

SPUNTI DI RIFLESSIONE SULLA LIBERALIZZAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI

Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno (CERM)

Come si deve inquadrare una proposta di liberalizzare la commercializzazione di farmaci *SoP* ed *OTC*, cioè di rimuoverne la riserva di vendita a favore delle farmacie? Deve esser vista come “dirompente”, un fatto completamente nuovo, non sperimentato e non valutato? Oppure come una ipotesi riformista con dei fondamenti, nella teoria economica, nell’evoluzione della giurisprudenza e nell’esperienza internazionale?

Questo sintetico intervento vorrebbe fornire dei punti di riferimento utili per rispondere a questa domanda, sottolineando due aspetti:

1. la necessità di riforme strutturali;
2. la comune natura di queste riforme ai comparti dei farmaci con e senza obbligo di prescrizione (fermo restando la diversità con cui esse devono essere perseguite, per tenere in piena considerazione le specificità del bene farmaco).

Ai fini espositivi, il discorso si articola in quattro paragrafi:

- scelte ed indirizzi a livello europeo;
- l’Autorità italiana per la concorrenza e le scelte di *policy* in Italia;
- alcune statistiche significative;
- conclusioni.

Scelte ed indirizzi a livello europeo

A livello europeo, esistono delle posizioni molto chiare ed espresse anche di recente.

[1] In un rapporto del 2003, svolto dallo IAS di Vienna per conto della Commissione Europea, l’Italia compare al secondo posto per indice di sovraregolamentazione della distribuzione al dettaglio dei farmaci dopo la Grecia¹. All’interno di un settore che dappertutto è storicamente chiuso alla concorrenza, l’Italia appare come il Paese che assomma su di sé gli elementi regolatori più invasivi: dal contingentamento numerico degli esercizi farmaceutici, alle restrizioni per l’accesso alla titolarità dell’esercizio, ai vincoli sui giorni e sulle ore di apertura, all’ampiezza dell’esclusiva di vendita (tutti i farmaci), alla regolazione dei prezzi e dei margini di ricavo.

In particolare, Belgio, Spagna, Francia, Olanda Austria e UK permettono la vendita di alcuni medicinali direttamente da parte di medici. Danimarca, Germania, Irlanda, Olanda, Austria e UK permettono la vendita di *OTC* tramite la distribuzione commerciale organizzata. A livello internazionale il comparto degli *OTC* equivale a quello dei *SoP* (la distinzione esiste soltanto nell’ordinamento italiano). Inoltre, per la vendita degli *OTC* non necessariamente è prevista la presenza di un farmacista (es.: la *General Sale List* in UK ed Irlanda, la lista dei farmaci “*with only a slight effect*” in Germania e in Austria, la lista equivalente in Olanda).

[2] Sulla base di quel rapporto, la Commissione ha nel 2004 e nel 2005 inviato due Comunicazioni al Consiglio e al Parlamento Europeo (COM83/2004 e COM405/2005), in cui si descrive lo *status quo* e si invitano i Paesi Membri a seguire due principi base per attuare riforme: (a) la proporzionalità tra gli

¹ Escludendo il caso della Svezia, dove il valore elevato dell’indice rispecchia la particolare organizzazione della distribuzione, con la rete delle farmacie di proprietà pubblica.

interventi regolatori limitativi della concorrenza e i benefici che ne possono scaturire in termini di interesse generale; (b) e la prassi di esplicitare in forma completa il collegamento diretto che dalla misura restrittiva della concorrenza porta al soddisfacimento dell'interesse generale. Nel 2005, la Commissione ha posto la "definizione di interesse generale" come concetto cardine per valutare la razionalità economico-sociale dei vincoli alla concorrenza. Nelle due Comunicazioni e nel successivo documento di lavoro dello scorso Settembre (SEC1064/2005), l'Italia è inserita nel gruppo di Paesi in cui dal 2003 ad oggi non sono state portate a termine riforme strutturali.

[3] Nel Dicembre 2003, una sentenza della Corte di Giustizia Europea (causa C-322/01), a proposito dell'acquisto via *internet* dei farmaci, ha stabilito che "non esiste alcun motivo legittimo che potrebbe giustificare un divieto assoluto di vendita a distanza di medicinali non soggetti a prescrizione medica", purché "[...] le funzionalità on-line prevedano [un passaggio informativo obbligatorio] prima di procedere all'acquisto [...]". La stessa Corte ha contestualmente specificato che il divieto di pubblicità è giustificato soltanto in relazione ai farmaci con obbligo di prescrizione, così riaffermando quanto già stabilito nel Codice comunitario sui medicinali per uso umano (Direttiva 2001/83/CE). Il Codice, infatti, permette la pubblicità dei farmaci senza obbligo di prescrizione, premurandosi poi di elencare una serie di caratteristiche necessarie che i messaggi pubblicitari devono rispettare.

La Corte di Giustizia ha quindi maturato una posizione favorevole alla diversificazione del canale distributivo e al veicolamento di maggiori informazioni tramite la pubblicità, su una ipotesi di riforma più ampia di quella di cui si sta discutendo oggi. Si sottolinea, inoltre, come la sentenza della Corte non preveda che l'informazione venga diffusa necessariamente da un farmacista.

[4] L'ultimo aspetto "europeo" che è importante richiamare è la Comunicazione del 21 Marzo 2005 della Commissione al Governo Italiano (per ipotesi di violazione articoli 43 e 56 del Trattato della Comunità Europea). La Commissione rimarca che, se è irrinunciabile che la conduzione dell'esercizio farmaceutico rimanga affidata a farmacisti abilitati in tutti gli aspetti riguardanti i rapporti con i clienti (per la vendita di farmaci con prescrizione obbligatoria), non è invece necessario ai fini della tutela degli interessi pubblici l'obbligo che la proprietà dell'esercizio e la gestione economica dello stesso sia di farmacisti². Questa comunicazione esprime un auspicio che la proposta di legge di cui si sta in questa sede discutendo in parte realizzerebbe, permettendo di separare la titolarità dell'impresa (diritto di proprietà) dalla titolarità dei requisiti oggettivi e soggettivi per la sua conduzione (diritto di esercizio della professione).

L'AGCM e le scelte di policy italiane

Se si analizza il decreto sui farmaci "C" di Maggio *u.s.* alla luce dell'attività di segnalazione svolta dall'AGCM negli ultimi 10 anni (sino alla AS 300/2005), appare chiaramente l'insufficiente portata pro-concorrenziale delle scelte di *policy* condotte in Italia. E' interessante notare come le osservazioni dell'AGCM puntino su questioni strutturali comuni, *mutatis mutandis*, ai diversi comparti dei farmaci (con e senza obbligo di prescrizione, *i.e.* rimborsabili e non rimborsabili).

AS 131/1998 "Determinazione del prezzo dei farmaci" – Si fa rilevare che, nei due anni successivi alla loro liberalizzazione (Novembre 1995), i prezzi dei farmaci "C"³ hanno registrato aumenti mediamente superiori al 17% e con caratteristiche tali da far supporre un coordinamento (implicito o esplicito) delle politiche di prezzo. Se ne deduce che la sola liberalizzazione dei prezzi, senza

² Attualmente la titolarità della farmacie spetta: al farmacista abilitato, a società di persone di tutti farmacisti abilitati, anche a società di capitali non necessariamente di tutti frammisti ma solo nel caso di farmacie pubbliche.

³ I prezzi degli OTC erano stati liberalizzati nel 1990.

fondazioni strutturali che supportino direttamente i comportamenti degli operatori, rimane puramente "nominalistica". Sempre a tale proposito, la possibilità del Ministro della Sanità di decidere, attraverso un tavolo di autoregolamentazione, interventi di contenimento dei prezzi in fascia "C" e la scelta della frequenza annuale per apportare aumenti agli stessi prezzi (entrambe introdotte con la Legge Finanziaria per il 1998) sono criticate, perché: (a) incapaci di creare condizioni strutturali per la diffusione dei prodotti equivalenti più economici; (b) favorevoli allo scambio di informazioni e al coordinamento dei comportamenti; (c) facilmente "endogeneizzabili" ed "anticipabili" da parte degli operatori di mercato. La natura dell'intervento del 1995 e di quelli successivi per il controllo dei prezzi e della spesa è la medesima che ispira il decreto sui farmaci "C" e il coordinamento Ministero – Associazioni delle farmacie per la prassi degli sconti sui *SoP* e gli *OTC*.

AS 144/1998 "Regolamentazione degli esercizi farmaceutici" e AS 194/2000 "Regolamentazione di orari e turni delle farmacie" – Si evidenzia la forte limitazione concorrenziale che deriva dalla sovraregolamentazione della distribuzione al dettaglio dei farmaci che, ben lungi dal generare più efficace perseguimento dell'interesse generale, appare a diretta tutela degli interessi economici degli *incumbent*. Due esempi: (a) circa l'80 per cento dei Comuni italiani, corrispondenti al 27% della popolazione, ha a disposizione una sola farmacia; (b) circa 30.000 farmacisti abilitati, che lavorano alle dipendenze presso un esercizio farmaceutico, potrebbero, se il contingentamento non rendesse artificialmente scarsa l'offerta, avviare nuovi esercizi farmaceutici. Tutti i vincoli ad oggi previsti dovrebbero essere trasformati in requisiti minimi (di presenza territoriale, di giorni ed ore di apertura) prevedendo: (a) la liberalizzazione dell'apertura delle farmacie da parte di tutti coloro abilitati all'esercizio (esame di Stato); (b) la liberalizzazione di giorni/orari di vendita; (c) il ridimensionamento del divieto di pubblicità, sia dell'esercizio farmaceutico (la pubblicità è oggi possibile solo sugli elenchi telefonici con previo visto del Sindaco e delle Associazioni di categoria) sia dei farmaci (con inclusione dei *SoP* non *OTC*); (d) la rimozione dell'esclusiva sui farmaci da banco, seguendo le positive esperienze degli altri Paesi UE.

Le indicazioni dell'AGCM sono di portata "globale", cioè interessano tutte le attività oggi riservate alle farmacie e, quindi, farmaci "A" e "C" e, tra questi, anche *SoP* e *OTC*. La proposta di legge di cui si sta discutendo in questa sede riuscirebbe a recepire tali indicazioni con riferimento agli *OTC* o a tutti i *SoP*, a seconda di come la si applichi, senza la necessità di entrare nel dettaglio delle modifiche del *corpus* normativo oggi regolante le farmacie. Potrebbe essere un "primo passo" importante, su un percorso più lungo di apertura al mercato.

AS 57/1995 "Introduzione e sviluppo su larga scala dei farmaci generici" – Questa segnalazione riveste una importanza che va al di là del riferimento ai prodotti generici. Si rimarca l'importanza della diversificazione dell'offerta come strumento per perseguire nel contempo l'obiettivo della sostenibilità finanziaria e dell'adeguatezza, sia in fascia "A" che in fascia "C".

La diversificazione dell'offerta (si commenta sulla scorta della segnalazione) avviene non solo attraverso la diffusione delle copie economiche equivalenti dei farmaci *off-patent*, ma anche attraverso la canalizzazione verso il consumatore di una varietà ampia di prodotti⁴, nonché di confezioni di varia grandezza degli stessi (*packaging*). Tale varietà dell'offerta è generabile e mantenibile nel tempo solo se lungo tutta la "filiera" del farmaco esistono condizioni strutturali di concorrenzialità, che spingono i produttori ad immettere sul mercato copie economiche⁵ e farmaci di vario *packaging*, perché "a valle" la domanda per questi prodotti si riesce effettivamente ad esprimere. Attualmente

⁴ La sostituibilità può esistere anche tra prodotti con diverso principio attivo e anche tra prodotti *in-patent*. L'importante è che non venga imposta dal Legislatore (che opportunamente sceglie infatti definizioni di *cluster* di sostituibilità ristrette per l'applicazione del *reference pricing*), ma valutata dal medico secondo del singolo caso sanitario soggettivo.

⁵ Rispecchianti il più possibile i costi efficienti di produzione, senza sovrapprofitti erodibili dalla concorrenza.

così non è per due motivi diversi, in fascia "A" e in fascia "C", rimandanti però ad un'unica ragione strutturale:

- in fascia "A", lo schema proporzionale dei margini di ricavo *ex-lege* rende non praticabile concorrenza di pezzo (*à la Bertrand*) e anzi incentiva la commercializzazione dei prodotti più costosi (sia perché hanno prezzo per *us* più elevato sia perché hanno un *packaging* sovradimensionato o non ottimale rispetto al caso sanitario soggettivo);
- in fascia "C", perché ugualmente la libera fissazione dei prezzi e la libera definizione dei margini di ricavo rende conveniente la scelta di formule contrattuali produttore-distributore premianti la commercializzazione dei prodotti più costosi (*cf. infra*).

Nel primo caso, la soluzione di *policy* dovrebbe prevedere un disegno dei margini più coerente con i costi effettivi-efficienti di distribuzione (*i.e.* ricorso a *forfait* per prodotto o per ricetta; la segnalazione fa esplicito riferimento alla necessità di superare la proporzionalità al prezzo), nonché la liberalizzazione dell'apertura delle farmacie, con il vincolo che il rapporto con il cliente sia tenuto necessariamente da farmacista abilitato.

Nel secondo caso, per i farmaci con obbligo di prescrizione la liberalizzazione dell'apertura delle farmacie continua a rappresentare la soluzione strutturale affinché l'offerta dei farmaci sia costantemente quella efficiente; mentre per i *SoP* e per gli *OTC* il guadagno di efficienza e, di conseguenza, l'ammontare delle risorse risparmiabili nell'intermediazione commerciale e destinabili ad altri scopi è maggiore nella misura in cui è coinvolta la distribuzione organizzata. Si consideri che il progetto di legge di cui si discute, se prevede la presenza di un farmacista abilitato nei locali della distribuzione organizzata, si pone nel solco di queste riforme, ma rimanendo comunque prudente, perché anche per *SoP* ed *OTC* sarebbe sempre disponibile l'assistenza di uno specialista.

AS 300/2005 "Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili" – L'importanza delle condizioni espresse in precedenza appare ancor più netta se si riflette su un altro aspetto che accomuna fascia "A" e fascia "C": sia il *reference pricing* di fascia "A" che le liste di trasparenza di fascia "C" (sui farmaci con obbligo di prescrizione) necessitano, per funzionare, di un'offerta variegata, cioè necessitano che i "gruppi di equivalenza" risultino effettivamente "pieni" di prodotti disponibili al consumatore. Ad oggi, i farmacisti hanno obblighi di detenzione in magazzino espressi unicamente in termini di sostanze chimiche. Non esiste quindi nessuna garanzia che l'indicazione dell'esistenza dell'equivalente più economico si traduca poi nella sua immediata disponibilità nel punto vendita; così come non esiste neppure un meccanismo strutturale (chiaro e trasparente) in grado di garantire che il farmacista di volta in volta onori l'obbligo di indicare l'esistenza dell'equivalente più economico. La liberalizzazione degli esercizi farmaceutici, con la riduzione di vincoli alla pubblicità sull'esistenza di nuove farmacie, creerebbe gli incentivi individuali a costituire un'efficiente dotazione di magazzino, pronta per trasformarsi in offerta efficiente di farmaci.

Un discorso analogo è valido per gli sconti volontari su *SoP* e *OTC*: in mancanza di effettiva concorrenza, non solo la buona pratica dello sconto rimane incerta (con possibili disuguaglianze territoriali), ma non si arriva a produrre sufficienti stimoli affinché i prodotti veicolati al consumo siano realmente quelli equivalenti più economici: lo sconto dell'*x%* potrebbe applicarsi a prodotti ad alto prezzo (o comunque costosi perché presenti solo in grandi confezionamenti) così rendendolo "di forma", senza un effettivo innalzamento dell'efficienza dell'offerta complessiva. Nel caso di *SoP* ed *OTC*, la creazione di idonei incentivi individuali potrebbe contare non solo sulla liberalizzazione degli esercizi farmaceutici, ma anche sull'interessamento della distribuzione organizzata. Una concorrenza rafforzata nella distribuzione di *SoP* e *OTC* sarebbe tanto più opportuna se si considera che è proprio in questi comparti che presumibilmente esiste la maggior possibilità di sostituzione con copie

economiche o comunque con prodotti equivalenti, poiché “per definizione” i farmaci *in-patent* con proprietà terapeutiche innovative e specifiche sono ricompresi in fascia “A”⁶.

La segnalazione dell’AGCM arriva a conferma delle considerazioni appena svolte. Essa afferma che “la concorrenza costituisce lo strumento più potente per assicurare la riduzione dei prezzi e la diffusione di tale beneficio a tutta la collettività”, sottolineando la debolezza del blocco biennale dei prezzi in fascia “C” e la previsione di uno sconto massimo praticabile dai distributori su *SoP* e *OTC*, quest’ultimo lasciato alla volontarietà degli esercenti e agli accordi consociativi. Per contro, l’AGCM rimarca la necessità di ottenere proprio quei risultati che deriverebbero *naturaliter* se la promozione della concorrenza avvenisse agendo sugli incentivi individuali: la diffusione delle copie economiche equivalenti, l’ampliamento della varietà di *packaging*, l’allineamento dei margini di distribuzione ai costi efficienti.

Alcune statistiche significative (cfr. slide allegate)

Le argomentazioni presentate trovano una interessante conferma in alcune statistiche di settore e di mercato che qui di seguito si descrivono.

[1] Se si utilizzano i dati di vendita complessivi per il tramite delle farmacie per confrontare i prezzi *ex-factory* (per *us* e per *DDD*, sia al cambio nominale che in parità di potere d’acquisto) di prodotti a base dello stesso principio attivo (fonte IMS 2003 e 2005), l’Italia mostra:

- prezzi dei *branded* (*in-patent* ed *off-patent*) mediamente inferiori al livello UE e nettamente inferiori rispetto al Regno Unito e agli USA;
- prezzi *ex-factory* dei generici puri mediamente allineati al livello UE ma inferiori rispetto agli USA;
- come conseguenza dei due punti precedenti, rapporti di prezzo tra generico puro equivalente e relativo *branded* mediamente più elevato che in UE e nettamente più elevato che nel Regno Unito e negli USA.

[2] I risultati precedenti, che testimoniano della scarsa competizione *à la Bertrand*, sono confermati quando dal totale delle vendite (fascia “A” e fascia “C”) l’analisi passi a focalizzarsi sul comparto dei rimborsabili (fascia “A”).

[3] Se quindi i prezzi *ex-factory* dei prodotti sono mediamente inferiori agli omologhi internazionali, un andamento diverso e contrario (ai fini dell’impatto sulla spesa) mostrano le quantità vendute: l’Italia ha una delle più basse penetrazioni dei generici puri in UE-15, inferiore a tutti i maggiori *Partner* (sia in termini di *us* che di *DDD*). Anche in questo caso, il dato rimane lo stesso sia sul totale delle vendite che sulle vendite ristrette in fascia “A”. Questo risultato conferma l’insufficiente competizione *à la Bertrand* e l’inefficienza dell’offerta canalizzata verso il consumatore finale.

[4] L’offerta dei farmaci in fascia “A” è quella meno diversificata nel *packaging* rispetto a Francia, Germania e Spagna, se si considerano: la media di *us* nelle confezioni di tutti i prodotti; la media della variabilità di *us* nelle varie confezioni per prodotto; la media del numero minimo di *us* nelle varie confezioni per prodotto; la media del numero massimo di *us* nelle varie confezioni per prodotto; il numero di confezioni per prodotto. Il confronto è in fase di estensione agli altri *Partner* e a tutti i prodotti (fascia “A” e fascia “C”), ma si presume che questa caratteristica possa trovare conferma.

⁶ Più in generale, si può affermare che è più facile trovare prodotti sostituti (anche a base di principi attivi diversi) quando l’effetto terapeutico richiesto è modesto e riguarda affezioni minori per le quali non è necessario l’interessamento di un medico. Inoltre, per la fascia “C” esistono/esisterebbero più numerose copie economiche.

L'offerta canalizzata al consumatore è, quindi, poco varia, rendendo più frequente il consumo subottimale.

[5] Per quanto riguarda i margini alla distribuzione sui rimborsabili, l'Italia è il Paese che ha la struttura che maggiormente si discosta del *benchmark* ottimale⁷, nel confronto con Francia, Germania e Spagna, cioè con i principali *Partner* che adottano schemi di regolamentazione puntuale *ex-ante* (cfr. Note CERM 5-6-7 su www.cermlab.it).

[6] La valutazione del livello dei margini sui farmaci rimborsabili deve tener conto della corrispondenza tra ricavi e quota parte dei costi dell'esercizio della farmacia ascrivibile alla commercializzazione di quei farmaci⁸. Se si parte da questa base metodologica, i margini *ex-lege* italiani dovrebbero essere traslati verso l'alto rispetto a quelli dei *Partner UE*, dal momento che l'Italia è il Paese con:

- uno dei perimetri di rimborsabilità più ristretti (in Francia, Germania e Spagna anche numerosi *SoP* sono ammessi al rimborso, e questa scelta è controbilanciata dall'applicazioni di *copayment* responsabilizzanti);
- uno degli ambiti di regolazione del prezzo (almeno quella *ex-ante*) più circoscritti (solo i farmaci di fascia "A", laddove altrove la regolazione arriva ad interessare tutti i farmaci con obbligo di prescrizione, come in Portogallo, o addirittura in alcuni casi tutti i farmaci)⁹;
- la riserva di vendita più ampia su prodotti non rimborsabili e a prezzo e margini liberi (tutti i farmaci "C").

[7] Così si spiega uno dei risultati più significativi del rapporto che lo IAS ha curato per la Commissione Europea. Nel 1998 (i dati più recenti per il confronto internazionale), l'Italia compare al primo posto per ricavo medio (*ante* imposte) della farmacia per *us* di tutti i farmaci commercializzati: il 34,1% in più rispetto alla media UE in Euro-PPP, il 26% in più in Euro correnti.

[8] Il dato riportato allo IAS può essere approfondito nella sua componente derivante direttamente dalla riserva di vendita sui farmaci "C" in un contesto di "scarsità dell'offerta di distribuzione". Se, sulla base dei dati di vendita complessivi per il tramite delle farmacie (IMS 2003 e 2005), si calcola il margine medio della distribuzione (all'ingrosso e al dettaglio) rispettivamente su¹⁰:

- farmaci "C" con obbligo di prescrizione a base dei primi 3 principi attivi per controvalore delle vendite;
- farmaci "C" *SoP* a base dei primi 3 principi attivi per controvalore delle vendite;
- farmaci "C" *OTC* a base dei primi 3 principi attivi per controvalore delle vendite;
- campioni di varia ampiezza delle tre categorie di farmaci;

in tutti i casi il valore risulta compreso tra il 34 e il 35% del prezzo al pubblico (IVA esclusa), con una variabilità molto ristretta e con picchi superiori al 36%.

Si tratta di valori che superano il margine previsto dal primo scaglione *ex-lege* per i farmaci rimborsabili (grossisti + farmacisti ed anche senza tener conto dello sconto obbligatorio al SSN).

Se si considera lo sconto obbligatorio all'SSN, il divario è compreso tra i 4 e i 20 punti percentuali, a seconda dello scaglione di riferimento per i margini in fascia "A" (se si considera il limite inferiore dell'intervallo [34-35]).

⁷ Profilo decrescente con continuità nel prezzo *ex-factory*, con grado di regressività più concentrato nelle fasce iniziali di prezzo e via via in attenuazione (la forma di una iperbole equilatera o di sue varianti).

⁸ La maggior parte dei costi di esercizio ha natura fissa (ivi inclusa la retribuzione del personale specializzato) ed è imputabile in egual misura a tutti i prodotti commercializzati.

⁹ Cfr. il citato rapporto IAS.

¹⁰ Si incrocia il *database* di IMS (contenente i prezzi *ex-factory*) con la lista di trasparenza dei farmaci di fascia "C" con obbligo di prescrizione e con altri *database* contenenti i prezzi al pubblico più aggiornati.

Trova conferma quanto “previsto”, cioè la trasposizione *tout court* delle inefficienze degli schemi proporzionali dal comparto rimborsabile a quello non rimborsabile, con l’“aggravante” che la libera fissazione del prezzo e la libera contrattazione dei margini sono in grado di enfatizzare le ricadute negative, in mancanza di un sufficiente livello di concorrenza tra esercizi farmaceutici e tra questi e altri canali distributivi.

Dai dati emerge che i margini *ex-lege* sui farmaci “A” non solo funzionano da *focal point* per la contrattazione dei margini della distribuzione sui farmaci “C”*, ma anche che i margini su questi ultimi contengono mediamente un “premio” rispetto a quelli sui primi, crescente nel prezzo (perché in fascia “C” non c’è lo scaglionamento previsto dal Legislatore in fascia “A” e viene meno anche lo sconto obbligatorio al SSN, anch’esso crescente nel prezzo).

Sarà interessante proseguire il lavoro impostando una dettagliata analisi internazionale sui farmaci *SoP*; tuttavia, anche indipendentemente dal confronto internazionale, i dati sono “macroscopici”: il 34-35% del prezzo al pubblico costituito dal margine della distribuzione, con una differenza di + 4 punti percentuali rispetto al primo scaglione dei rimborsabili (al netto dello sconto al SSN) e + 20 punti percentuali rispetto all’ultimo scaglione.

Sul piano della logica economica, ci si sarebbe attesi, invero, il contrario, cioè margini percentuali più elevati sui rimborsabili, dove la professionalità del farmacista è maggiormente funzionale allo svolgimento di uno specifico servizio pubblico (che non può essere trasferito su altri)¹¹.

Conclusioni

Sulla base delle considerazioni esposte, degli indirizzi a livello europeo, delle valutazioni dell’AGCM e dell’analisi economica, è possibile sostenere che le riforme dovrebbero essere intense e profonde: (a) la rimozione del prezzo unico nazionale su tutta la fascia “C” (con possibile estensione anche in fascia “A”¹²); (b) la completa liberalizzazione dell’apertura degli esercizi farmaceutici; (c) il ridisegno dei margini di ricavo sulle vendite in fascia “A”; la separazione tra conduzione della farmacia e proprietà della stessa.

Di fronte a questa *agenda*, la proposta in esame rappresenta un avanzamento che appare tutto sommato anche moderato e prudente.

Nel momento in cui gli esercizi farmaceutici fossero completamente liberalizzati, verrebbe a “cadere” anche la differenza tra apertura di nuove farmacie (*i.e.* rafforzamento del canale tradizionale) e coinvolgimento della distribuzione organizzata (*i.e.* attivazione di nuovi canali). Infatti, l’esercizio farmaceutico, condotto da farmacista/i abilitato/i nei suoi aspetti specifici professionali, potrebbe trovare collocazione, sul piano organizzativo e della gestione aziendale, all’interno dei complessi della distribuzione organizzata, con guadagni di efficienza e risparmi di risorse senza nocumento alcuno per l’efficacia del servizio e la salute pubblica.

Questo, che probabilmente è il futuro, adesso rappresenterebbe un cambiamento troppo radicale, oltre che per gli equilibri economico-politici, anche per i tempi del Legislatore chiamato a rinnovare il *corpus* normativo. Proprio per questo motivo, un passo più piccolo, come quello della proposta di legge, potrebbe avviare un processo di riforma da attuarsi su un arco di tempo più lungo, con un vaglio più approfondito delle singole innovazioni.

Ci sono due aspetti, tuttavia, sui quali la proposta di legge dovrebbe approfondire:

¹¹ In una ipotetica contabilità regolatoria di massimo dettaglio, la retribuzione del farmacista potrebbe essere attribuita in proporzioni maggiori all’attività di vendita dei farmaci in fascia “A”.

¹² Cfr. Nota CERM n. 4-05 e successivo Argomento di Discussione (www.cermlab.it). Il produttore indicherebbe il prezzo massimo praticabile alla vendita, mentre diverrebbero flessibili i margini chiesti dalla singola farmacia.

- il diverso trattamento di *SoP* e *OTC*, che nel dibattito corrente sembrano a volte accomunati a volte distinti (per i primi potrebbe richiedersi necessariamente la presenza di un farmacista abilitato, per i secondi questa previsione potrebbe esser rimossa¹³);
- l'opportunità, proprio sulla base di quanto già avviene all'Estero, di adottare delle liste esplicite con l'indicazione dei *SoP* e degli *OTC* vendibili tramite la distribuzione organizzata.

Altrove queste liste sono state probabilmente necessarie perché non esisteva una ripartizione interna ai *SoP* come in Italia e, quindi, si è fatto ricorso ad una selezione di quelli che, per dosaggio, capacità terapeutica, effetti collaterali, etc., potevano trovare commercializzazione all'esterno delle farmacie. Una soluzione di questo genere potrebbe essere seguita anche in Italia, per dare gradualità alla riforma e allegarne la base consensuale, con il vincolo, però, che il "filtro" sui *SoP* non arrivi a "spuntare" la sua portata pro-concorrenziale.

Si consideri, infine, che nel 2003 (dati Rapporto OSMED), la spesa per i farmaci senza obbligo di prescrizione (*SoP* ed *OTC*) è ammontata ad oltre il 10 per cento del totale della spesa farmaceutica territoriale (pubblica e privata). Di conseguenza, la riduzione del sovracosto della distribuzione potrebbe contribuire a rinnovare i vincoli di bilancio entro cui si muovono le politiche settoriali, proprio in un frangente in cui la trasformazione federalista *in fieri* da un lato e, dall'altro, il rilancio dell'innovazione scientifica e tecnologica richiedono il massimo sforzo di efficienza allocativa.

In conclusione, la valutazione della proposta di legge è positiva.

¹³ La distinzione potrebbe essere superflua se il progetto di legge, nella sua versione finale, contemplerà la presenza di un farmacista abilitato per guidare all'acquisto sia di *SoP* che di *OTC*.