

KEY FINDINGS

- Il controllo dei prezzi dei farmaci ha causato un declino delle attività di ricerca e sviluppo in Europa
- I costi dell'innovazione, che viene principalmente dalle imprese americane, vengono ripagati in larga misura dai consumatori americani
- il "free riding" europeo rischia di farsi insostenibile, specie se anche gli USA dovessero cedere e introdurre dei calmieri
- la debolezza italiana è dovuta anche al "collo di bottiglia" anticompetitivo della distribuzione;
- le politiche di contenimento della spesa incidono soprattutto sugli utili dell'industria farmaceutica, disincentivandone ulteriormente l'operato;
- nel lungo termine occorre un ripensamento globale delle nostre politiche sanitarie

Alberto Mingardi è Direttore Generale dell'Istituto Bruno Leoni

Carlo Stagnaro è Direttore del Dipartimento Ecologia di mercato dell'IBL

Distribuzione e prezzi del farmaco

La coperta si accorcia fra Europa e Usa

Di Alberto Mingardi & Carlo Stagnaro

Il dibattito sulla "reimportation" dei medicinali dal Canada ha acceso le luci, negli Stati Uniti (e di converso nel resto del mondo), su un problema significativo ma spesso taciuto. A fronte del fatto che gli USA sono il maggiore mercato del mondo per il consumo di farmaci, il paziente americano paga un prezzo assai superiore rispetto al suo omologo europeo. In Europa la spesa farmaceutica pro capite è del 60% inferiore che in America:¹ questa differenza si riflette, come prevedibile, in un disincentivo a sviluppare farmaci innovativi, attestato dalla migrazione di imprese farmaceutiche che fanno ricerca verso gli Stati Uniti.²

Nel 1990, le aziende europee spendevano fra gli 8 e i 5 miliardi di dollari in più rispetto alle imprese americane. Nel 2000, le compagnie statunitensi spendevano dai 24 ai 17 miliardi di euro in più delle loro controparti europee.³

La situazione è molto delicata, proprio a causa della preminenza della ricerca in questo settore. La spesa per ricerca e sviluppo da parte delle imprese farmaceutiche, come percentuale delle vendite, è cresciuta dall'11,4% nel 1970 al 17,7% nel 2001.⁴ Il costo dello sviluppo di un farmaco innovativo è stimato attorno a 880 milioni per l'industria:⁵ il fatto che risorse così ingenti siano necessarie per arrivare alla "prima pillola", per quanto i costi si abbattano con le successive, è forse il dato più peculiare di un settore dal quale l'opinione pubblica si aspetta molto, ed al quale non è solita fare sconti.⁶

Sono domande e risposte significative quelle che si è posto il Premio Nobel Milton Friedman, nell'ambito dell'ac-

ceso dibattito americano sull'importazione dei medicinali dal Canada:

"Da dove devono venire quegli 800 milioni? La risposta che abbiamo dato a questa domanda, sia giusta o sbagliata, è che devono venire dal dare un brevetto al produttore della medicina, cioè un privilegio monopolistico sulla sua commercializzazione, escludendo gli altri dalla vendita. E il problema è, come fare rispettare quest'esclusione? L'unico modo nel quale quegli 800 milioni possono essere raccolti è richiedendo un prezzo molto alto ad alcune persone".⁷

Uno studio dell'International Trade Administration del Dipartimento del Commercio americano, esaminando i regimi tariffari in diversi Paesi dell'OCSE, stima che i calmieri contribuiscano a ridurre le entrate globali dell'industria farmaceutica di una cifra stimabile fra i 17,6 ai 26,7 miliardi di dollari annui.⁸ È del tutto evidente dunque che il destino della libertà di mercato di cui le imprese del farmaco continuano

a godere negli Stati Uniti è pure intimamente intrecciato al destino di calmieri e definizioni politiche del prezzo nel resto del mondo. Oltre tutto, le imprese europee soffrono non solo dell'incapacità di effettuare gli investimenti necessari: a causa dell'ambiente economico sfavorevole, faticano a innovare le stesse strutture che dovrebbero guidare le attività di ricerca e sviluppo. In un'epoca come l'attuale caratterizzata da repentini turnover tecnologici, la presenza di attriti spiega almeno parzialmente lo scollamento tra l'industria europea e la sua controparte americana.⁹

Le ripercussioni della silhouette del sistema di apprezzamento e distribuzione delle medicine si fanno sentire dunque anche sull'altra sponda dell'Atlantico. La fedeltà americana ai principi di mercato (stante un sistema di regolazione molto rigido da parte della FDA)¹⁰ ha concesso a Big Pharma di continuare a disporre delle risorse per investire in ricerca. Il fatto che il mercato privato statunitense dei farmaci su ricetta sia di 126 miliardi di dollari annuali, mentre il più ampio mercato europeo, quello tedesco, non arriva a 20 miliardi ed il secondo maggiore mercato mondiale, quello giapponese, non supera i 53 miliardi,¹¹ rende ovviamente le decisioni politiche negli Stati Uniti particolarmente delicate - per le compagnie e, di riflesso, per i pazienti che beneficiano di ricerca e sviluppo da esse perseguiti.

Parallelamente, il "free riding" da parte degli stati europei pare particolarmente insostenibile: paradossalmente, il fatto che i prezzi del farmaco siano regolati in pressoché tutte le economie sviluppate mette a rischio la stessa anomalia americana. Pressioni affinché gli Stati Uniti scelgano anch'essi la via della medicina socializzata sono avvertite da più parti, e passi in avanti in quel senso sono già una realtà.¹² La prospettiva di una "globalizzazione" della medicina socializzata dimostra tutti i problemi di uno scenario nel quale l'Europa si accontenta di razzare la "gallina dalle uova d'oro" americana. Nel momento in cui nel 1998, trentatré delle medicine più vendute (e quindi più apprezzate) erano di produzione americana, è evi-

dente come da quella gallina dipenda il futuro della medicina innovativa.

Al di là dei problemi di ordine morale, rischiamo che, se anche negli USA subentreranno "progressi" legislativi alla europea, non vi saranno più uova disponibili.

1. Monopsonio e controllo dei prezzi

I problemi della distribuzione del farmaco non possono che essere ricondotti alla particolare forma assunta da questo mercato, che è un "monopsonio". Si definisce "monopsonio" una situazione nella quale vi è "potere di mercato" da parte dell'unico acquirente di un bene.¹³

Il fatto che lo Stato eserciti un ruolo preponderante nella domanda di farmaci lo porta inevitabilmente ad esercitare un controllo sui prezzi

Nel settore farmaceutico, quella "socializzazione della medicina" che si è verificata nel corso del Novecento in tutto il mondo occidentale, concentrando nello Stato la fornitura dei servizi medici a beneficio della stragrande maggioranza della popolazione, si riflette in

questo particolare assetto di mercato.¹⁴

Ancor più significativo del fatto che vi sia un acquirente unico, è la natura di questo acquirente. Mentre la teoria convenzionale del potere di monopolio e della concorrenza perfetta è stata sottoposta a severe critiche e suscita legittimo scetticismo,¹⁵ parlare di "potere" in questa situazione è senz'altro appropriato. Lo Stato infatti è un attore particolarissimo, l'unico che in società abbia a disposizione poteri coercitivi.

Lo Stato dunque non è solamente l'unico imbuto attraverso il quale passa la domanda di farmaci, ma esso può permettersi di regolare politicamente l'offerta: da una parte, le attività di approvazione dei nuovi farmaci, giustificate in base a criteri di sicurezza, rallentano il circuito dell'innovazione ma soprattutto creano alla radice un mercato "regolato", in cui l'immissione di nuovi prodotti è impossibile senza previa approvazione del regolatore.¹⁶

Dall'altra, il fatto che lo Stato eserciti un ruolo preponderante nella domanda di farmaci (secondo il rapporto dell'Osservatorio nazionale dell'impiego dei

medicinali,¹⁷ su ogni 28 scatolette di farmaci, 16 sono state rimborsate dal servizio sanitario nazionale e solo 12 acquistate privatamente) lo porta inevitabilmente ad esercitare un controllo sui prezzi. Non solo il fatto di essere acquirente unico conferisce tutt'altro agio nella contrattazione, ma la natura coercitiva del potere pubblico gli rende possibile di definire i limiti stessi del mercato.

Non c'è altra via, del punto di vista dell'impresa, al controllo dei prezzi: subirlo o ritirarsi da un mercato nazionale, queste sono le opzioni a disposizione.

La capacità di retaliation da parte di un cliente privato è molto limitata: il consumatore che ritenga troppo alto il prezzo di un prodotto si limita ad acquistarlo, né può fare altrimenti.

Al limite, può protestare pubblicamente e cercare di aggregare consenso se considera questo fatto un'ingiustizia. Può sperare che il fatto che anche altri consumatori si astengano dall'acquisto possa indurre il produttore ad abbassare i prezzi. Tuttavia, sono le dinamiche di mercato, il normale dialogo fra domanda ed offerta, a regolare la formazione del prezzo.

Questo non si verifica in una situazione in cui uno degli attori coinvolti ha a disposizione poteri coercitivi - e l'unico limite all'utilizzo di questi ultimi è da riscontrarsi nell'esistenza di un pluralismo istituzionale a livello internazionale. Non esiste, per fortuna, "la politica del farmaco in un solo Paese": è ragionevole aspettarsi che i regolatori nazionali misurino le proprie decisioni sul metro di quelle adottate in altre realtà, ovvero che siano ragionevolmente interessati alla persistente varietà e vivacità della domanda.

In particolare, è opinione viepiù diffusa che, a livello internazionale, si stia verificando un fenomeno di free riding a spese degli Stati Uniti.¹⁸ L'ex commissario dell'FDA McClellan, nel settembre 2003, ha osservato:

"Da molti punti di vista, le conseguenze economiche di controlli dei prezzi estremamente stretti non sono differenti da una violazione del brevetto attraverso licenze obbligatorie per produrre delle copie di quel farmaco. In

entrambi i casi, non si verifica un pagamento equo basato sul valore del farmaco brevettato. Quest'anno, gli americani, che rappresentano solo una frazione dell'uso di farmaci su ricetta nel mondo, pagheranno più o meno la metà della spesa farmaceutica mondiale. Di contro, i cittadini della terza più grande economia del mondo, ovvero della Germania, pagheranno meno del 5%. La stessa disparità nel pagamento dei medicinali si verifica anche per molti altri Paesi sviluppati che hanno la stessa disponibilità a pagare degli americani".¹⁹

È una spirale dall'andamento ormai noto: i controlli sui prezzi diminuiscono l'attrattiva degli Stati europei come ambiente normativo per le imprese farmaceutiche; le imprese farmaceutiche si concentrano nel mercato relativamente più libero, quello america-

no, caricando la sua libertà del prezzo delle loro innovazioni; gli Stati europei fanno "free riding" sugli americani e i controlli sui prezzi si perpetuano o si inaspriscono.

Se nel 1990 le vendite americane contavano per il 31% del mercato mondiale, Canada ed i cinque maggiori Paesi europei arrivavano assieme al 30% anch'essi. Nel 2001, tuttavia, le vendite per Canada ed i cinque maggiori Paesi europei assieme non arrivavano al 20%, mentre quelle statunitensi contavano ormai per il 46%. Il gap era ancora più ampio nell'ambito della biotecnologia (nel 2002, il settore biotecnologico incassava 16,5 miliardi di dollari negli Stati Uniti contro circa 5 nei cinque maggiori Paesi europei assieme).²⁰

Il propellente della ricerca non sta però negli incassi, ma negli utili. Parimenti, la disparità fra Stati Uniti ed Europa è palmare: i profitti delle imprese farmaceutiche concentrati in Europa sono passati dal 33 al 18% dei profitti totali fra il 1992 ed il 2002, mentre negli Stati Uniti sono cresciuti dal 47 al 62%.²¹

"Don't put all your eggs in the same basket", si raccomanda tipicamente agli investitori: le uova dei pazienti di tutto il mondo sono sorprendente concentrate, invece, nel cestello americano. Il risultato è che i governanti europei godono ora di un beneficio che non era stato concesso ai liquidatori della Russia sovietica: poter vivere con i controlli sui prezzi, senza

pagarne il costo. Senza cioè che si verifichino quei fatti familiari che la logica dell'economia lascerebbe prevedere: scarsità, diserzione dei produttori dal mercato, stagnazione dell'innovazione. Questo perché c'è chi paga i conti dello statalismo europeo: il consumatore americano.

Siamo però in un momento delicatissimo. Se la "reimportation" dei farmaci negli Stati Uniti dovesse diventare realtà, a vantaggio dei parallel traders e a svantaggio dei produttori. Se i recenti casi di spettacolarizzazione giudiziaria verificatosi con il Vioxx dovessero moltiplicarsi. Se, aumentando la domanda farmaceutica statale in virtù del prescription drug benefit contenuto nella revisione dei programmi Medicare/Medicaid, il governo americano fosse tentato dall'introdurre dei calmieri. "Se" queste condizioni si verificassero, il paziente europeo dovrebbe arrendersi alla prospettiva di non beneficiare più, in futuro, di nuove medicine innovative?

In virtù della crisi dello Stato sociale, i Paesi europei si trovano a dover lottare inesattamente per tenere sotto controllo la spesa sanitaria

2. Distribuzione e prezzo del farmaco in Italia: c'è spazio per una riforma?

Nel lungo periodo, c'è solamente un modo in cui lo scenario che abbiamo prospettato può avere soluzione: ovvero, superando la fase del monopsonio pubblico, che significa: uscendo dalla spirale della medicina socializzata.²²

Tuttavia, è abbastanza chiaro che si tratti di una soluzione politicamente impossibile perlomeno nel breve periodo. Strategie d'uscita alla crisi del welfare state cominciano ora ad essere più compiutamente prospettate,²³ ma appartengono ancora ad un grappolo di opzioni politiche che faticano a trovare una più salda base di consenso, perlomeno in tutte le grandi socialdemocrazie europee. Il nostro "modello sociale", per quanto in evidente crisi, è convintamente difeso dalle sue constituencies.

Nondimeno, le questioni qui affrontate non perdono rilevanza: anzi, il "nodo" della spesa farmaceutica è costantemente al centro dell'attenzione degli osservatori e delle classi politiche.

Ciò avviene sostanzialmente per due motivi:

da una parte, la domanda in crescita, dovuta segnatamente al progressivo invecchiamento della popolazione, che porta con sé una richiesta di maggiore attenzione ai problemi della salute e di quelle patologie che contraddistinguono l'età avanzata. In Italia, ad esempio, dal 1995 al 2003 la spesa sanitaria complessiva è cresciuta del 67, 99 %, passando da 48.136 a 80.864 milioni di euro e confermando una dinamica evolutiva, come del resto in tutti gli altri Paesi OCSE, superiore a quella del costo della vita.²⁴

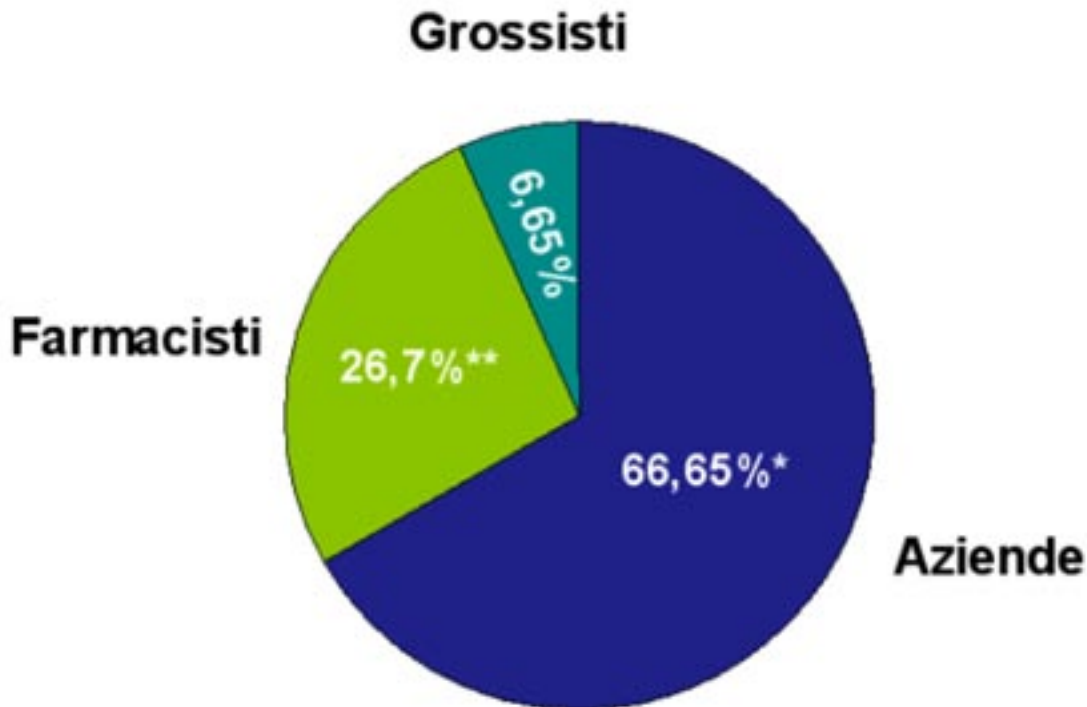
Dall'altra, poiché, appunto in virtù della crisi dello Stato sociale, i Paesi europei si trovano a dover lottare inesattamente per tenere sotto controllo la spesa

sanitaria. Tuttavia, controllare la spesa sanitaria vorrebbe dire soprattutto agire sulla spesa corrente, ovvero su posti di lavoro ed ospedali: entrambe le alternative sono sommamente impopolari. L'una, pone evidentemente a rischio il consenso della classe politica presso gli occupati in questo partico-

lare settore. L'altra, ha conseguenze evidentemente impopolari rispetto al radicamento sul territorio della medesima classe politica, tenendo presente la pretesa diffusa di avere un servizio "completo" ed "vicino" da parte degli utenti.

Ridurre la spesa farmaceutica significa agire sui calmieri, e chiedere all'industria di partecipare al ripianamento della spesa stessa. Ciò significa non colpire un costo "internalizzato" ma uno ancora "esterno" al SSN - segnatamente, limitandosi a danneggiare l'industria, il cui numero di occupati non è geograficamente localizzato e sembra tutto sommato trascurabile sul piano elettorale (in Italia, si parla di ottantaquattromila persone).²⁵ Inoltre, l'attuale panorama internazionale delle regolazioni del settore permette, come abbiamo visto, allo Stato di tirare la corda, avendo l'impressione che il mercato americano continuerà ugualmente a sostenere la ricerca.

Nel 2004, con una spesa sanitaria pubblica stimata, per il 2004, in circa 86-87 miliardi di euro, la voce



* -6,8% per taglio prezzi a ricavo industria

** Sconto SSN $\geq 3,75\%$

Figura 1. Struttura del prezzo per i farmaci rimborsabili.

farmaceutica dovrebbe incidere per meno di 12 miliardi.

Se in vent'anni la percentuale di "over 65" nel nostro Paese è passato dal 13,1 al 18,4% della popolazione, l'incidenza percentuale sul PIL della spesa farmaceutica pubblica ha registrato un adeguamento meno che proporzionale: dallo 0,65% (1980) allo 0,85% di oggi. Tale dato va letto con particolare attenzione: il lieve incremento della spesa farmaceutica pubblica, infatti, riguarda una fascia di popolazione che consuma farmaci quattro volte più della media.

Essa è inoltre limitata da un tetto del 13% rispetto alla spesa sanitaria nel suo complesso (che incide per il 6,5% del PIL). Questo 13% è al lordo dell'IVA: 11,8% al netto dell'IVA. Questo tetto è "metodologicamente assurdo": anzitutto, esso brilla di un'unicità un po' ipocrita (gli altri fattori di spesa non sono vincolati). In secondo luogo, esso equivale a un limite legale posto aprioristicamente ai casi nei quali il trattamento

farmacologico può essere la risposta migliore: chiudendo gli occhi sui progressi della tecnologia.

Il tetto non pare razionalmente giustificabile neanche in termini di spesa: lo potrebbe essere se il trattamento farmacologico non fosse spesso alternativo alle ospitalizzazioni. Non è detto che non sia questo il caso, il che richiederebbe una "logica del caso concreto", difficilissima da applicare in un contesto di decisioni centralizzate quale quello attuale, che tuttavia però impedisce perlomeno di fare applicazioni apodittiche. Il "tetto", insomma, non è sinonimo di risparmio rispetto alla spesa sanitaria nel suo complesso, ma solo rispetto alla spesa farmaceutica.

Nel momento in cui assumiamo come un dato di fatto l'esigenza di limitare la spesa, dobbiamo porci il problema di riuscire a perseguire tale obiettivo nel modo meno disincentivante possibile per le imprese che investono in ricerca e sviluppo. In attesa di una radicale ristrutturazione dello Stato sociale, che veda

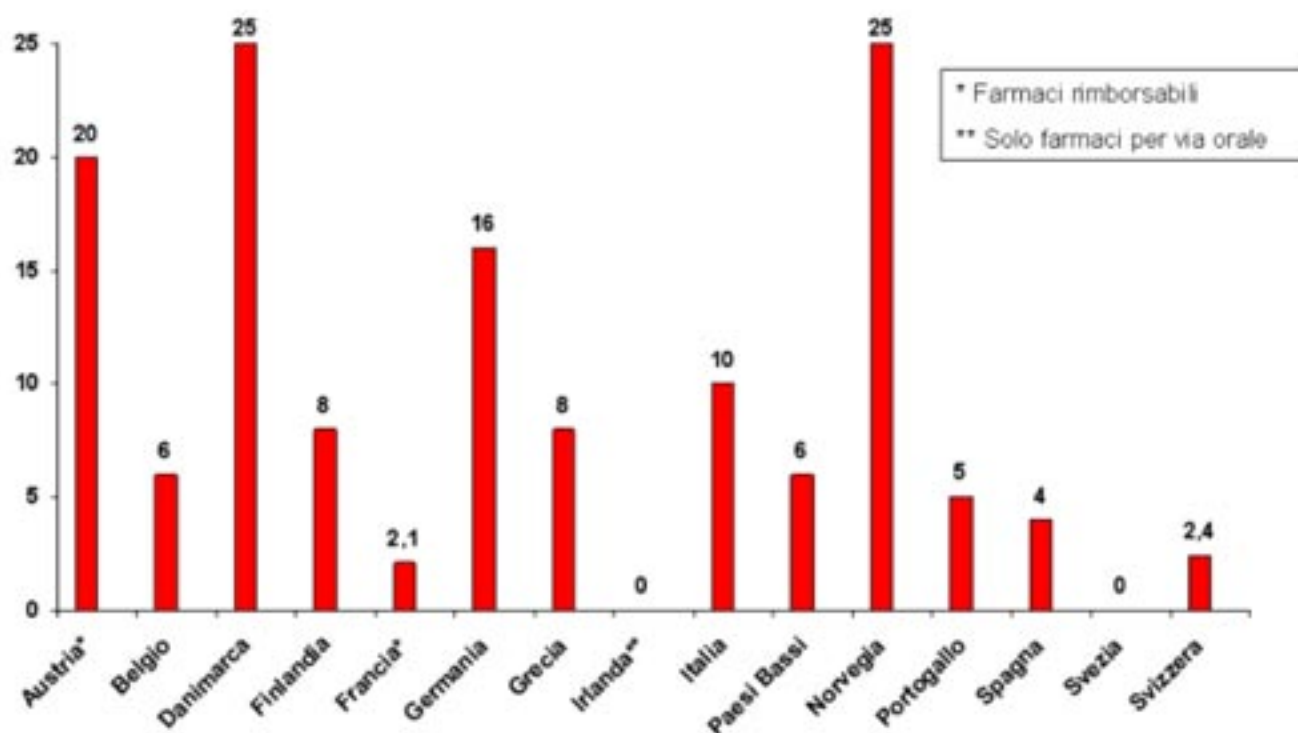


Figura 2. Aliquote IVA sui farmaci etici in Europa.

il privato riappropriarsi di spazi e risorse sciogliendo così il nodo gordiano del monopsonio farmaceutico, è possibile trovare piccole nicchie per una regolamentazione meno illiberale e meno "punitiva"?

Senz'altro non è più possibile agire sui calmieri. I prezzi del farmaco in Italia sono già tra i più bassi in Europa (-24% rispetto alla media), e sono diminuiti dell'1% nel 2004 e del 5% dal 2002.²⁶

È possibile però immaginare miglioramenti guardando non tanto al prezzo nel suo complesso ma alla sua composizione. In particolare, anche rispetto agli altri Paesi che adottano dei calmieri, la situazione italiana si segnala sotto due aspetti come particolarmente preoccupante: per quanto riguarda l'IVA imposta sul costo del farmaco, e per quanto riguarda i costi della distribuzione.

È facile notare come l'una cosa e l'altra di fatto non abbiano impatto sul produttore. È nostra opinione che, se regolamentazione di questo settore ci dev'essere (e accettiamo che il nostro punto di vista contrario sia destinato a restare appannaggio di una risicata minoranza), sia preferibile privilegiare due obiettivi:

- la riduzione dei costi per il consumatore
- il tentativo di limitare gli effetti negativi della regolamentazione stessa su chi fa innovazione.

Quest'ultimo punto rappresenterebbe una svolta significativa in Italia, dove il peso lobbistico della corporazione dei farmacisti è riuscita negli anni a rintuzzare ogni pur timido attacco ai propri privilegi.²⁷ Soprattutto, tuttavia, esso sarebbe una scelta ragionevole in un mutato scenario istituzionale, nel quale non pare più possibile garantire un risparmio al consumatore, tutelare le imprese innovative, e rispettare l'intangibilità delle rendite paiono obiettivi inconciliabili.

Il recente "decreto salva-prezzi" (decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87 - in Gazzetta Ufficiale del 30 maggio 2005) fortemente voluto dal ministro Storace si è mosso parzialmente²⁸ in tale direzione: stabilendo, all'articolo quattro, che "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", il decreto per la prima volta ha posto la responsabilità del

contenimento della spesa per medicine non rimborsabili sulle spalle dei farmacisti.

Nonostante non sia chiaro perché questa manovra è limitata a una sola parte dei farmaci non rimborsati, lasciando fuori i farmaci con obbligo di prescrizione di fascia C (oltre il 60%), il risultato vorrebbe essere, perlomeno nelle intenzioni dei promotori, quello di smuovere le acque, spingendo in direzione di una concorrenza fra farmacie, con ribassi dei costi per gli utenti finali.²⁹

Quanto questo scenario possa effettivamente verificarsi in pratica, stante la granicità corporative del settore delle farmacie, in cui mancando libertà di entrata nel mercato manca il fattore fondamentale che garantisce che sovente la concorrenza si riverberi in una diminuzione dei prezzi,³⁰ è tutto da vedere. Tuttavia, si è trattato di un passo avanti significativo.

Non sufficiente, però.

Per quanto attiene i farmaci non rimborsabili, infatti il 6,65% del prezzo al netto dell'IVA è appannaggio del distributore, mentre il 26,7% è appannaggio della farmacia (legge 23 dicembre 1996, n.662). Oltre un terzo del prezzo al netto dell'IVA, quindi, finisce nelle tasche di chi si è limitato a distribuire un prodotto sviluppato da altri, senza contribuirne alla creazione.

3. Tre proposte

Data questa struttura del prezzo, pare evidente come agendo sulla medesima sia possibile provare a garantire, nello stesso tempo, costi inferiori per i cittadini ed il servizio sanitario nazionale, e perlomeno tutelare il margine attuale delle aziende produttrici.

I passi in tale direzione possono essere due:

In prima battuta, l'abbattimento dell'IVA, che in Italia è del 10%.

Si tratta di uno dei valori più alti, fra gli Stati europei: in Svezia ed Inghilterra l'iva sui farmaci su ricetta

è dello 0% (l'aliquota è vistosamente più elevata, 25 e 17,5%, sugli OTC), in Svizzera del 2,4%, in Francia è compresa fra il 2,1 e 5,5%, in Spagna è del 4%, in Portogallo del 5%, in Belgio e Paesi Bassi del 6%, in Grecia e Finlandia dell'8%.³¹

L'abolizione dell'IVA per i farmaci avrebbe diverse conseguenze positive:

(a) un maggiore copertura per la spesa farmaceutica, posto che il tetto del 13% è calcolato al lordo dell'IVA;

(b) un guadagno in termini di immagine per chi lo perseguisse a livello politico. L'imposta sul consumo infatti insiste qui su una classe di consumi molto particolare, e crea la spiacevole impressione (invero, più

di un'impressione) che lo Stato lucra sulla malattia. L'IVA infatti non compensa lo Stato per investimenti sulla produzione di un farmaco: è, né più né meno, una "tangente" richiesta al malato.

In seconda battuta, l'ampliamento (e in prospettiva la liberalizzazione) della catena distributiva. Per quanto poco

valore possano avere ipotesi di lavoro per ora aleatorie, "Ageing Society" ha verificato che eventuali altri canali (in primis i supermercati) sarebbe disponibili ad "accontentarsi" di profitti stimabili in una quota fra il 4 ed il 10% del prezzo del farmaco al netto dell'IVA.³² Se tale volontà fosse verificata alla prova dei fatti, ovviamente si avrebbe, nel peggiore dei casi, un risparmio del 16,7% sul prezzo al netto dell'IVA.

Tuttavia, il valore di tale proposta sta soprattutto nel fatto che ampliherebbe il raggio della competizione - portando a superare così il problema della pianta organica. La legge 362 del 1991 prevede che venga aperta una farmacia ogni 4.000 abitanti nei comuni con più di 12.500 abitanti e una ogni 5.000 abitanti nei comuni con meno di 12.500 abitanti. Secondo Federfarma, a livello nazionale una farmacia serve in media 3.336 abitanti.³³ Il fatto che il bicchiere non sia pieno quanto potrebbe essere non necessariamente conferma un'adeguatezza della situazione attuale rispetto ai bisogni della popolazione. Piuttosto, la

È possibile provare a garantire costi inferiori per i cittadini ed il servizio sanitario nazionale, e perlomeno tutelare il margine attuale delle aziende produttrici

regolazione politica e territoriale rende impossibile l'apertura di un numero vistosamente superiore di rivendite nei grossi centri, ad esempio, e comunque vincola all'utilizzo del modello-imprenditoriale "farmacia", che non necessariamente è il più efficiente per la distribuzione del farmaco.

Il Codacons recentemente ha proposto (seguendo una suggestione più volte reiterata dall'antitrust) di vendere i farmaci da banco nei supermercati.³⁴ La proposta del Codacons è di fatto molto moderata nei contenuti:

- prevede la vendita attraverso la grande distribuzione solamente dei farmaci da banco
- prevede la presenza nei supermercati di un "banco del farmaco", con farmacisti.

Dal punto di vista della sicurezza, tema giustamente posto più volte (spesso assecondando tentazioni corporative, però) all'attenzione, non cambierebbe nulla rispetto alla situazione attuale. La persona che aiuterebbe nella scelta del farmaco, che lo incarterebbe e fisicamente consegnerebbe al consumatore sarebbe un laureato in farmacia, ovvero una persona che ha investito il suo tempo per acquisire le competenze necessarie a lavorare in tale settore. L'idea che un farmacista "fuori di farmacia" smarrisca, per il mero fatto di avere diversa collocazione spaziale, le sue competenze è risibile.

Ciò che cambierebbe vistosamente, però, sarebbe la moltiplicazione dei punti di vendita - che renderebbe, nel lungo periodo, più difficile la regolazione politica del prezzo e potrebbe dunque spingere, almeno per quel segmento del prezzo del farmaco, ad andare gradualmente verso una concorrenza autentica.

Come ha sostenuto opportunamente Antonio Nicita, inoltre "la liberalizzazione del comparto dei farmaci non etici permetterebbe quindi non solo di ottenere condizioni di prezzo più vantaggiose per il consumatore, ma anche di orientare la professione di farmacista verso un modello di offerta di combinazioni prodotto-servizio più vicine alle esigenze della clientela".³⁵ Ovvero: già oggi, entrando nelle farmacie italiane e

guardandone gli scaffali, si ha la netta impressione che i farmaci non sono ancora entrati al supermercato, ma il supermercato è già entrato in farmacia.

Da una parte, se effettivamente esiste l'esigenza di usufruire di capitale umano qualificato per vendere prodotti particolari come quelli farmaceutici, utilizzare lo stesso capitale umano per vendere pannolini, omogeneizzati e lucidalabbra è evidentemente uno spreco. Dall'altra, se è assolutamente legittimo che il farmacista intenda aumentare il ventaglio delle merci che può vendere, la presenza del para-farmaco erode gli argomenti a favore di una "nicchia" protetta per il farmaco stesso: tanto più la farmacia è "generalista", tanto meno pare meritevole di una tutela particolare.

Nel lungo periodo, l'unica soluzione ai problemi causati dal monopsonio farmaceutico è il lento ma costante ritorno del privato in sanità

Una terza proposta che meriterebbe una attenta considerazione è il passaggio ad un diverso metodo di concertazione dei prezzi che, fatte salve le esigenze del servizio sanitario nazionale, perlomeno consenta

alle imprese innovative di ripianare più agevolmente i costi della ricerca.

Si tratta del modello inglese,³⁶ nel quale, in linea di principio, i farmacisti inglesi non hanno alcun margine percentuale ma, in pratica, non esistendo alcun indice fisso applicato dal governo nella catena di distribuzione, si è in presenza di un sistema di mercato aperto all'interno del quale una variegata gamma di produttori, grossisti, operatori e gruppi farmaceutici negoziano i prezzi con sconti rispetto ai listini del National Health Service. Questi ultimi sono alla base del PPRS, "Pharmaceutical Price Regulation Scheme" il piano di regolamentazione dei prezzi farmaceutici - agreement volontario che si applica ai soli produttori dei farmaci branded e su ricetta.

La differenza fra un sistema di calmieri come quello italiano ed il PPRS sta nel fatto che quest'ultimo non fissa un tetto ai prezzi, ma ai profitti: ad esempio, nel 2004, compagnie che vendevano al NHS medicine "branded" per oltre 1 milione di sterline erano richieste praticare uno sconto del 7%.³⁷

Nonostante l'idea di sanzionare la profittabilità dell'impresa sia problematica a chi scrive da un punto di vista ideologico - tradisce il fatto che non si riconosca legittimità all'impresa farmaceutica in quanto for-profit, ovvero che permanga un pregiudizio sfavorevole a chi combatta la malattia muovendosi nell'ambito della familiare struttura di incentivi di un libero mercato - tale sistema consente margini di manovra più ampi - e se la necessità di contenere la spesa, viva in Inghilterra come da noi, ha portato il governo a cercare di incentivare il mercato dei generici, nondimeno la percezione degli osservatori che vi sia una certa duttilità, per garantire nel medio termine chi realizza prodotti innovativi. In particolare, la libertà di prezzo per i nuovi farmaci, che consente di fatto una forma di discriminazione dei prezzi, richiedendo un contributo maggiore a quanti per primi si avvantaggiano dei risultati della ricerca, pare mimare efficacemente come sarebbe un sistema di mercato in questo campo.

Conclusioni

Nel lungo periodo, l'unica soluzione ai problemi causati dal monopsonio farmaceutico è il lento ma costante ritorno del privato in sanità. L'insostenibilità dello Stato sociale chiama soluzioni diverse, le quali pure sono soltanto in fase embrionale di ideazione.

Finché lo Stato resterà il maggior compratore di farmaci, pare impossibile pensare di agire sui controlli dei prezzi, rimuovendoli. L'unica soluzione praticabile nel breve periodo è quella di cercare di rendere i controlli dei prezzi meno gravosi per chi è responsabile dell'innovazione, agendo su tassazione indiretta, distribuzione, metodi di concertazione del prezzo.

L'Istituto Bruno Leoni raccomanda l'abolizione dell'IVA e l'allargamento dei canali distributivi, come primo passo per garantire costi inferiori ai pazienti, e meno insicurezza ai produttori.

Note

- 1 Jim Gilbert & Paul Rosenberg, "Imbalanced Innovation: The Cost of Europe's 'Free Ride'", *In vivo*, Vol 22 n 3 (2004), p.4.
- 2 Si veda, fra l'altro, Charles River Associates, "Innovation in the Pharmaceutical Sector. A Study Undertaken for the European Commission", Novembre 2004, http://pharmacos.eudra.org/F2/pharmacos/docs/Doc2004/nov/EU%20Pharma%20Innovation_25-11-04.pdf. Gli esempi più significativi sono la britannica Glaxo Smith-Kline che ha spostato la propria base operativa negli States nel 2000 e la svizzera Novartis che ha spostato il proprio maggior centro ricerca a Cambridge, Massachusetts.
- 3 European Federation of Pharmaceutical Industries and Societies, "The Pharmaceutical Industry in Figures: Key Data, 2003 Update," p. 4.
- 4 PhRMA, *Pharmaceutical Industry Profile*, 2002 p. 76.
- 5 Boston Consulting Group, *The Contribution of Pharmaceutical Companies: What's at Stake for America*, Settembre 1993, p. 93.
- 6 Caso emblematico è la polemica seguita al ritiro dal mercato del 'Vioxx', farmaco antidolorifico prodotto da Merck.
- 7 Milton Friedman, "Milton Friedman and the Reimportation Debate", *TechCentralStation*, 2/2/04, <http://www.techcentralstation.com/020204D.html>
- 8 International Trade Administration, *Pharmaceutical Price Controls in OECD Countries. Implications for U.S. Consumers, Pricing, Research and Development, and Innovation*, US Dept of Congress, Dicembre 2004, <http://www.ita.doc.gov/td/chemicals/drug-pricingstudy.pdf>, pp.19-20.
- 9 Si veda Alfonso Gambardella, Luigi Orsenigo e Fabio Pammolli, "Global Competitiveness in Pharmaceuticals: A European Perspective", rapporto preparato per il Direttorato Generale delle Imprese della Commissione Europea, novembre 2000.
- 10 Cfr., ad esempio, Roger D. Feldman, *American Health Care: Government, Market Processes and the Public Interest*, New Brunswick, N.J.: Transaction/ Independent Institute, 2000.
- 11 Cit. in John E. Calfee, *Testimony at Senate Committee on Finance*, 27 aprile 2004, http://www.aei.org/publications/filter.all.pubID.20476/pub_detail.asp.
- 12 Cfr., ad esempio, Stephen Moore, "Drug Bill is Socialized Medicine", *Human Events*, 12 settembre 2003, <http://www.human-eventsonline.com/article.php?id=1789>, e Michael F. Cannon, "Medicaid's Unseen Costs", *Cato*
- 13 *Policy Analysis* n. 548, 18 agosto 2005.
- 14 L'essenza del monopsonio sta nel fatto che il compratore può restringere la domanda - facendo dunque calare il prezzo - fino al punto in cui la curva della sua spesa marginale interseca quella del valore marginale. Per definizione la spesa marginale supera la spesa media (che coincide con l'offerta), e quindi il valore dei beni acquistati supera il loro prezzo (rispetto a un mercato perfettamente competitivo). Questa impostazione è coerente col tentativo di limitare la spesa farmaceutica come misura di cost containment comunemente adottata nei paesi caratterizzati da regimi di prezzi amministrati o controllati, e riverbera nella minore profittabilità di questi mercati (come mostra il confronto dell'Europa con gli Stati Uniti).
- 15 Nei Paesi dell'OCSE, il 60% della spesa farmaceutica è sostenuto dallo Stato. Cfr. <http://www.oecd.org/dataoecd/39/40/35019864.pdf>
- 16 Si vedano, a titolo esemplificativo, Murray N. Rothbard, *Man Economy and State*, Auburn, Al: Mises Institute, 1993, pp.629-754; Pascal Salin, *La concurrence*, Paris: PUF, 1995; Alberto Mingardi (a cura di), *Antitrust. Mito e realtà dei monopoli*, Soveria Mannelli: Rubbettino/ IBL, 2004; Fred Smith, "Perché non abolire l'antitrust?" in Alberto Mingardi & Paolo Zanetto, *Colpirne uno per educarne cento. Il caso Microsoft e il futuro della concorrenza in Europa*, Soveria Mannelli: Rubbettino/ IBL, 2005.
- 17 Per informazioni sui criteri utilizzati dal regolatore italiano, è utile consultare: http://www.agenziafarmaco.it/archivio_sicurezza.html.
- 18 Cfr. *L'uso dei farmaci in Italia*, 2005, http://www.agenziafarmaco.it/documenti/volume_definitivo_osmed_2004.pdf.
- 19 Cfr. Gilbert & Rosenberg, cit.
- 20 Mark McClellan, "Remarks before the First International Colloquium on Generic Medicine," Cancun, Mexico, 25 settembre 2003.
- 21 Carole Jones & Louis Bate, "At the 20 Year Milestone for Biotechnology - a Performance Review", in *BioCommerce Data's Biotechnology Company Compendium 2002/2003*.
- 22 Cfr. Gilbert & Rosenberg, cit.
- 23 Cfr. Pierre Lemieux, *La medicina socializzata*, IBL Occasional Paper, 2004.
- 24 Cfr., ad esempio, Wilfried Prewé, *Oltre lo Stato sociale*, Soveria Mannelli: Rubbettino / IBL, 2005.
- 25 OCSE News Release, 8 giugno 2004, <http://www.oecd.org/dataoecd/39/40/35019864.pdf>.
- 26 Agenzia Italiana del Farmaco, *La sperimentazione clinica dei medicinali in Italia*, Roma, 2004, p.13.
- 27 *Rapporto annuale Farindustria*, 2005.
- 28 Un caso particolarmente significativo della mentalità ancora invalsa in Italia è la conferma da parte del consiglio di Stato della sentenza del TAR che invalidava la "privatizzazione" (trattasi in realtà di concessione prolungata) di alcune farmacie comunali di Milano, approvata nel 2001 dalla giunta Albertini a favore di una compagnia tedesca, Admenta. Cfr. Giannino Della Fratina,

- "Farmacie, il comune dovrà restituire 130 milioni", Il Giornale, 27 agosto 2005, <http://www.ilgiornale.it/a.pic1?ID=24448>.
- 29 Non si può tuttavia tacere che tale decreto porta ad una registrazione biennale, anziché annuale, del prezzo dei farmaci di fascia C, rendendo così ancora più rigido il mercato di tale farmaci - l'unico nel quale una relativa libertà di prezzo dava ossigeno ai produttori, altrimenti incatenati a prezzi politicamente determinati per quanto attiene i loro prodotti di altre fasce.
- 30 Ha notato a tale proposito Stefano Capri che "la spesa per i farmaci ai quali si potrà applicare uno sconto ammontava nel 2004 a 2.040 milioni di euro, mentre quella per i farmaci esclusi dal decreto Storace è stata di 3.035 milioni di euro". "Concorrenza e farmaci: si può dare di più", la voce.info, 3 agosto 2005, http://www.lavoce.info/news/view.php?PHPSESSID=a35c63f3d5d074e9587db023573767b7&SEARCH=farmacie&ACTION=search&AUTHOR=&RECORD_PAGE=5&button.x=0&button.y=0&id=2&cms_pk=1690&from=index.
- 31 Il fatto che la concorrenza abbia per effetto una diminuzione dei prezzi non si deve infatti alla mera pluralità di attori in un determinato mercato. Piuttosto, essa è una conseguenza del fatto che, quale che sia il numero di competitori, teoricamente vi è sempre la possibilità di arrivo di un competitor in più, che mettendo in atto una strategia innovativa (servizi migliori, prezzi più contenuti, eccetera) possa scalfire le posizioni di imprese da più a lungo presenti sul mercato.
- 32 EFPIA, The Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2005, p.13, http://www.efpia.org/6_publ/infigures2005.pdf.
- 33 Cfr. "Sintesi della proposta per il contenimento della spesa farmaceutica", Ageing Society - Osservatorio della Terza età, settembre 2004, p.8, <http://www.ageingsociety.com/studio250904/sintesi2509.pdf>.
- 34 Federfarma, Rapporto farmacie/farmacisti in Italia, Maggio 2005, https://www.federfarma.it/cms_published_2/farmacisti_IT.html.
- 35 Tale proposta si è concretata in una manifestazione, a Roma, nel luglio scorso. Cfr. <http://www.codacons.it/comunicati.asp?id=5804>.
- Antonio Nicita, "La concorrenza fa bene alla salute", la voce.info, 3 agosto 2005, http://www.lavoce.info/news/view.php?PHPSESSID=a35c63f3d5d074e9587db023573767b7&SEARCH=farmacie&ACTION=search&AUTHOR=&RECORD_PAGE=5&button.x=0&button.y=0&id=2&cms_pk=1689&from=index.
- 36 Per una panoramica comparativa, si veda Mary E. Wiktorowicz, "Emergent Patterns in the Regulation of Pharmaceuticals: Institutions and Interests in the United States, Canada, Britain and France", Journal of Health Politics, Policy and Law - Volume 28, Number 4, agosto 2003.
- 37 Department of Health, Pharmaceutical Price Regulation Scheme. 8th Report to the Parliament, marzo 2005, p.22, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/69/24/04106924.pdf>.



CHI SIAMO

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.



COSA VOGLIAMO

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.



I BRIEFING PAPERS

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.