



PILLOLE&SPESA/ L'intervento a sorpresa dell'Authority scatena voglie e paure di supermarket

Sconti «C»: adesso l'Antitrust

Sei consigli ai senatori - Farmacie, aziende e medici contro - Catricalà:

La bufera è esplosa a sorpresa nel caldo festivo del 2 giugno, spiazzando chi credeva archiviata l'ennesima settimana a ferro e fuoco tra farmacisti e Salute. A ravvivare le braci ci ha pensato l'Antitrust, che ha scelto la fanfara delle parate per inviare al Parlamento un pensiero che sa d'antico. Sei consigli che ricalcano fedelmente le sue prese di posizione in materia del lontano al 1998.

Il sistema farmaceutico è cambiato poco - deve aver pensato il Garante - e le leggi della concorrenza sono quelle che sono: «Buona idea, ma c'è qualche punto critico». E giù col martello pneumatico. «No» al tetto agli sconti (fa «prezzo minimo» e non garantisce effetti); «No» al prezzo massimo e al blocco biennale dei listini (la «ripigliata» dei produttori a fine blocco è certa, il risparmio assai meno); «Sì» all'abolizione del prezzo unico su tutto il territorio nazionale (fa concorrenza); «Sì» all'abolizione dell'obbligo per i grossisti di detenere almeno il 90% dei medicinali «C» in commercio (idem); «Sì» alla vendita dei farmaci da banco nei supermarket come fanno i Paesi scandinavi, la Germania, il Regno Unito, l'Olanda e a breve (la legge è stata da poco approvata, ndr) anche il Portogallo (doppio idem). E ancora: «Sì» alla dispensazione «dosata» dei farmaci che servono al ciclo di cura (tot giorni, tot pillole: «c'è risparmio») e «Sì» alla ricetta per principio attivo («lancia» i generici).

Un massacro, insomma. Anzi un «apertivo», visto che il presidente dell'Authority, Antonio Catricalà, ha già anticipato che «entro l'estate toccherà alle Asl», grazie a una indagine sui loro possibili effetti anticoncorrenziali che «naturalmente sarà avviata sentendo prima Storace».

Il termine di due mesi fissato dalla Commissione delle comunità europee per la replica italiana è

La procedura d'infrazione avviata da Bruxelles tira in ballo anche i

La legislazione italiana in materia di partecipazioni o titolarità di società di gestione di esercizi farmaceutici è quasi tutta da rifare.

Il trattamento di favore indirizzato ai titolari che siano persone fisiche rispetto alle persone giuridiche nonché le ulteriori garanzie concesse agli eredi sembrano andare ben oltre le ragioni di ordine, sicurezza o sanità pubblici in base alle quali gli articoli 46 e 58 del Trattato delle

Comunità europee sono disposti a concedere deroghe alle norme del trattato stesso (articoli 43 e 56), che garantiscono rispettivamente la libertà di stabilimento e la libera circolazione di capitali all'interno della dell'Unione. A sostenerlo è la lettera invia-

ta il 16 marzo scorso al ministro degli Esteri, Gianfranco Fini, con cui la Commissione Ue annunciava l'apertura della procedura d'infrazione nei confronti dell'Italia sulle norme che disciplinano il settore (cfr. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 14/2005),

concedendo due mesi di tempo per le controdeduzioni. I contenuti del messaggio vanno però ben oltre la questione scatenante della privatizzazione delle farmacie comunali milanesi. Nel mirino della Commissione sono finite an-

che le norme della legge 362/1991 (riordino del settore farmaceutico) che vietano alle persone fisiche non in possesso di un diploma di laurea in farmacia e alle persone giuridiche non composte da farmacisti di assumere la titolarità di farmacie private.

I «paletti» vanno oltre gli obiettivi

Reattivo come pochi il ministro della Salute, Francesco Storace, non si è fatto cogliere in contropiede. Ha convocato una conferenza stampa lampo, ha esternato «rispetto» per la segnalazione dell'Antitrust («liberista di fronte a un Dl di stampo liberale») e ha chiarito che se dipende da lui i farmaci al supermarket non ci finiranno mai, specificando subito dopo: «A decidere sarà il Parlamento. E nel caso non mi ci strapperò i capelli». I pensieri «pesanti» Storace li ha tenuti in serbo per Federferma, quelli affettuosi per i cittadini.

«La Salute pubblicherà i luoghi dove si risparmia» ha promesso a questi ultimi, fidando in una «fantasia senza limiti». «Ai farmacisti conviene difendere il provvedimento per evitare il peggio», ha mandato a dire alla seconda, pensando anche agli esiti della procedura di infrazione avviata contro l'Italia dalla Comunità europea in merito alla disciplina di settore (v. box).

Immedie le repliche. La più sofferta è stata quella di Giorgio Siri: «Parliamo lingue diverse: l'Antitrust pensa al mercato, i

Le regole italiane

Le farmacie private possono essere gestite solo da persone fisiche o società di farmacisti che gestiscono una farmacia prima dell'entrata in vigore della legge 362/1991

In caso di decesso del farmacista titolare, il coniuge o l'erede possono mantenere il diritto di gestione fino al compimento del trentesimo anno d'età ovvero per 10 anni se entro un anno si iscrivono a una facoltà di farmacia

Le contestazioni Ue

Le limitazioni alla libertà di stabilimento o alla circolazione di capitali debbono: applicarsi in modo non discriminatorio; basarsi su imperiosi motivi d'interesse pubblico; non superare lo scopo perseguito

L'Italia non riconosce conflitto d'interessi tra vendita al dettaglio e all'ingrosso per i farmacisti che siano persone fisiche

L'Italia ammette deroghe per le Spa e gli eredi

Su entrambi gli aspetti il messaggio - firmato per conto della Commissione da Charlie McCreery - adombra dubbi di scarsa proporzionalità. Il quadro giuridico esistente e i vincoli economici e concorrenziali cui sono soggetti grossisti e farmaci-

sti riducono - secondo Bruxelles - il rischio di conflitto d'interessi e sostituzione sistematica dei medicinali da parte del farmacista eventualmente coinvolto in società di distribuzione.

Allo stesso modo il divieto puro e sem-

Il decreto legge del 20 maggio 2005 (cosiddetto decreto «Storace») non riesce a rinnovare le prospettive della regolazione farmaceutica, ricorrendo a un ulteriore intervento diretto sui prezzi e trascurando ancora i meccanismi fondamentali che quei prezzi generano.

Alcuni elementi positivi esistono, ma «affogati» dall'impronta complessiva della manovra e, soprattutto, isolati in un sistema farmaceutico in cui la trasmissione degli effetti positivi incontra frizioni e ostacoli che possono causare la completa inefficacia di innovazioni valide singolarmente a livello formale e teorico.

Gli aspetti timidamente positivi... L'articolo 1 del decreto dà un definitivo impulso alle liste di trasparenza dei farmaci di fascia «C» vendibili su prescrizione.

Finalmente è stabilito che una o più copie dell'elenco debbano essere a disposizione del pubblico in ciascuna farmacia per segnalare la presenza di farmaci equivalenti più economici, favorire la razionalizzazione degli atti di consumo e, attraverso le scelte efficienti dei pazienti, trasmettere anche impulsi concorrenziali ai produttori.

La definizione di equivalenza tra prodotti è la stessa già applicata al reference pricing di fascia «A», ma c'è una novità interessante che potrebbe essere utile estesa anche a quest'ultima: per permettere il confronto tra confezioni di diverso packaging, il prezzo riportato alle liste di trasparenza? Direttamente sulle confezioni? Si riferisce al-

l'unità posologica o alla quantità unitaria di principio attivo.

Sono questi gli elementi per i quali si potrebbero intravedere possibili effetti positivi, se però non esistesse il reale rischio di una loro scarsa efficacia, dovuta al fatto che non è compatibile con gli incentivi individuali l'ipotesi che le farmacie si dotino dei prodotti più economici per risultare sempre provviste alla richiesta del cliente. È presumibile, infatti, che la libera contrattazione tra produttore e distributore valida in fascia «C» riservi a quest'ultimo margini più elevati in valore assoluto al crescere del prezzo dei prodotti smerciati, favorendo la presenza dei farmaci più costosi in magazzino. Ed è arduo immaginare che, soprattutto se non è dotato di magazzino, un farmacista si «sbracci» nell'indicare la presenza di un farmaco equivalente più economico, praticamente spingendo il paziente a servirsi altrove.

Si ripresenta cioè lo stesso problema già riscontrato per il reference pricing di fascia «A»: a fronte della bassa penetrazione dei prodotti che dovrebbero prestare il prezzo di riferimento e alla mancanza di veri e propri obblighi di detenzione in magazzino o di procacciamento del singolo farmaco (generico o specialità) per il distributore al dettaglio (obblighi espressi per le farmacie in termini di principi attivi e di sostanze medicinali, mentre i grossisti devono detenere in magazzino almeno il 90% dei medicinali in commercio, ndr.)

Il decreto, insomma, sembra

Gli appunti degli economisti del Cerm sulle regole del «tagliaprezzi»

«Norme a impatto demagogico elevato ma

Cambia ministro ma l'illusione resta la stessa: quella cioè di governare la spesa farmaceutica intervenendo con misure tampone sui prezzi invece di agire sui meccanismi fondamentali che li determinano. E i pur vaghi elementi positivi introdotti per decreto annegano nelle inefficienze e nelle tensioni di un mercato farmaceutico che non si ha il coraggio di «riformare». È questo il giudizio poco caritatevole degli economisti del Cerm (Competitività, regolazione, mercati) - Fabio Pam-molli e Nicola Salerno - in merito al decreto «Storace» sui listini di fascia «C». Tra le critiche avanzate alle norme - ora all'esame del Parlamento - spicca la fiducia che il decreto sembra dare per scontata nella capacità competitiva della distribuzione al dettaglio.

Nel sistema attuale - spiegano gli autori - ottenere la concorrenzialità necessaria è impossibile. La ricetta suggerita, però, tocca pesantemente lo status quo del servizio farmaceutico territoriale: liberalizzazione dell'apertura delle farmacie e abolizione dell'esclusiva di vendita, sarebbero le uniche armi per invogliare i pazienti-consumatori a indirizzarsi sui presidi provvisti dei prodotti «migliori» (gli equivalenti più economici) e per incrementare la concorrenzialità

tra i prodotti senza ricetta. Altrettanto vana - secondo gli economisti del Cerm - la fiducia che il decreto sembra allo stesso modo riporre nella vis competitiva dei produttori. Le misure che bloccano il rinnovo dei listini per un biennio rischiano solo di provocare aumenti dei listini esasperati alla prima data utile. Mentre l'ipotetica massiccia attuazione degli sconti da parte delle farmacie avrebbe come primo effetto l'inasprimento delle contrattazioni azienda-grossista: i margini sulla «C» - ricordano Pam-molli e Salerno - sono già liberi e contrattati con il produttore, che avrebbe il coltello dalla parte del manico nel riconoscere margini inferiori a chi se li è già autoprecati con lo sconto.

Insomma, salterebbero anche gli equilibri della distribuzione. Meglio allora - concludono - puntare a eliminare i «colli di bottiglia» che ancora affliggono la catena del farmaco, stimolando i comportamenti virtuosi sia tra i produttori che tra i distributori, sia in «A» che in «C».

Con un baciamano alla demagogia e una pacca sulle spalle alle farmacie, più che mai nell'occhio del ciclone dopo che le aziende hanno deciso ufficialmente di fare buon viso a cattivo gioco. (S.Tod)

Ancora troppi colli di bottiglia

maci di fascia «C» senza obbligo di ricetta il livello di concorrenzialità potrebbe essere energeticamente rinvigorito eliminando l'esclusiva delle farmacie e ampliando i canali distributivi accessibili al pubblico.

... e quelli inefficaci o addirittura negativi. Gli aspetti positivi, quindi, sembrano presupporre delle riforme strutturali ancora

avvenire. Questa illusione (donde il titolo della nota) risulta ancora più evidente se si analizzano gli altri punti del decreto, per i quali non solo i dubbi sull'efficacia sono anche maggiori ma che potrebbero, addirittura, avere dei controeffetti negativi. Il blocco dei prezzi per un biennio, ad esempio, è una misura effimera e dall'impatto (volutamente o involontamente) demagogico: i produttori possono semplicemente «sterilizzare» il vincolo con politiche di prezzo da subito più sostenute. Anche in questo caso, il decreto sembra affidarsi troppo all'illusione che la vis competitiva dei produttori sia costantemente all'opera e sia tale da scongiurare un tale controeffetto.

Ancora più debole l'interven-

Storace: «Farmacisti, visto che avevo ragione?»

Sfascia il banco

«Dopo l'estate toccherà alle Asl»

già scaduto
favori agli eredi

plice di titolarità per i non farmacisti non sembra essere «davvero appropriato e necessario per raggiungere l'obiettivo di sanità pubblica perseguito». La necessità di possedere la qualifica di farmacista - fa sapere Bruxelles - è giustificata solo per quanto riguarda le relazioni con clienti e fornitori, mentre non lo è sul fronte della titolarità e della gestione. «dal momento che in ogni farmacia è presente un farmacista qualificato responsabile delle scorte e della fornitura dei prodotti».

Obiezioni che si specchiano in un disegno di legge "transversale" (S. 1389, primo firmatario il senatore dei Verdi Francesco Carella) assegnato alla Igiene e Sanità del Senato l'8 maggio 2002 e mai calendarizzato, che tra l'altro limita a due anni il diritto subentro nella gestione da parte degli eredi, per poi affidare nuovamente il presidio alle graduatorie regionali.

il "monopolio" dei camici da banco si è espresso anche il direttore del Mario Negri di Milano, Silvio Garattini, convinto sostenitore dell'abbinamento supermarket-Otc con farmacia venditore e soddisfatto della proposta di Storace di usare per i generici la definizione di «equivalenti».

Concorda solo sulla prima parte Mario Falconi (Fimmg): «Si aprirebbero anche nuove possibilità occupazionali per i giovani farmacisti», ha commentato. A stressare i camici di famiglia è piuttosto l'ipotesi di dover prescrive-

re per principio attivo.

«Si concentrerebbe nelle mani del farmacista un potere enorme nello spostare il mercato solo su alcuni prodotti» - ha concluso Falconi - «creando inoltre problemi a particolari categorie di pazienti, come gli anziani che subirebbero un danno dalla continua sostituzione dei farmaci cui sono affezionati».

Ma ci hanno pensato i consumatori a spazzare ogni possibile tentennamento, declinando tutte le lodi del "fuori canale" a partire dai Codicons: «Ci piace questo Antitrust a favore dei consumatori», ha proclamato il presidente Carlo Renzi, promettendo blitz a tappeto nelle farmacie «per vedere se i farmacisti rispettano l'obbligo di proporre il generico in alternativa alla specialità» e rimarcando che adesso «da priorità è rappresentata dai prezzi del latte in polvere per i bambini che costano 35 euro in Italia contro i 15 della Francia». Sulla stessa lunghezza d'onda Adiconsum (Paolo Landi): «L'importante è approdare nei supermercati» e Aduc, il cui presidente Vincenzo Donvito, definisce «uno scandalo» il monopolio dei farmacisti. «Perché non concedere la vendita anche nei piccoli esercizi?», ha chiesto Marco Venturi (Confesercenti).

Aspirazione che rischia di non trovare grande ascolto in Senato: «Il sistema così com'è è equilibrato» - ha smorzato il presidente della Igiene e Sanità, Antonio Tomassini (Fi) - per fare modifiche serve una riforma complessiva».

Ma a spezzare le reni al trasloco dal banco- al carrello basterebbe, secondo gli addetti ai lavori, il seguente enigma: che si fa con quei farmaci che pur essendo venduti senza ricetta recano il bollino voluto dalla Salute per segnalare la presenza di sostanze a effetto dopante?

S.Tod.

La segnalazione del Garante al Parlamento

L'Autorità intende segnalare, ai sensi dell'articolo 21 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, i possibili effetti distorsivi della concorrenza e del corretto funzionamento del mercato del decreto legge maggio 2005 n. 87, recante «Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale».

L'Autorità condivide l'obiettivo di assicurare una riduzione dei prezzi di vendita al pubblico dei farmaci non rimborsabili (fascia C) e apprezza l'intenzione di raggiungere detto obiettivo attraverso una maggiore concorrenza tra i produttori di farmaci e nella fase della vendita al pubblico dei farmaci. L'Autorità, tuttavia, rileva come alcune disposizioni possano determinare restrizioni della concorrenza che di fatto impedirebbero la riduzione dei prezzi auspicata.

In primo luogo, nel decreto legge è previsto un prezzo massimo per i farmaci senza obbligo di prescrizione medica (Sop) e per quelli di automedicazione, stabilito dal titolare dell'immissione in commercio e indicato sulla confezione. Tale prezzo è modificabile solo una volta ogni due anni. A riguardo, l'Autorità già in passato si è espressa negativamente in merito a vincoli di prezzo sui prodotti farmaceutici i cui prezzi erano stati liberalizzati. Tali vincoli introducono, infatti, elementi di rigidità nei comportamenti di impresa, senza raggiungere l'obiettivo di contenere le dinamiche dei prezzi ma, al contrario, possono favorire strategie collusive da parte dei produttori, giacché il prezzo massimo può risultare un punto di riferimento utilizzato dalle imprese per la definizione di comportamenti collusivi. Inoltre, il previsto meccanismo di adeguamento biennale del prezzo non garantisce di per sé un calmieramento dei prezzi, dal momento che i produttori, al momento dell'adeguamento, possono incrementare il prezzo in misura assai elevata, vanificando gli effetti del "tetto" imposto per i due anni precedenti.

Per quanto riguarda la possibilità di sconti sul prezzo da parte dei farmacisti fino a un limite massimo del 20%, l'Autorità osserva come la limitazione dell'entità di tale sconto introduca di fatto un prezzo minimo del farmaco che non trova alcuna giustificazione economica né regolatoria di settore, ma al contrario impedisce il pieno dispiegarsi della concorrenza sul

prezzo con effetti negativi per la collettività. Appare perciò opportuno rimuovere detto limite, lasciando alle farmacie piena libertà di fissazione del prezzo del farmaco. In ogni caso, la norma sugli sconti può avere comunque un connotato positivo laddove si inserisca in un quadro di disposizioni che mirino a rendere maggiormente concorrenziale la distribuzione dei farmaci a prezzo libero. A tal fine, l'Autorità suggerisce l'introduzione nel provvedimento in esame di ulteriori misure volte a favorire sia la concorrenza fra farmaci (interbrand), incentivando l'utilizzo dei farmaci generici, sia stimolando la concorrenza fra distributori al dettaglio dei farmaci (intra-brand).

Per quanto concerne il primo profilo, per i farmaci di fascia C con prescrizione medica, potrebbe essere inserito nel decreto legge l'obbligo per il medico di prescrivere solo il principio attivo (fatta salva la possibilità per il medico di specificare, per motivi clinici, la non sostituibilità del farmaco prescritto). In tal modo, la scelta del farmaco, che attualmente ricade sul medico che però non ne sopporta la spesa per l'acquisto, verrebbe trasferita al farmacista e al consumatore finale che ne verrebbe consigliato. Tale disposizione appare più efficace rispetto a quella contenuta nella norma in esame, che impone solamente un obbligo informativo al farmacista. Inoltre, anche nell'ottica di favorire risparmi nella spesa farmaceutica, appare opportuno che alle farmacie siano fornite quantità all'ingrosso di medicinali, allo scopo di consentire ai farmacisti di preparare e dispensare ai pazienti confezioni di farmaci che contengano la quantità esatta di unità di medicinale richiesta dalla cura prescritta dal medico.

Per quanto riguarda invece la concorrenza in sede di distribuzione dei farmaci, l'Autorità ritiene anzitutto opportuna l'abolizione del sistema del prezzo unico su tutto il territorio nazionale (come già suggerito dall'Autorità nella citata segnalazione del 1998), che consentirebbe ai distributori una maggiore libertà sul prezzo praticato e toglierebbe un possibile elemento di riferimento per eventuali comportamenti collusivi da parte di produttori e distributori.

In secondo luogo, l'Autorità non ritiene giustificato per i medicinali non rimborsabili l'obbligo, per i grossisti, di detenere

almeno il 90% delle specialità medicinali in commercio e ne auspica l'abolizione (come già evidenziato nella citata segnalazione del 1998). Tale misura consentirebbe ai distributori di determinare autonomamente la propria politica di approvvigionamento sulla base dell'effettiva domanda, mettendo così in concorrenza tra loro i produttori che sarebbero incentivati a competere anche sul prezzo.

Infine, l'Autorità ritiene improcrastinabile la liberalizzazione della vendita dei farmaci di automedicazione, consentendone la commercializzazione anche presso i punti vendita della distribuzione organizzata. Infatti, una volta che nel punto vendita vengano garantiti un adeguato spazio dedicato a questi prodotti e l'eventuale assistenza informativa alla clientela, l'impimento del numero dei punti vendita di questi farmaci determinerebbe un aumento della concorrenza e quindi un forte incentivo per le farmacie a praticare sconti sul prezzo di questi farmaci, ben maggiore di quello derivante dalla previsione della mera possibilità di applicare sconti. Si rileva che la commercializzazione dei farmaci da banco al di fuori delle farmacie è una pratica diffusa in vari Paesi europei, senza che essa abbia determinato alcun danno, di natura sanitaria o altro, per i consumatori; pertanto, le barriere alla commercializzazione dei farmaci da banco non appaiono giustificati da nessuna considerazione di interesse pubblico e determinano solamente il permanere di rendite a favore dei beneficiari di tali limitazioni.

L'Autorità ritiene quindi necessarie le modifiche proposte in sede di conversione del decreto legge 87/2005 ed è dell'avviso che, contestualmente, si introducano disposizioni più incisive per favorire la concorrenza nella produzione e soprattutto nella distribuzione dei farmaci non rimborsabili, dal momento che la concorrenza costituisce lo strumento più potente per assicurare la riduzione dei prezzi e la diffusione di tale beneficio a tutta la collettività.

L'Autorità, infine, vigilerà costantemente sulle dinamiche della produzione e della distribuzione dei farmaci, riservandosi di intervenire qualora eventuali riattanze degli operatori della distribuzione nell'applicare gli sconti sui farmaci possano configurare violazioni alle norme di tutela della concorrenza.

L'unico intervento valido resta l'apertura al mercato della distribuzione

senza svolte decisive per la filiera delle cure»

Il decreto della discordia

Decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, recante «Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30 maggio 2005

Art. 1

1. Il farmacista, al quale venga presentata una ricetta medica che contenga la prescrizione di un farmaco appartenente alla classe di cui alla lettera c) del comma 10 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, come modificata dalla legge 30 dicembre 2004, n. 311, è tenuto a informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali. Qualora sulla ricetta non risulti apposta dal medico l'indicazione della non sostituibilità del farmaco prescritto, il farmacista, su richiesta del cliente, è tenuto a fornire un medicinale avente prezzo più basso di quello del medicinale pre-

scritto. Ai fini del confronto il prezzo è calcolato per unità posologica o quantità unitaria di principio attivo.

2. Ai sensi dell'articolo 1, comma 168, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'Agenzia italiana del farmaco, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, compila e diffonde l'elenco dei farmaci nei confronti dei quali trova applicazione il comma 1. Una o più copie dell'elenco sono poste a disposizione del pubblico, in ciascuna farmacia.

3. Il prezzo dei medicinali appartenenti alle classi di cui alle lettere c) e c-bis) del comma 10 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, come modificata dalla legge 30 dicembre 2004, n. 311, è stabilito dai titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio. Tale prezzo può essere modificato, in aumento, soltanto nel mese di gennaio di ogni anno dispari e, per i farmaci senza obbligo di prescrizione medica (Sop) e per i farmaci di automedicazione, costituisce il prezzo massimo di vendita al pubblico.

4. Le farmacie pubbliche e private possono vendere i farmaci senza obbligo di prescrizione medica (Sop) e i farmaci di automedicazione, operando uno sconto fino al 20 per cento sul prezzo massimo stabilito dall'azienda titolare. Lo sconto può variare da medicinale a medicina-

le e deve essere applicato, senza discriminazioni, a tutti i clienti della farmacia.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sulle confezioni dei medicinali di cui al comma 4 deve essere riportata, anche con apposizione di etichetta adesiva sulle confezioni già in commercio, la dicitura: «Prezzo massimo di vendita euro...».

6. Il comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge 20 settembre 1995, n. 390, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 novembre 1995, n. 490, si applica ai farmaci di cui alla classe c) del comma 10 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, come modificata dalla legge 30 dicembre 2004, n. 311, con esclusione di quelli richiamati al comma 4.

Art. 2

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

vamente più concentrati laddove il numero delle farmacie è elevato o la vicinanza tra le stesse ridotta, e meno evidenti o assenti nelle situazioni opposte.

C'è, infine, un ultimo elemento da considerare: nel caso in cui dovesse registrare una pratica di sconto considerevole sul proprio prodotto il produttore non sarebbe tentato, al 1° gennaio utile, di reimpostare a suo favore la contrattazione con la distribuzione, dal momento che quest'ultima ha dimostrato di potersi profittevolmente accontentare di margini inferiori? Le aspettative razionali su questa interazione non potrebbero costituire da subito un deterrente in più affinché gli equilibri conservativi interni alla distribuzione non vengano alterati?

Queste osservazioni lasciano intendere che l'intervento necessario e risolutivo consista nell'apertura al mercato della distribuzione dei farmaci, come condizione necessaria anche per il pieno esplicarsi della concorrenza tra produttori (la catena del farmaco deve risultare il più possibile priva di "colli di bottiglia"). L'obiettivo del Legislatore dovrebbe essere quello di favorire alle radici l'emergere dei comportamenti più virtuosi, sia tra i produttori che tra i distributori, tanto in fascia «A» che in fascia «C»; il decreto, invece, adotta un punto di vista molto meno impegnato.

L'abbandono del prezzo unico nazionale è una innovazione da salutare positivamente (più volte richiesta dall'Autorità garante della concorrenza e del mer-

cato), ma qualora arrivi non in sostituzione della riforma strutturale, ma come suo completamento. La possibilità di variare il prezzo al consumatore diminuendo il proprio margine, infatti, sicuramente enfatizza le potenzialità di concorrenza di ciascun distributore new enter, ma in un settore chiuso e con una lunga tradizione di staticità è un'arma facilmente spuntabile.

Manca la svolta. In conclusione, il decreto "Storace", pur sotto vesti più "gentili" dei precedenti interventi "tagliaprezzi", continua a confondere (consapevolmente o meno) le riforme strutturali con gli interventi su prezzi. L'impatto demagogico è probabilmente elevato, visto che il decreto da un lato blocca i prezzi per un biennio e dall'altro permette degli sconti (due elementi di facile suggestione politica). Tuttavia, la cause ultime generatrici delle inefficienze e delle tensioni sui mercati dei farmaci non sono rimosse. Il decreto appare ben lontano dal segnare una svolta decisiva nell'organizzazione e nel funzionamento della filiera del farmaco. Anzi, per certi versi, estendendo la pratica del controllo dei prezzi dalla fascia «A» alla fascia «C» solleva la preoccupazione che le regole chiare e trasparenti del mercato vengano sempre più messe da parte, anche lì dove la finanza pubblica non è direttamente coinvolta.

Fabio Pammolli,
Nicola C. Salerno
(Cerm)

to sul fronte delle farmacie. Il DdI rimuove il prezzo unico nazionale al consumatore per i farmaci di fascia «C-bis» (senza ricetta) prevedendo che il prezzo indicato dai produttori sarà da intendersi come massimo, sui cui ciascuna singola farmacia potrà operare sconti sino al 20 per cento. Tralasciando di approfondire le ragioni per cui il Legislatore si

sia preoccupato di inserire un tetto allo sconto massimo praticabile (un inutile orpello regolatorio o v'è qualche altra ragione?), va detto che i margini della distribuzione sui farmaci di fascia «C» sono già liberi e contrattati con il produttore: sarà dunque difficile che un settore come quello della distribuzione al dettaglio dei farmaci, rigidamente regolato e mai

distintosi in Italia per autonomia competitiva, inizi a farlo proprio all'indomani del decreto. Se le pulsioni competitive non si sono endogenamente sviluppate sino a oggi - sfruttando la possibilità di commercializzare i prodotti copia e generici per attrarre un maggior numero di pazienti-consumatori e aumentare il loro turnover - perché la

possibilità di scontare dovrebbe da sola riuscire a generarle? Inoltre, dato che la rete delle farmacie non è omogeneamente distribuita tra Regioni, all'interno della singola Regione e persino all'interno delle città, anche qualora le pulsioni competitive si producessero, gli effetti positivi di questo intervento sarebbero sperequati territorialmente, relati-