni (*screening*, telemedicina, vaccinazioni) sono in gran parte erogate senza *ticket* per gli assistiti aventi diritto⁴⁵. Sotto il profilo regolatorio, l’assetto piemontese è rilevante perché definisce cornici operative e canali informativi regionali che puntano ad aumentare l’accesso, riducendo barriere di conoscenza del servizio e “non-uso” per ragioni informative^{45,66}.

4.3.1.2 Lombardia

La regione Lombardia, con la Delibera n. XII/2405, ha avviato l’adesione sul portale regionale alla sperimentazione di ECG (€25), Holter cardiaco (€63,30) e pressorio (€42,20)⁶⁵. Le farmacie possono prenotare gli esami tramite l’app Farmacia Aperta e Cup regionale. Nella campagna vaccinale 2023/24 i farmacisti lombardi hanno somministrato circa 600.000 vaccini (308.088 antinfluenzali e 289.400 anti-Covid)⁴⁷. L’elemento distintivo è l’integrazione fra prenotazione, refertazione e disponibilità del referto nel percorso digitale regionale, che rende più semplice la misurabilità del servizio e la sua rendicontazione^{65,42}.

4.3.1.3 Emilia-Romagna

Dall’estate 2023 è in vigore un protocollo biennale tra Regione e rappresentanze delle farmacie convenzionate (in particolare Federfarma e Assofarm), orientato ad ampliare servizi e modalità di integrazione con il territorio⁶⁸. Le farmacie convenzionate erogano una pluralità di servizi sanitari. Tra questi rientrano:

- monitoraggio dell’aderenza terapeutica, consulenze farmacologiche e segnalazione di reazioni avverse;
- *front-office* per il FSE;
- servizi di telemedicina cardiologica; somministrazione di vaccini Covid-19 e antinfluenzali;
- iniziative di prevenzione (ad esempio, *screening* oncologici e attività di *counseling* mirato)^{50,68}.

La Regione ha destinato fondi e definito tariffe regionali per ECG (€12,50) e Holter (€61,95/€41,30) secondo gli atti regionali applicativi^{43,68}. Secondo Federfarma Emilia-Romagna, nelle farmacie convenzionate si sono superate le 30.000 vaccinazioni totali (influenza e Covid) nella fase iniziale di implementazione del percorso regionale, con progressivo ampliamento dei punti erogatori⁵⁰. Complessivamente circa il 37% delle farmacie regionali dispone già dei dispositivi per ECG/Holter⁴³.

4.3.1.4 Friuli-Venezia Giulia

Nel giugno 2023 la Regione ha avviato un quadro di accordi con le rappresentanze delle farmacie, con atti regionali che includono anche profili organizzativi di integrazione tra farmacie e servizi territoriali⁷¹. Il protocollo prevede il potenziamento della farmacia dei servizi: erogazione di vaccini Covid-19 e antinfluenzali in farmacia, partecipazione ai programmi di *screening* colon-retto e HCV, promozione del FSE tramite CUP in farmacia^{53,54}. Sono previsti inoltre servizi di telemedicina (holter pressorio, cardiaco, ECG, spirometria) in linea con le indicazioni nazionali. Le nuove attività sono regolate da specifiche convenzioni e protocolli regionali, con fondi dedicati⁵⁴.

4.3.1.5 Toscana

Nel 2023 la Giunta regionale ha approvato protocolli specifici per ampliare i servizi in farmacia. Sono stati attivati due progetti sperimentali di telemedicina e di supporto alla cronicità con una logica “per percorsi”, cioè con prenotazione, esecuzione in farmacia, refertazione specialistica e ritorno dell’informazione al cittadino in canali tracciabili⁶⁷. In soli due mesi oltre 680 farmacie hanno aderito, 438 per l’holter cardiaco e 201 per il supporto ai diabetici. L’esame è prenotabile via CUP e refertato da cardiologi della Fondazione Monasterio, con deposito nel Fascicolo Sanitario del paziente^{51,67}. Le vaccinazioni (influenza, Covid) in farmacia sono gestite attraverso il portale regionale Prenota Vaccino. La Regione ha stabilito tariffe SSN convenzionali per ECG/Holter, e copre i costi del servizio senza oneri per gli assistiti eleggibili⁶⁷.

4.3.1.6 Lazio

Con deliberazioni regionali del 2025, la Regione Lazio ha approvato la sperimentazione della farmacia dei servizi e la remunerazione SSN di prestazioni di telemedicina (in particolare ECG

e Holter) in farmacia, definendo volumi e tariffe regionali. La cornice attuativa indica volumi programmati nell'ordine di decine di migliaia di ECG e migliaia di Holter su base annua^{41,70}. Le tariffe approvate sono €11,60 per ECG, €61,95 per Holter cardiaco, €41,30 per Holter pressorio (esenti IVA)^{41,69}. Per accedere al servizio è richiesta prescrizione su ricetta rossa e utilizzo di *provider* e centri di refertazione accreditati^{41,69}. Oltre alla telemedicina, le farmacie laziali supportano i cittadini nell'attivazione del FSE e partecipano regolarmente alle campagne vaccinali (gratuite)⁴⁰.

La scelta comparativa di queste regioni risponde a un criterio operativo. Si tratta di territori che, per dimensione dei bacini assistiti e per grado di formalizzazione degli atti, rendono osservabili tre variabili che incidono direttamente sulla sostenibilità della “farmacia dei servizi”: (a) l'ampiezza del set di servizi effettivamente erogati (telemedicina, vaccini, *screening*, aderenza); (b) la modalità di accesso e integrazione con i canali regionali (CUP, FSE, piattaforme di refertazione); (c) la forma di copertura economica, che può essere SSN con tariffa regionale, sperimentazione con volumi programmati, oppure combinazioni con *ticket* o prestazioni private, il che consente di chiudere la parte Italia con una lettura che collega “cosa si fa” e “come viene pagato”, prima di passare al confronto internazionale^{65,66,67,68,69,71}.

Tabella 3. *Principali servizi in farmacia e forme di remunerazione/copertura nelle regioni considerate.*

Regione	Tipologia di servizi (esempi)	Remunerazione / copertura (esempi)
Piemonte	Telemedicina cardiologica; misurazione pressione; <i>screening</i> e prevenzione; vaccinazioni (influenza, Covid); campagne informative	Copertura SSN per categorie eleggibili con servizi spesso senza <i>ticket</i> e supporto regionale alla comunicazione/adozione; atti e campagne regionali rendono “visibile” il paniere dei servizi e le condizioni di accesso ^{45,66}
Lombardia	Telemedicina (ECG, Holter cardiaco/pressorio); <i>screening</i> colon-retto; vaccinazioni (influenza, Covid)	SSN con tariffe regionali esplicite per telemedicina (ECG €25; Holter cardio €63,30; Holter pressorio €42,20) e integrazione

		con canali regionali di prenotazione/refertazione ⁶⁵
Friuli-Venezia Giulia	Vaccini Covid/Influenza; <i>screening</i> colon-retto e HCV; telemedicina (ECG, Holter, spirometria); educazione sanitaria	Accordi regionali e protocolli attuativi con fondi dedicati e integrazione con CUP/FSE; la definizione tariffaria può avvenire tramite convenzioni specifiche e allegati regionali ^{53,54,71}
Emilia-Romagna	Telemedicina (ECG, Holter); vaccini Covid/Influenza; programmi di monitoraggio e aderenza; <i>front-office</i> FSE; <i>screening</i> (colon-retto, HCV)	Tariffe regionali per telemedicina (ECG €12,50; Holter cardio €61,95; Holter pressorio €41,30) e accordi applicativi con rappresentanze delle farmacie; implementazione per step con dotazione progressiva dei dispositivi ^{43,68}
Toscana	Telemedicina (holter cardiaco); supporto diabetici (aderenza); vaccini Covid/Influenza (prenotabili via CUP)	Sperimentazioni regionali con integrazione CUP e refertazione specialistica, copertura SSN per assistiti eleggibili; protocolli regionali per telemedicina e cronicità con tracciabilità nel Fascicolo Sanitario ^{51,67}
Lazio	Telemedicina (ECG, Holter); vaccinazioni (influenza, Covid); supporto FSE e prevenzione	Sperimentazione regionale 2025 con volumi programmati e tariffe regionali SSN (ECG €11,60; Holter cardio €61,95; Holter pressorio €41,30), con prescrizione e refertazione accreditata ^{41,69,70}

4.4. Remunerazione dei servizi negli altri Paesi

La selezione dei casi segue un criterio di confronto che mette accanto (i) alcuni tra i principali sistemi europei, caratterizzati da assetti nazionali relativamente stabilizzati e da meccanismi espliciti di remunerazione dei servizi oltre la dispensazione (Francia e Germania), (ii) un comparatore europeo non-UE di particolare rilievo, sia per ampiezza sia per standardizzazione

delle regole contrattuali e di rendicontazione (Regno Unito), e (iii) alcune esperienze extraeuropee utili a osservare come variano perimetro dei servizi e sostenibilità economica quando l'organizzazione sanitaria è federale o fortemente decentrata (Canada e Stati Uniti), oppure quando sono previsti accordi nazionali pluriennali che finanziano sia la dispensazione sia programmi professionali (Australia e Nuova Zelanda). Per ciascun Paese vengono richiamati sia gli elementi portanti della remunerazione della dispensazione, includendo *fee* e/o margini con relativi meccanismi di aggiustamento, sia le principali modalità di finanziamento dei servizi professionali, in modo da mantenere la comparazione coerente con l'analisi dei sistemi di remunerazione della farmacia sviluppata nei paragrafi precedenti.

4.4.1 Paesi UE

4.4.1.1 Francia

Le farmacie francesi erogano diversi servizi remunerati. In particolare, rientrano colloqui strutturati di accompagnamento del paziente (*entretiens pharmaceutiques*), test diagnostici rapidi (TROD) e vaccinazioni per campagne nazionali (influenza, COVID). Il sistema di remunerazione differenzia tra: (a) remunerazioni per atti specifici (ad esempio *counseling* strutturato in percorsi definiti); (b) remunerazioni legate a obiettivi o indicatori di salute pubblica. In Francia è attivo un sistema di remunerazioni su obiettivi (ROSP) che assegna premi economici alle farmacie che raggiungono determinati target⁵⁶. Inoltre, alcune misure introdotte con riforme e accordi recenti hanno previsto componenti forfettarie o annuali legate all'attivazione di percorsi e al raggiungimento di condizioni minime, evitando di interpretare importi "alti" come compensi per un singolo colloquio⁷³. Il finanziamento avviene tramite convenzione nazionale con l'*Assurance Maladie*, con una combinazione di *fee* per prestazione e incentivi legati a risultati (modello misto che affianca remunerazione per atti e logiche P4P)^{56,73}.

Insieme alla remunerazione della dispensazione, in Francia sono previsti anche meccanismi specifici di remunerazione per "atti" e per obiettivi (ad esempio remunerazioni su obiettivi/indicatori e atti professionali definiti), che servono a collegare parte dei pagamenti a qualità ed estensione del ruolo professionale, oltre la vendita del prodotto⁵⁶. In termini di comparazione, il punto non è solo "che esistono servizi pagati", ma che la convenzione nazionale rende riconoscibile una doppia leva, *fee* per atto codificato e premi/*forfait* su obiettivi,

con regole di dichiarazione e fatturazione che permettono di separare in modo più netto la componente professionale da quella legata alla singola confezione dispensata.

4.4.1.2 Germania

Dal 2022 i farmacisti tedeschi hanno diritto a servizi rimborsati dallo Stato nell'ambito delle *pharmazeutische Dienstleistungen*, con tariffe prefissate. Essi comprendono: misurazioni e controlli mirati in pazienti in terapia antiipertensiva, istruzione sul corretto uso di dispositivi inalatori, revisione della terapia (*medication review*) per pazienti in politerapia, e *follow-up* in sottogruppi di pazienti definiti (ad esempio, pazienti in condizioni cliniche che richiedono controllo ravvicinato). Le prestazioni sono finanziate con un fondo dedicato alimentato dalle casse malattia obbligatorie, e vengono fatturate con tariffe prefissate (*fee-for-service*). L'elemento distintivo, rispetto a modelli dove i servizi "vivono" soprattutto dentro il contratto complessivo o in sperimentazioni regionali, è che in Germania il finanziamento delle *pharmazeutische Dienstleistungen* è ancorato a un meccanismo stabile e separato dalla dispensazione, perché la cornice normativa prevede una raccolta dedicata (un sovrapprezzo per confezione Rx) e una gestione centralizzata della liquidazione tramite un soggetto di sistema, riducendo l'ambiguità su chi paga, con quali risorse e con quali codici di fatturazione^{57.60}.

Per completezza comparativa, va aggiunto che in Germania, negli ultimi anni, si è ampliato il perimetro dei servizi remunerati, o inclusi in programmi di remunerazione, nelle farmacie, attraverso schemi separati dalla dispensazione tradizionale, anche se l'architettura di base della remunerazione resta ancorata alla combinazione di una quota fissa e di una percentuale ridotta⁶⁰.

4.4.2 Paesi extra UE

Nei Paesi extra UE emergono modelli di remunerazione differenziati. In diversi sistemi si osserva una combinazione di pagamenti per prestazione e quote legate alla presa in carico o a programmi (ad esempio per pazienti cronici), con forte variabilità fra giurisdizioni subnazionali quando la sanità è decentrata^{8,9}. In questa sezione, quindi, il focus non è solo sul "come si paga" in generale, ma sull'individuazione dei principali servizi remunerati e sulle regole che ne condizionano l'erogazione (eleggibilità, limiti annuali, rendicontazione), perché è lì che si gioca la sostenibilità economica effettiva per la farmacia.

4.4.2.1 Regno Unito

Il modello inglese prevede un contratto nazionale per le farmacie di comunità con una suddivisione tra servizi essenziali e avanzati⁷⁹. Negli ultimi anni i servizi remunerati hanno incluso interventi di cura primaria e servizi stagionali (come le vaccinazioni)⁷⁹. Dal 2024 il servizio NHS *Pharmacy First* consente al farmacista di valutare e gestire, secondo protocolli clinici nazionali e criteri di eleggibilità, una serie di condizioni a bassa complessità clinica, con eventuale fornitura di medicinali in accordo ai percorsi previsti^{55,72}. La remunerazione del servizio è strutturata come *fee* per consultazione, accompagnata da regole di rendicontazione e da limiti di attività rimborsabile nel mese (cap sui volumi pagati a tariffa piena), così da governare volumi e spesa senza lasciare la dinamica esclusivamente al *fee-for-service*^{23,55}. Anche il servizio vaccinale in farmacia (inclusa la vaccinazione antinfluenzale gratuita per le fasce a rischio) è remunerato tramite *fee* standard, con tariffe e condizioni definite a livello nazionale^{22,24}. L'esperienza inglese risulta informativa perché abbassa l'incertezza, dato che prezzi unitari, criteri di eleggibilità e regole di rendicontazione sono definiti in modo centralizzato e riducono la variabilità territoriale^{22,72}.

Oltre alla SAF per *item* dispensato e al meccanismo del retained margin sui farmaci generici, le farmacie britanniche percepiscono ulteriori compensi e indennità, ad esempio *fee* aggiuntive per la dispensazione di specifiche categorie di prodotti, preparazioni galeniche, alimenti senza glutine, dispositivi medici, contributi per il servizio di reperibilità notturna e pagamenti periodici legati al mantenimento di determinati standard contrattuali e organizzativi. In particolare, il *retained margin* viene “presidiato” anche tramite gli aggiustamenti del *Drug Tariff* che includono la *Category M*, cioè la componente usata per tarare i prezzi di rimborso di molti generici in modo da ricondurre il margine complessivo entro l'obiettivo di sistema concordato nel quadro contrattuale.

Nel CPCF rientrano anche remunerazioni per servizi professionali a contenuto clinico e organizzativo, spesso indicati come servizi cognitivi, nel senso di attività che richiedono valutazione professionale e interazione strutturata con il paziente e non semplice consegna del prodotto. In questo quadro si collocano gli advanced services come vaccinazioni e *New Medicine Service* (NMS), un programma nel quale il farmacista segue, attraverso due-tre colloqui ravvicinati, i pazienti a cui è stato prescritto per la prima volta un farmaco per una patologia cronica, al fine di migliorare l'aderenza terapeutica e intercettare precocemente

eventuali problemi legati al trattamento. Tali servizi vengono pagati a tariffa fissa per servizio erogato, e possono essere soggetti anche a regole di cap o soglie di attività, in modo analogo alla logica di governo dei volumi adottata per altri servizi avanzati^{25,26}. Pur non essendo la componente centrale della remunerazione della sola dispensazione, questa architettura mostra come il modello britannico affianchi in modo strutturato il pagamento per *item* a pagamenti dedicati alla qualità e all'estensione del ruolo professionale.

4.4.2.2 Canada

La gamma di servizi remunerati cambia da una provincia all'altra, e questa variabilità è un tratto strutturale del caso canadese. Accanto alla dispensazione, in diversi contesti provinciali compaiono rimborsi per attività non riconducibili alla sola consegna del farmaco, come revisioni della terapia e consulenze strutturate sui medicinali per pazienti con bisogni complessi o in condizioni di cronicità, oltre a immunizzazioni e, in alcune giurisdizioni, interventi su condizioni minori entro perimetri definiti dalle norme provinciali e dai *payer* pubblici^{33,62,74}.

L'eterogeneità non segnala una “contraddizione” interna, ma riflette il disegno istituzionale, perché non esiste un modello canadese unico e uniforme. Alcune province privilegiano una logica di *fee* per prestazione, con tariffe associate a servizi codificati, mentre altre valorizzano programmi che riconoscono importi collegati a percorsi assistenziali o a specifiche categorie di assistiti, e non di rado le due impostazioni convivono nella stessa provincia su servizi differenti^{33,62,74}. Il risultato è un modello “a geometria variabile”, in cui la sostenibilità economica della farmacia dipende dalla combinazione tra *fee* unitari, criteri di eleggibilità e limiti annuali di fatturazione^{33,74}.

4.4.2.3 Australia

In Australia, la remunerazione dei servizi erogati in farmacia è sostenuta da accordi nazionali di settore⁷⁵. All'interno dell'*Eighth Community Pharmacy Agreement* (8CPA), avviato il 1° luglio 2024 e valido fino al 30 giugno 2029, il finanziamento pubblico comprende componenti dedicate sia alla dispensazione dei medicinali sovvenzionati tramite la *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS) sia a programmi e servizi professionali, secondo logiche che possono combinare *budget* programmati e remunerazioni per attività rendicontate^{75,76}. Il contenuto dell'accordo include programmi professionali “continuativi”, per esempio servizi di *medication management* e alcuni programmi di supporto all'aderenza e alla gestione della terapia, finanziati entro un

orizzonte nazionale pluriennale che riduce l'incertezza tipica delle sole sperimentazioni di breve periodo⁷⁶.

Il caso risulta rilevante perché mostra che la stabilizzazione dei servizi non dipende soltanto da “tariffe”, ma anche da capitoli di spesa pluriennali e da una *governance* nazionale del programma⁷⁶.

4.4.2.4 Stati Uniti

Negli USA la remunerazione dei servizi farmaceutici dipende molto dall'assicurazione e dalle regole dei singoli programmi. In ambito *Medicare Part D* sono previsti programmi di *Medication Therapy Management* (MTM) per pazienti eleggibili, con modelli di pagamento che possono includere quote per paziente e compensi per attività rendicontate, variabili in base ai contratti e ai *payer*^{77,9}. Oltre a ciò, molti stati federati remunerano i vaccini in farmacia con tariffe per somministrazione, con differenze rilevanti fra stati e fra assicurazioni pubbliche e private^{8,9}.

4.4.2.5 Nuova Zelanda

Nel sistema neozelandese la farmacia di comunità eroga servizi quali vaccinazioni stagionali e interventi di supporto alla cronicità, all'interno di un assetto di contratti con il settore pubblico. Per comprendere come funziona il finanziamento, è utile separare il canale dei medicinali, che fa capo a *Pharmac*, dalla contrattualizzazione e dal finanziamento dei servizi di *community pharmacy*, che ricadono nel perimetro del sistema sanitario pubblico e nei contratti di fornitura delle prestazioni⁷⁸.

L'*International Conference on Plasma Science and Applications* (ICPSA) include, oltre alla dispensazione, servizi rendicontabili come la *long-term conditions (LTC) pharmacy service*, l'immunizzazione e altri moduli definiti contrattualmente. Criteri di eleggibilità e requisiti operativi possono variare in funzione delle priorità assistenziali e dei contratti applicativi^{78,8}.

4.5 Confronto internazionale: modelli, tariffe e tendenze di valorizzazione del farmacista

Dall'analisi comparata emergono alcune best practice internazionali utili per l'Italia.

In Germania il quadro normativo ha individuato chiaramente un set di servizi rimborsabili con tariffe prefissate, garantendo riconoscimenti economicamente significativi per attività cliniche come la revisione della terapia e interventi strutturati su dispositivi e monitoraggi^{57,60}. Questo

chiarisce il perimetro delle competenze remunerate e riduce l'incertezza economica della farmacia, ma richiede anche requisiti e criteri di eleggibilità rigorosi, per evitare una “dilatazione” non controllata dei volumi^{57,60}.

L'impostazione del Regno Unito assegna alle farmacie un ruolo operativo nella gestione delle patologie minori, secondo protocolli e criteri di accesso, così da intercettare una domanda a bassa complessità e contribuire a ridurre la pressione su altri punti di accesso, come medicina generale e urgenze minori. La riuscita del disegno dipende dall'adozione di regole di eleggibilità e di rendicontazione, insieme a un *plafond* impostato prevalentemente sulle attività; quindi, un tetto sui volumi di consultazioni remunerate nel periodo, con la possibilità di erogare prestazioni oltre soglia senza il pagamento della fee piena, invece di un tetto economico indistinto^{55,72,23}.

Il modello francese ha introdotto leve economiche (premi ROSP su risultati di salute pubblica) per orientare le farmacie verso obiettivi di prevenzione e appropriatezza, integrando la remunerazione per prestazione con incentivi legati a indicatori di risultato^{56,73}.

Per l'Italia si presenta la possibilità di combinare queste esperienze. In primo luogo, occorre stabilizzare il finanziamento dei servizi in farmacia, perché il passaggio da progetti temporanei a un assetto strutturale è indicato come condizione per rendere continuativi investimenti, formazione e organizzazione interna delle farmacie^{48,59}. L'introduzione di un capitolo dedicato alla farmacia dei servizi “a invarianza di spesa” può essere realizzata. In pratica, l'obiettivo può essere una riallocazione programmata di quote di spesa già destinate all'assistenza territoriale e alla specialistica ambulatoriale verso prestazioni erogate in farmacia quando queste producono pari esito assistenziale con maggiore accessibilità e minori costi indiretti (tempi, spostamenti, liste d'attesa), mantenendo la spesa complessiva sotto controllo tramite volumi programmati e criteri di eleggibilità^{59,40}.

La definizione di tariffe nazionali “minime” per un nucleo ristretto di prestazioni (ad esempio, colloqui per l'aderenza ai farmaci, revisione della terapia in pazienti selezionati, tele-ECG con refertazione accreditata) renderebbe più uniforme la copertura regionale, lasciando alle Regioni la possibilità di modulare volumi e servizi aggiuntivi. Questo darebbe certezza economica e ridurrebbe la disomogeneità territoriale. Accanto a ciò, una seconda componente, più selettiva,

potrebbe introdurre incentivi su obiettivi (seguendo la logica francese) solo dopo una fase di stabilizzazione, così da premiare risultati misurabili senza aumentare la complessità amministrativa fin dall'avvio.^{56,9}

Un ulteriore punto, spesso determinante per la sostenibilità, riguarda la rendicontazione. I modelli esteri più “stabili” associano la remunerazione a regole chiare di documentazione dell'atto, indicatori minimi e controlli *ex post*. In Italia, la piena integrazione con FSE e piattaforme regionali (CUP, refertazione) diventa quindi non solo un tema digitale, ma un prerequisito economico. Se l'atto non è tracciato e verificabile, il servizio rischia di restare sperimentale o di essere pagato in modo discontinuo, con effetti diretti sull'adozione.^{59,65,67,68}

Da ultimo, la questione “tariffe versus budget” va gestita con realismo. Il solo *fee-for-service*, se non accompagnato da volumi programmati o plafond, può spingere alla crescita dei volumi senza corrispondente priorità clinica. Al contrario, un budget programmato senza tariffe chiare può produrre incertezza e scarsa adesione. L'equilibrio più praticabile, nella fase di transizione, è un nucleo di prestazioni con tariffa nazionale e volumi programmati regionalmente, accompagnato da monitoraggio di appropriatezza e qualità.^{9,49}

Tabella 4. Paesi considerati, tipologia di servizi in farmacia e modalità di remunerazione (oltre la dispensazione).

Paese	Tipologia di servizi remunerati (esempi)	Modalità di remunerazione (come vengono pagati)	Nota di governance/variabilità
Regno Unito	Gestione di condizioni minori (es. <i>Pharmacy First</i>), vaccinazioni, NMS	Tariffa per prestazione (onorario fisso per consultazione/somministrazione), spesso con regole di eleggibilità e cap/limiti di attività rimborsabile	CPCF con regole standardizzate e rendicontazione centralizzata ^{22,23,24,55,72}
Francia	Colloqui strutturati (<i>entretiens</i>), TROD/test, vaccinazioni, programmi di sanità pubblica	Tariffa per atto + componenti su obiettivi/indicatori (logica P4P/ROSP)	Convenzione nazionale con <i>Assurance Maladie</i> , architettura “atto + obiettivi” ^{56,73}
Germania	<i>Pharmazeutische Dienstleistungen</i> (review)	Tariffe prefissate per servizio con fondo dedicato separato dalla dispensazione	Set di servizi definito e finanziamento stabile;

	terapia, <i>training</i> inalatori, monitoraggi)		accesso condizionato da requisiti/eleggibilità ^{57,60}
Spagna	Servizi spesso legati a programmi regionali/progetti (<i>screening</i> , prevenzione, aderenza)	In genere schemi regionali con tariffe/progetti (non sempre strutturali e uniformi)	Variabilità tra comunità autonome e programmi attivi ⁸⁰
Canada	<i>Medication review</i> , vaccinazioni, <i>counselling</i> /servizi per cronicità (dipende dalla provincia)	Tariffe provinciali per servizio e/o programmi per specifiche categorie di assistiti	Variabilità elevata per assetto federale e regole dei <i>payer</i> pubblici provinciali ^{33,34,62,74}
Italia	Telemedicina, <i>screening</i> , vaccinazioni, supporto aderenza (in perimetro Farmacia dei Servizi)	Tariffe/accordi regionali nel quadro ACN e atti attuativi; spesso volumi programmati e rendicontazione	Eterogeneità regionale; integrazione con CUP/FSE e requisiti condiziona sostenibilità e pagabilità ^{59,65,67-71}

5. CONCLUSIONI

La farmacia italiana sta attraversando una trasformazione profonda, perché si sposta da un modello centrato sulla dispensazione del farmaco verso un presidio sanitario territoriale orientato ai servizi. Il cambiamento non coincide soltanto con un aggiustamento organizzativo, ma comporta una ridefinizione dell'identità professionale del farmacista, che risulta sempre più coinvolto in attività cliniche, di prevenzione, di assistenza e di supporto terapeutico, con ricadute concrete sulle aspettative dei cittadini e sulle modalità di presa in carico.

Crescono, di conseguenza, responsabilità e perimetro d'azione, e ciò rende necessario un approccio davvero multidisciplinare insieme a una collaborazione più stretta con gli altri attori della sanità territoriale. In questo modo la farmacia può contribuire con maggiore efficacia alla gestione della cronicità e alla promozione della salute, purché i percorsi restino coerenti e interoperabili con i servizi regionali, evitando sovrapposizioni, vuoti operativi e discontinuità che finiscono per scaricarsi sul paziente.

Conta molto, a questo punto, la questione della remunerazione, perché è qui che si decide se la transizione resta episodica o diventa strutturale. Il modello italiano tende ormai a configurarsi

come misto, dal momento che alla componente economica legata alla dispensazione si affiancano compensi o coperture specifiche per i servizi erogati, spesso disciplinati su base regionale e in parte ancora in fase sperimentale. Una remunerazione orientata alla prestazione professionale, peraltro prevista dal nuovo sistema di remunerazione della dispensazione dei farmaci e non soltanto al prodotto, permette di riconoscere il valore sanitario delle attività svolte in farmacia e di mantenerle sostenibili nel tempo, con una logica che non si esaurisce nel breve periodo. Serve, infatti, un sistema remunerativo adeguato per sostenere la farmacia dei servizi, perché modelli non allineati rischiano di bloccarne lo sviluppo, dato che non è realistico investire con continuità in dotazioni, procedure e personale senza una sufficiente prevedibilità economica.

Persistono tuttavia criticità normative, territoriali e digitali che incidono direttamente sull'equità e sulla qualità dell'offerta. L'assenza di una cornice pienamente omogenea e le differenze regionali nella disponibilità dei servizi possono generare disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni, con cittadini che, a seconda dell'area in cui vivono, si trovano davanti a opportunità più o meno avanzate. Anche la digitalizzazione procede con velocità irregolare. Se da un lato strumenti come la ricetta elettronica, il FSE e le piattaforme di telemedicina hanno favorito una maggiore integrazione del farmacista nel sistema sanitario, dall'altro restano problemi di interoperabilità, investimenti non sempre sufficienti e divari tecnologici che riducono l'effetto complessivo delle innovazioni e creano frizioni operative nella routine.

La stabilizzazione della remunerazione diventa quindi la leva più concreta per “chiudere” la transizione, nel senso di renderla ordinaria e governabile, invece che occasionale e dipendente da iniziative locali. Stabilizzare significa costruire un impianto che renda riconoscibili e comparabili i servizi, e implica definire un nucleo nazionale di prestazioni rimborsabili con regole di eleggibilità semplici e verificabili, associando tariffe chiare a volumi programmati così da unire sostenibilità economica e controllo della spesa. Occorre anche rendere la rendicontazione parte integrante del servizio, collegandola ai canali digitali regionali, perché senza tracciabilità non esistono né valutazione né pagamento stabile, e la continuità resta un obiettivo dichiarato ma fragile. L'esperienza delle regioni più avanzate mette in evidenza che l'integrazione con il CUP, la refertazione accreditata e il FSE non è un dettaglio meramente tecnico, ma una condizione economico-organizzativa che permette di rendere i servizi continuativi, leggibili e confrontabili, riducendo le differenze tra territori.

Rilevante, allo stesso tempo, è la formazione continua, perché l'ampliamento del ruolo professionale richiede uno sviluppo costante di competenze cliniche, comunicative, organizzative e digitali. Affinché la formazione produca effetti strutturali, tuttavia, deve restare agganciata a un sistema remunerativo stabile, altrimenti rischia di trasformarsi in un investimento non valorizzato e difficilmente replicabile, soprattutto nelle farmacie con margini più ridotti o nelle aree interne, dove la capacità di assorbire costi e tempi di aggiornamento è più limitata e l'organizzazione del lavoro è spesso più fragile.

La farmacia italiana è chiamata, in definitiva, a trovare un equilibrio tra sostenibilità economica, innovazione professionale e missione sanitaria, senza perdere l'aderenza ai bisogni reali delle comunità. Consolidare la farmacia dei servizi richiede modelli remunerativi coerenti con il valore delle prestazioni, aggiornamenti normativi capaci di ridurre le disuguaglianze territoriali, innovazione digitale accompagnata da investimenti adeguati e un impegno continuativo sulle competenze del personale, perché la modernizzazione non è solo una questione di strumenti ma anche di pratiche. Solo un approccio integrato e coordinato può garantire che la farmacia continui a rappresentare un pilastro sanitario ed economico per le comunità, contribuendo in modo significativo alla modernizzazione del SSN e cogliendo con pienezza le opportunità legate all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione.

Tra i principali limiti della ricerca va esplicitata la delimitazione territoriale del campione analizzato, che non comprende il Mezzogiorno e le Isole. Questa scelta incide sulla portata delle conclusioni, che non possono essere generalizzate in modo pieno all'intero contesto nazionale. I risultati vanno pertanto letti come validi entro il perimetro esaminato, mentre una comparazione realmente nazionale richiederebbe un approfondimento specifico e sistematico delle aree meridionali e insulari.

6. BIBLIOGRAFIA

1. FarmaciaVirtuale.it. Sostenibilità economica della farmacia: l'analisi in un report della Fip. FarmaciaVirtuale.it. May 22, 2024. <https://farmaciavirtuale.it/sostenibilita-economica-della-farmacia-lanalisi-in-un-report-della-fip/> , ultima consultazione: ottobre 2025
2. La nuova remunerazione delle farmacie. <https://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/La-nuova-remunerazione-delle-farmacie.aspx> , ultima consultazione: ottobre 2025
3. La strada è giusta. Giugno 2025, <https://www.assofarm.it/la-strada-e-giusta/> , ultima consultazione: ottobre 2025
4. Rapporto finale Assofarm1. <https://farmaciavirtuale.it/wp-content/uploads/2012/11/remunerazione-del-farmacista-assofarm-2006.pdf>
5. Hughes DA, Tilson L, Drummond M. Estimating Drug Costs in Economic Evaluations in Ireland and the UK. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(8):635-643. doi: 10.2165/10899570-000000000-00000
6. Remunerazione farmacie: nuovo modello in vigore dal 1° marzo. Effetti delle novità normative sui canali distributivi | Farmacista33, febbraio 2024, <https://www.farmacista33.it/aggiornamento-professionale/28619/remunerazione-farmacie-nuovo-modello-in-vigore-dal-1-marzo-effetti-delle-novita-normative-sui-canali-distributivi.html> , ultima consultazione: ottobre 2025
7. Pizzo E. Forme di incentivo ai farmacisti territoriali per la promozione della salute: l'esperienza del Regno Unito. *Politiche Sanitarie*. 2007;8(4). <https://www.politichesanitarie.it/archivio/325/articoli/3819/>, ultima consultazione: dicembre 2025
8. Hussain R, Babar ZUD. Global landscape of community pharmacy services remuneration: a narrative synthesis of the literature. *J of Pharm Policy and Pract*. 2023;16(1):118. doi:10.1186/s40545-023-00626-0
9. Harrington A, Malone D, Doucette W, Vaffis S, Bhattacharjee S, Chan C, Warholak T. A conceptual framework for evaluation of community pharmacy pay-for-performance programs. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2021;61(6):804-812. doi:10.1016/j.japh.2021.06.022
10. Value-based healthcare: le esperienze in Italia e il ruolo del PNRR. *Agenda Digitale*. Settembre 22. <https://www.agendadigitale.eu/sanita/value-based-healthcare-le-esperienze-in-italia-e-il-ruolo-del-pnrr/> , ultima consultazione: ottobre 2025

11. Legge n. 205/2017 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020.”, https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-12-29&atto.codiceRedazionale=17G00222&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario , ultima consultazione: dicembre 2025
12. Vito. PNRR: 81 milioni per rafforzare le farmacie rurali e i servizi sanitari di prossimità. DataFarma- Professionisti al servizio della Tua Farmacia. 22 Aprile 2025. <https://www.datafarma.it/pnrr-81-milioni-per-rafforzare-le-farmacie-rurali-e-i-servizi-sanitari-di-prossimita/> , ultima consultazione: ottobre 2025
13. Farmacie rurali, Avviso Pnrr 2025: nuova proroga dei termini a fine dicembre, 30 Settembre 2025, <https://federfarma.it/Edicola/FiloDiretto/VediNotizia.aspx?id=27532> , ultima consultazione: ottobre 2025
14. XVII Legislatura - XVII Legislatura - Documenti - Temi dell’Attività parlamentare. https://www.camera.it/leg17/561?appro=app_mechanismi_di_controllo_della_spesa_farmaceutica , ultima consultazione: ottobre 2025
15. La spesa farmaceutica nel 2010. <https://www.federfarma.it/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN/La-spesa-farmaceutica-nel-2010.aspx> , ultima consultazione: ottobre 2025
16. Remunerazione, Corte dei conti: abolizione sconti costerà al Ssn 540 mln, Novembre 2023, fpress.it. <https://www.fpress.it/senza-categoria/68973/> , ultima consultazione: ottobre 2025
17. Gazzetta Ufficiale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/12/29/22G00211/sg>
18. Dal 1° marzo è partita la nuova remunerazione delle farmacie. Ecco le novità - Quotidiano Sanità, 5 Marzo 2024, https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=120640, ultima consultazione: ottobre 2025
19. Roni R. Nuova remunerazione delle farmacie (e riclassificazione dei medicinali), 21 Marzo 2024, <https://docs.marionegri.it/website/Politica%20Sanitaria/LEGGE%20FINANZIARIA%20E%20NUOVA%20REMUNERAZIONE%20DELLE%20FARMACIE.pdf>
20. Ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l’anno 2023. <https://www.aifa.gov.it/-/ripiano-della-spesa-farmaceutica-per-acquisti-diretti-per-l-anno-2023>

21. Manovra, remunerazione farmacie: spunta un tetto alla quota marginale. fpress.it. 21 ottobre 2025, <https://www.fpress.it/filiera/manovra-2026-spunta-un-tetto-alla-quota-marginale-della-remunerazione/> , ultima consultazione: dicembre 2025
22. CPCF arrangements for 2024/25 and 2025/26 announced - Community Pharmacy Somerset, 31 Marzo 2025, <https://somerset.communitypharmacy.org.uk/cpcf-services-and-terms-of-service/> , ultima consultazione: ottobre 2025
23. What is the Single Activity Fee (SAF)? Customer Service. <https://faq.nhsbsa.nhs.uk/knowledgebase/article/KA-01397/en-us> , ultima consultazione: dicembre 2025
24. Retained margin (Category M). Community Pharmacy England. <https://cpe.org.uk/funding-and-reimbursement/pharmacy-funding/funding-distribution/retained-margin-category-m/> , ultima consultazione: dicembre 2025
25. Cunha Leal MLG, Rodrigues AR, Bell V, Forrester M. Exploring the Evolving Role of Pharmaceutical Services in Community Pharmacies: Insights from the USA, England, and Portugal. *Healthcare*. 2025;13(15):1786. doi:10.3390/healthcare13151786
26. Robberechts A, Brumer M, Garcia-Cardenas V, et al. Medication Review: what's in a Name and What Is It about? *Pharmacy*. 2024 ;12(1) :39. doi :10.3390/pharmacy12010039
27. Comprendre les honoraires de dispensation des pharmaciens. Sante-pratique-paris. 22 Maggio 2023. <https://sante-pratique-paris.fr/a-savoir/comprendre-les-honoraires-de-dispensation-des-pharmaciens/> , ultima consultazione: dicembre 2025
28. Les honoraires et actes des pharmaciens, 10 Marzo 2025, <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/honoraires-actes-pharmaciens>, ultima consultazione: ottobre 2025
29. Prix, résultats et fiscalité des entreprises, 6 Marzo 2025, <https://www.leem.org/prix-resultats-et-fiscalite-des-entreprises>, ultima consultazione: ottobre 2025
30. Combarnous N. Tout savoir sur les prix et marges en pharmacie. Comptable Pharmacie. 1° aprile 2022. <https://comptable-pharmacies.fr/actualites-officinales/prix-marges-officine/>, ultima consultazione: ottobre 2025
31. ABDA_ZDF_2024_Brosch_english.pdf. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA_ZDF_2024_Brosch_english.pdf

32. Arentz O, Recker C, Vuong VA, Wambach A. *Entry in German Pharmacy Market*. Otto-Wolff-Discussion Paper; febbraio 2016. <https://www.econstor.eu/handle/10419/145984> , ultima consultazione: dicembre 2025
33. *Dispensing Fee Policies in Public Drug Plans*, 2020/21. 15 Gennaio 2024. <https://www.canada.ca/en/patented-medicine-prices-review/services/npduis/analytical-studies/supporting-information/dispensing-fee-policies.html>, ultima consultazione: ottobre 2025
34. Hussain R, Babar ZUD. Global landscape of community pharmacy services remuneration: a narrative synthesis of literature. *J Pharm Policy Pract*. 2023; 16:118. doi: 10.1186/s40545-023-00626-0
35. Farmacia dei Servizi: le tappe del percorso giuridico. 9 Marzo 2020, <https://www.farmacianews.it/farmacia-dei-servizi-le-tappe-del-percorso-giuridico/>, ultima consultazione: ottobre 2025
36. Quaderno della terza edizione del: “forum politiche farmaceutiche regionali” roma, 27 e 28 marzo 2025. <https://www.dephaforum.it/wp-content/uploads/2025/05/Quaderno-Forum-Politiche-Farmaceutiche-Regionali-III-Edizione-2025.pdf>
37. Telemedicina. Nel 2024 erogate quasi un milione di prestazioni in farmacia - Quotidiano Sanità, 13 Giugno 2025, https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=130303, ultima consultazione: ottobre 2025
38. Fai prevenzione, entra in farmacia: al via in Piemonte campagna di informazione su servizi offerti | Farmacista33, 31 Marzo 2025, <https://www.farmacista33.it/aggiornamento-professionale/30927/fai-prevenzione-entra-in-farmacia-al-via-in-piemonte-campagna-di-informazione-su-servizi-offerti.html>, ultima consultazione: ottobre 2025
39. Farmacie lombarde: sempre più prevenzione e telemedicina | Panorama della Sanità, 19 Settembre 2025, <https://panoramadellasanita.it/site/farmacie-lombarde-sempre-piu-prevenzione-e-telemedicina/>, ultima consultazione: ottobre 2025
40. Prevenzione in farmacia: telemedicina, screening, aderenza. Le prestazioni erogate e le anomalie rilevate | Farmacista33. 13 Giugno 2025, <https://www.farmacista33.it/aggiornamento-professionale/31368/prevenzione-in-farmacia-telemedicina-screening-aderenza-le-prestazioni-erogate-e-le-anomalie-rilevate.html>, ultima consultazione: ottobre 2025

41. Lazio, pubblicata la delibera sulla telemedicina: volumi e compensi. fpress.it. 24 Giugno 2025. <https://www.fpress.it/dalle-regioni/lazio-pubblicata-la-delibera-sulla-telemedicina-volumi-e-compensi/>, ultima consultazione: ottobre 2025
42. SERVIZI DI TELEMEDICINA: INDICAZIONI OPERATIVE. 7 Giugno 2024, <https://www.ordinifarmacistolombardia.it/1047-servizi-di-telemedicina-indicazioni-operative>, ultima consultazione: ottobre 2025
43. Maggio 2023 22:22 UM 19. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna — (BURERT). Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna — (BURERT). <https://bur.regione.emilia-romagna.it> , ultima consultazione: dicembre 2025
44. Nuove convenzione farmacie. Tutti i chiarimenti della Fofi sulle novità introdotte. 14 Marzo 2024, https://www.ilfarmacistaonline.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=128394, ultima consultazione: ottobre 2025
45. Fai prevenzione, entra in farmacia. La tua salute inizia da qui. Regione Piemonte. 31 Marzo 2025. <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/fai-prevenzione-entra-farmacia-tua-salute-inizia-qui>, ultima consultazione: ottobre 2025
46. Tamponi calmierati in farmacia, da Federfarma Roma chiarimenti su prezzi e scontistiche | Farmacista33. 8 Ottobre 2021, <https://www.farmacista33.it/lavoro/19229/tamponi-calmierati-in-farmacia-da-federfarma-roma-chiarimenti-su-prezzi-e-scontistiche.html?tag=antibiotici>, ultima consultazione: ottobre 2025
47. Campagna vaccinale: 600mila vaccini somministrati nelle farmacie lombarde. I dati Fofi | Farmacista33, 6 Febbraio 2024, <https://www.farmacista33.it/politica-sanitaria/28481/campagna-vaccinale-600mila-vaccini-somministrati-nelle-farmacie-lombarde-i-dati-fofi.html>, ultima consultazione: ottobre 2025
48. Farmacie. Rapporto di Cittadinanzattiva e Federfarma: crescono quelle che fanno vaccini, screening e monitoraggio. Ma è forte la richiesta di nuovi servizi - Quotidiano Sanità, 1° dicembre 2022, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=109409 , ultima consultazione: dicembre 2025
49. Mandelli agli Stati Generali della prevenzione. “Prevenzione è priorità collettiva: farmacisti al servizio del SSN per renderla a portata di tutti i cittadini.” 16 Giugno 2025, https://www.fofi.it/inside_f.php?id=13914&grp=2, ultima consultazione: ottobre 2025
50. AUSL | Comunicazione e stampa | In Emilia-Romagna farmacie sempre più al servizio dei cittadini. 27 Luglio 2023,

- https://www.ausl.pr.it/comunicazione_stampa/archivio_3/emilia_romagna_farmacie_sempre_servizio_cittadini.aspx, ultima consultazione: ottobre 2025
51. Telemedicina e aderenza alla terapia, in Toscana oltre 600 farmacie aderiscono al protocollo | Farmacista33. 25 Settembre 2025, <https://www.farmacista33.it/aggiornamento-professionale/31719/telemedicina-e-aderenza-alla-terapia-in-toscana-oltre-600-farmacie-aderiscono-al-protocollo.html>, ultima consultazione: ottobre 2025
52. Lazio, pubblicata la delibera sulla telemedicina: volumi e compensi. 24 Giugno 2025, <https://www.fpress.it/dalle-regioni/lazio-pubblicata-la-delibera-sulla-telemedicina-volumi-e-compensi/>, ultima consultazione: ottobre 2025
53. FarmaciaVirtuale.it. Distribuzione per conto, siglato accordo regionale in Friuli-Venezia Giulia. FarmaciaVirtuale.it. 29 Giugno 2023. <https://farmaciavirtuale.it/distribuzione-per-conto-siglato-accordo-regionale-in-friuli-veneziameridionale-giulia/>, ultima consultazione: ottobre 2025
54. SALUTE. DI BERT (FP): TELEMEDICINA, BENE ACCORDO REGIONE CON FARMACIE. 29 Giugno 2023, <https://www.consiglio.regione.fvg.it/pagineinterne//Portale/comunicatiStampaDettaglio.aspx?ID=795943>, ultima consultazione: ottobre 2025
55. NHS Pharmacy First Service (PFS) | NHSBSA. <https://www.nhsbsa.nhs.uk/pharmacies-gp-practices-and-appliance-contractors/dispensing-contractors-information/nhs-pharmacy-first-service-pfs>, ultima consultazione: dicembre 2025
56. Les rémunérations sur objectifs. 26 Febbraio 2025, <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/remunerations-sur-objectifs>, ultima consultazione: ottobre 2025
57. Kroenert AC, Bertsche T., Implementation, barriers, solving strategies and future perspectives of reimbursed community pharmacy services-a nationwide survey for community pharmacies in Germany. *BMC Health Services Research*. 2024;24(1):1463. doi:10.1186/s12913-024-11745-y
58. AIFA, *Aderenza alle terapie e strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci*, <https://www.aifa.gov.it/en/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>, ultima consultazione: novembre 2025
59. Italia, *Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 6, dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei*

- rapporti con le farmacie pubbliche e private di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (Rep. atti n. 35/CSR del 6 marzo 2025), https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-03-19&atto.codiceRedazionale=25A01645&elenco30giorni=false , ultima consultazione: dicembre 2025*
60. ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände). (2025). *German pharmacies: Figures, data, facts*, https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA_ZDF_2024_Brosch_english.pdf
61. Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB), NPDUI. *Dispensing Fee Policies in Public Drug Plans, 2021/22* (aggiornamento 15 gennaio 2024). Sezione Ontario, <https://www.canada.ca/en/patented-medicine-prices-review/services/npduis/analytical-studies/supporting-information/dispensing-fee-policies.html>
62. Government of Saskatchewan. (2024). *Saskatchewan Drug Plan Overview*, <https://formulary.drugplan.ehealthsask.ca/DrugPlanOverview> , ultima consultazione: dicembre 2025
63. Italia, Decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, *Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19 (21G00049)*, in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale, n. 70, 22 marzo 2021, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/03/22/70/sg/pdf>
64. Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi (FNOB). (2025). *Atto di indirizzo per il rinnovo della Convenzione nazionale con le farmacie pubbliche e private (servizi, telemedicina, integrazioni al D.Lgs. 153/2009)*, https://www.fnob.it/wp-content/uploads/2025/02/allegato1738925134_compressed-2.pdf , ultima consultazione: dicembre 2025
65. Regione Lombardia. (2024). *Deliberazione n. XII/2405 (28/05/2024) – Nuovi servizi nella farmacia e telemedicina (profili di remunerazione/accordi)*, https://www.farindustria.it/app/uploads/2024/06/DGR-2405_2024-nuovi-servizi-nella-farmacia-e-telemedicina.pdf
66. Regione Piemonte. (2024). *Bollettino Ufficiale n. 50 del 12 dicembre 2024, n. 376 (Telemedicina e servizi in farmacia)*,

- <https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2024/50/siste/index.htm> ,
ultima consultazione: dicembre 2025
67. Azienda USL Toscana Nord Ovest. (2023). *Via libera della Regione ad una medicina più smart e più vicina alla persona*, <https://www.toscana-notizie.it/-/via-libera-della-regione-ad-una-medicina-pi%C3%B9-smart-e-pi%C3%B9-vicina-alla-persona>,
ultima consultazione: dicembre 2025
68. Regione Emilia-Romagna. (2024). *Atti amministrativi, Giunta regionale, Delibera Num. 1609 del 08/07/2024, Seduta Num. 29*,
https://www.ausl.mo.it/media/DGR_1609_2024_TELEREFERTAZIONE_cardiologica_in_farmacia_per_spedizione.pdf?x75285= , ultima consultazione: dicembre 2025
69. Regione Lazio. (2025). *Deliberazione della Giunta Regionale n. 48 del 30 gennaio 2025 (Sperimentazione farmacia dei servizi - profili di copertura/remunerazione)*,
<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/sedute-giunta/ODG-provvedimenti-adottati-30-01-2025.pdf>
70. TAR Lazio. (2025). *Documento giudiziario con richiamo a deliberazioni regionali su telemedicina in farmacia (volumi e tariffe)*, Sentenza sul ricorso numero di registro generale 8752 del 2025, https://farmaciavirtuale.it/wp-content/uploads/2025/12/5915-Sentenza-Tar-del-Lazio-del-15-dicembre-2025_2.pdf
71. Regione Friuli-Venezia Giulia. (2023). *Deliberazione n. 1196 del 4 agosto 2023 (Accordi/assetti regionali e integrazione con farmacie)*,
https://mtom.regione.fvg.it/storage//2023_1196/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%201196-2023.pdf
72. NHS England. (2023). *Community Pharmacy advanced service specification*,
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/11/PRN00936-i-Community-pharmacy-advanced-service-specification-NHS-pharmacy-first-service-November-2023.pdf>
73. Lajoie, C. (2022). *Patients sous anticancéreux oraux : mise en place d'une formation pour les pharmaciens et déploiement des entretiens au sein des officines de la région Centre-Val de Loire*,
https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Pharmacie/TPE/2022/2022_Pharmacie_LajoieChloe.pdf , ultima consultazione: dicembre 2025

74. Empire Life. (2025). *Dispensing fee maximums, Drug Benefit Management*, <https://www.empire.ca/sites/default/files/2024-10/GRP-779-DispensingFees-R%26C-Chart-EN-web.pdf> , ultima consultazione: dicembre 2025
75. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2024). *Community Pharmacy Programs under the Eighth Community Pharmacy Agreement*, <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2024-06/community-pharmacy-programs-under-the-eighth-community-pharmacy-agreement.pdf>
76. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2024). *Eighth Community Pharmacy Agreement*, <https://www.health.gov.au/topics/primary-care/what-we-do/8cpa> , ultima consultazione: dicembre 2025
77. McMaster Health Forum. (2022). *Identifying Pharmacist Remuneration Models for the Provision of Clinical Services*, https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/identifying-pharmacist-remuneration-models-for-the-provision-of-clinical-services.pdf?sfvrsn=1a9bfe66_5
78. Pharmac. (2024). *Draft Pharmacy Services Agreement (Nuova Zelanda) - inquadramento ruoli e contratti pubblici*, <https://www.pharmac.govt.nz/assets/Appendix-4-draft-services-agreement-PDF.pdf>
79. Balogun, B. (2023). *Community pharmacy in England*, Commons Library Research Briefing, n. 9854. House of Commons Library, <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9854/CBP-9854.pdf>
80. BOE-A-2008-9291 Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9291>, ultima consultazione: dicembre 2025

7. APPENDICE

Elenco degli acronimi utilizzati

ACN: Accordo Collettivo Nazionale

AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco

BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

CAD: *Canadian Dollar* (dollaro canadese; codice valuta)

COVID/COVID-19: *Coronavirus Disease 2019*

CPCF: *Community Pharmacy Contractual Framework*

CUP: Centro Unico di Prenotazione

ECG: Elettrocardiogramma

EUR: Euro (codice valuta)

FIP: Federazione Farmaceutica Internazionale (*International Pharmaceutical Federation*)

FOFI: Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

GKV: *Gesetzliche Krankenversicherung* (assicurazione sanitaria obbligatoria tedesca)

HCV: *Hepatitis C Virus* (virus dell'epatite C)

ICSPA: sigla riportata nel testo (da verificare nella denominazione estesa ufficiale)

ISS: Istituto Superiore di Sanità

IVA: Imposta sul Valore Aggiunto

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

LTC: *Long-term Conditions*

MTM: *Medication Therapy Management*

NHS: *National Health Service*

NMS: *New Medicine Service*

P4P: *Pay for Performance*

PBS: *Pharmaceutical Benefits Scheme*

RD: Regio Decreto

ROSP: *Rémunération sur objectifs de santé publique*

SAF: *Single Activity Fee*

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

TROD: *Test rapide l'orientation diagnostique* (test rapido di orientamento diagnostico)

TTC: *Toutes taxes comprises*

UE: Unione Europea

USA: Stati Uniti d'America

Sigle/codici tecnici presenti nel testo

IIIA: Parte IIIA (riferimento al *Drug Tariff*)

XII/2405: numero/ codice di delibera (Lombardia)

8. RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il professor Claudio Jommi, per la sua disponibilità, la sua competenza e il supporto costante che mi ha fornito durante la stesura di questo lavoro di tesi.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori, che hanno sempre creduto in me e mi hanno sostenuta in ogni fase di questo percorso e nella vita. Grazie per esserci sempre. Questo traguardo è anche vostro.

A mio fratello Simone, per essere una presenza fondamentale nella mia vita. Grazie per tutte le risate, le chiacchiere e i momenti condivisi, dentro e fuori la palestra. Sono fiera di averti come fratello, ti voglio bene.

A mia nonna Piera, per il suo affetto, la sua ironia e la sua inesauribile energia. Grazie per essere una presenza preziosa nella mia vita.

A Massimo, Arianna e Armando, per la loro bontà, dolcezza e presenza costante. Sono profondamente grata e orgogliosa di avere nella mia vita e nella mia famiglia persone così speciali.

Alle mie amiche di una vita, Noemi, Milena e Agnese, per aver camminato al mio fianco fin da quando eravamo piccole. La vostra presenza ha illuminato e continua a illuminare le mie giornate. Grazie per le risate, l'affetto, il sostegno e la forza che non mi avete mai fatto mancare. Siete molto più che amiche: siete le sorelle che mi sono scelta.

A Giulia, che da quell'estate in Inghilterra è diventata per me una presenza insostituibile e una delle mie amiche più care. Nonostante la distanza, sei e sei sempre stata vicina. Grazie per esserci ogni giorno, per i tuoi consigli preziosi e per il bene profondo che non mi hai fatto mai mancare. Sei fondamentale.

A Daiana, incontrata per caso tra i banchi dell'università, ma che il caso ha reso una vera fortuna. Abbiamo condiviso risate autentiche, confidenze e tante avventure, sostenendoci sempre a vicenda. La nostra complicità è qualcosa di unico, così come il legame che ci unisce, e sono sicura che non cambierà mai. Grazie per aver reso questo percorso più leggero e speciale.

Ad Andrea, vicino di banco storico dai tempi del liceo e amico prezioso. Con la tua ironia, fin da allora, mi hai insegnato l'arte della leggerezza, quella autentica, che non è superficialità ma un modo di affrontare la vita, e l'importanza dell'autoironia, del non prendersi sempre troppo sul serio. Grazie per tutte le risate, per i tuoi consigli e per la tua presenza costante. Ci siamo sempre sostenuti a vicenda, in ogni fase di questo percorso e nella vita. Ti voglio bene.

A Cristiana, incontrata negli ultimi anni di università, ma diventata in poco tempo un'amica fondamentale. La tua solarità e la tua luce riescono ad illuminare tutto ciò che ti circonda. Sei un'amica preziosa: grazie per i tuoi consigli, per la tua presenza costante e per tutti i momenti che abbiamo condiviso e che sono sicura continueremo a condividere, sempre l'una accanto all'altra.

A Silvia, conosciuta per caso durante il tirocinio in farmacia, ma diventata fin da subito un'amica. Abbiamo condiviso sin dall'inizio risate sincere e ho capito subito che il nostro legame sarebbe diventato qualcosa di speciale. Anche se oggi ci vediamo meno, la distanza non ha mai cambiato ciò che siamo: sei una presenza fondamentale nella mia vita. Grazie per aver sempre creduto in me, per avermi spronata a credere nelle mie capacità e per esserci sempre stata.

A Fabio e Mattia, amici sinceri, per la loro presenza e per tutto ciò che condividiamo.

A Fabio, che da "ragazzo della mia migliore amica" è diventato per me come un fratello. Grazie per esserci sempre, e per aver arricchito la nostra compagnia con la tua presenza autentica.

A Mattia, conosciuto qualche anno fa, ma diventato da subito un amico capace di portare leggerezza e allegria. Grazie per farmi ridere sempre e per il tuo modo unico di rendere tutto più spensierato.