

Distribuzione del farmaco

Una proposta per far quadrare il cerchio

La riforma parziale del settore della distribuzione farmaceutica avvenuta nel 2006 attraverso il Decreto Bersani non ha offerto un assetto stabilmente diverso rispetto alla disciplina precedente, incardinata sul principio della “pianta organica”. La presenza in Parlamento di decine di proposte di modifica dimostra come la materia della vendita dei farmaci al pubblico sia oggetto di interesse e necessiti di una profonda rimediazione che consideri maggiormente sia l’interesse della clientela ad avere un servizio efficiente a prezzi ridotti sia l’interesse dei farmacisti abilitati ad entrare nel mercato del lavoro intraprendendo la professione per cui hanno studiato.

Gli attori economici interessati ad una revisione della normativa (farmacie, farmacisti “non titolari”, grande distribuzione) hanno interessi contrapposti, rispetto ai quali è opportuno venga fatta una sintesi - assumendo il punto di vista del paziente-consumatore. Per questi, un’offerta plurale e differenziata di esercizi in cui poter acquistare prodotti farmaceutici è auspicabile sia rispetto agli effetti che tale, accresciuta concorrenza potrebbe avere sui prezzi al dettaglio, sia per una migliore accessibilità del prodotto.

L’Istituto Bruno Leoni propone nelle pagine che seguono una silhouette di nuova disciplina della distribuzione del farmaco, che assume la necessità di emendare i disagi e le inefficienze causate dal dispositivo della “pianta organica” (par 1) ed analizza e confronta gli elementi che contraddistinguono le diverse proposte di legge ad oggi in discussione in Parlamento (par 2). Obiettivo della proposta qui enunciata (par 3) è delineare la strada possibile verso una liberalizzazione più compiuta, effettuata senza intenti “punitivi” o elettoralistici rispetto a questo o quel gruppo professionale, ma nell’interesse dei pazienti-consumatori e di una migliore organizzazione di questo importante comparto della nostra economia.

1. La pianificazione dell’offerta di farmacie

A differenza di quanto avviene in molti Paesi europei, in Italia la distribuzione del farmaco costituisce un’attività economica pianificata e controllata dallo Stato.¹ Sul territorio nazionale esiste una “pianta organica” che determina quante farmacie possono esistere, mentre la loro titolarità è riservata ai farmacisti abilitati all’esercizio della professione che abbiano vinto uno specifico concorso pubblico. L’autorizzazione all’apertura di una farmacia, però, può anche essere trasferita direttamente dal titolare ad altro farmacista abilitato: in un simile regime, il valore monetario delle autorizzazioni è evidentemente elevatissimo e solo i professionisti particolarmente abbienti possono sperare di acquisire la proprietà di una farmacia senza passare per le forche caudine del concorso.

Formalmente, il sistema avrebbe uno scopo più volte riconosciuto e dichiarato dalla stessa Corte costituzionale: “la ratio della programmazione e della revisione delle piante organiche degli esercizi commerciali delle farmacie, più che diretta ad evitare la proliferazione delle stesse ... risiede nella diversa esigenza di assicurare l’ordinata copertura di tutto il territorio nazionale al fine di agevolare la

¹ Per un’analisi del sistema italiano di distribuzione del farmaco si veda S. Boccalatte, La pianificazione pubblica dell’offerta di farmacie. Un “fallimento dello Stato”. Brevi riflessioni alla luce di una recente sentenza della Corte costituzionale, *IBL Focus* n. 100, 12 giugno 2008.

maggior tutela della salute ai cittadini”.² Ne consegue, quindi, che “la disciplina posta dal legislatore riposa ... sul fine di salvaguardare l’interesse pubblico al corretto svolgimento del servizio farmaceutico ed in ultima analisi alla salvaguardia del bene salute”,³ specificamente, “la finalità sottesa a tale opzione normativa è quella di assicurare ai cittadini la continuità territoriale e temporale del servizio ed agli esercenti un determinato bacino d’utenza”.⁴ A detta della Corte costituzionale, proprio il sistema della pianta organica costituisce “la sintesi tra siffatte esigenze”, in grado di garantire “sia un adeguato ambito di operatività alle farmacie in attività, sia la piena efficienza a favore degli utenti del servizio farmaceutico”.⁵

A differenza di quanto ritenuto dal Giudice delle leggi, però, il panorama normativo sopra sommariamente descritto conduce ad una serie di implicazioni ben poco ragionevoli: le sedi di farmacie posizionate in zone economicamente redditizie non saranno mai – nella realtà dei fatti – oggetto di concorso pubblico, perché saranno particolarmente appetibili per trasferimenti diretti (tra vivi o mortis causa) dai farmacisti titolari ad altri soggetti abilitati. A essere poste a concorso sono solo, di norma, le sedi di farmacie che nessun professionista ha mai voluto, e su cui il Comune non ha esercitato il diritto di prelazione. Si tratta, cioè, delle sole sedi poste in zone del tutto periferiche, ove, ragionevolmente, l’attività di vendita del farmaco al pubblico non potrà generare profitto: non a caso, spessissimo i vincitori di concorso non iniziano nemmeno ad operare nella sede di cui avrebbero acquisito la titolarità, la quale, dunque, resta vacante. Dunque, la pianta organica fallisce proprio nel suo scopo dichiarato: non riesce ad assicurare una copertura tendenzialmente uniforme sul tutto il territorio italiano a causa delle molte sedi che rimangono irrimediabilmente senza titolare.⁶ D’altra parte, quale incentivo può spingere il farmacista ad intraprendere un’attività strutturalmente in perdita⁷ se poi, intanto, l’esperienza da lui maturata (e che si esplicita in punteggio nell’eventuale concorso) non lo potrà mai portare all’acquisizione di una farmacia situata in una zona redditizia, perché mai una simile sede di farmacia sarà posta a concorso?⁸

2 Si veda, da ultima, Corte cost., sent. 4-13 novembre 2009, n. 295, pto. 4.1 in diritto. Negli stessi termini si esprime Corte cost., sent. 8-9 gennaio 2009, n. 4.

3 Corte cost., sent. 295/2009, cit., pto. 4.1 in diritto. Cfr. anche Corte cost., Corte cost. sent. 13-28 dicembre 2006, n. 448; Corte cost., sent. 8-24 luglio 2003, n. 275.

4 Corte cost., sent. 295/2009, cit., pto. 4.1 in diritto. Cfr. Corte cost., 16 gennaio – 4 febbraio 2003, n. 27.

5 Corte cost., sent. 295/2009, cit., pto. 4.1 in diritto. Cfr. anche Corte cost., sent. 12-28 marzo 2008, n. 76.

6 Non a caso, infatti, l’art. 1, commi 2 e 3, legge 8 marzo 1968, n. 221, prevede esplicitamente che “nei comuni, frazioni, o centri abitati” con popolazione non superiore a 5.000 abitanti “ove non sia aperta la farmacia privata o pubblica prevista nella pianta organica, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono dispensari farmaceutici” (art. 1, comma 3, l. 221/1968), la cui gestione, però, è affidata “alla responsabilità del titolare di una farmacia privata o pubblica della zona con preferenza per il titolare della farmacia più vicina. Nel caso di rinuncia il dispensario è gestito dal comune” (art. 1, comma 4, l. 221/1968).

7 La disciplina vigente tenta una risposta, che, però, si dimostra rozza e del tutto inadeguata: la già citata l. 221/1968, infatti, attribuisce un’indennità pubblica sia a favore dei titolari di farmacie rurali (cioè collocate in comuni, frazioni o centri abitati con popolazione non superiore a 5.000 abitanti) sia a favore dei gestori dei dispensari farmaceutici.

8 In questo senso si veda la lucida analisi dell’Avvocato Generale presso la Corte di Giustizia delle Comunità Europee, contenuta al pto. 33 delle sue conclusioni presentate il 30 settembre 2009 nelle cause riunite C-570 e C-571, la cui decisione è attesa per l’anno prossimo: “per poter ritenere che le normative perseguano realmente l’obiettivo della copertura universale, è necessario che le autorizzazioni nelle zone densamente abitate siano disponibili per coloro che hanno maturato esperienza in zone con pochi abitanti nel momento in cui i titolari delle autorizzazioni più redditizie intendono cessare la gestione della propria farmacia. Un regime che attribuisca ai titolari di autorizzazioni per la gestione di farmacie in aree densamente abitate un diritto di proprietà su tali autorizzazioni e consenta loro di vendere o cedere tali autorizzazioni a chi desiderano avrebbe l’effetto di limitare il numero di autorizzazioni disponibili nei riguardi di coloro che hanno ‘scontato’ il periodo necessario in zone insufficientemente coperte. A chi intendesse spostarsi da una farmacia posta in una zona poco abitata verso un’altra farmacia sita in una zona con maggiore densità di popolazione verrebbe richiesto il pagamento di un prezzo per la relativa autorizzazione, aumentato in funzione degli ulteriori utili che la farmacia sarebbe in grado di produrre grazie alle restrizioni sull’apertura di farmacie concorrenti. Tale regime indebolirebbe la struttura di incentivi che si ritiene sia a sostegno dell’approccio che limita l’apertura di nuove farmacie per incentivare la presenza di farmacie in aree poco abitate. Siffatto regime costituirebbe altresì un arricchimento per i singoli farmacisti in virtù della restrizione della concorrenza nel settore che li riguarda; questo è esattamente il

La pianificazione pubblica dell'offerta di farmacie sul territorio non riesce a conseguire il proprio (presunto) fine di interesse pubblico, e finisce per impedire l'ingresso nel mercato di migliaia di farmacisti pure abilitati all'esercizio della professione.

2. Una proposta di liberalizzazione

In alternativa alla rigidità e all'inefficienza della disciplina vigente, un sistema liberalizzato, già esistente in molti altri Paesi europei ed occidentali, sarebbe certamente in grado di conseguire una più razionale distribuzione del farmaco, coniugando il soddisfacimento di tale esigenza con l'imprescindibile necessità di tutelare il diritto al lavoro e alla libertà d'iniziativa economica.

Alla luce di tali considerazioni, l'Istituto Bruno Leoni propone un approccio in grado di permettere una transizione sostenibile verso un modello liberale, cercando di contemperare gli interessi e le esigenze dei vari soggetti interessati, e cioè:

- dei consumatori/utenti, che desiderano avere farmaci a prezzi più contenuti e un numero maggiore di farmacie ove potersi approvvigionare;
- dei farmacisti non titolari, che desiderano essere autorizzati a dispensare liberamente farmaci, cioè a svolgere il lavoro per cui hanno studiato e allo svolgimento del quale sono stati ufficialmente abilitati;
- dei farmacisti titolari, che, generalmente, hanno speso somme nell'ordine di milioni di euro per poter aprire una farmacia mediante acquisizione, a titolo diretto ed oneroso, della relativa autorizzazione;
- del Servizio Sanitario Nazionale, che vuole controllare la spesa sanitaria e i canali di vendita dei farmaci.

Entrando nel merito, si propone la creazione di un triplo canale di commercializzazione del farmaco strutturato come segue:

a) farmacie ricomprese nella pianta organica

Permangono le uniche farmacie autorizzate a commercializzare farmaci a carico, anche parzialmente, del Servizio Sanitario nazionale. Ovviamente possono vendere liberamente ogni altro tipo di farmaco o di strumento medico;

b) para-farmacie extra pianta organica

Possono vendere tutti i farmaci a totale carico dell'acquirente, quindi sia i farmaci senza necessità di prescrizione medica sia i preparati ricompresi nella cosiddetta "fascia c". In questi esercizi deve esservi la costante presenza di almeno un farmacista abilitato all'esercizio della professione, ma la titolarità può essere di qualunque persona, fisica o giuridica.

c) esercizi commerciali senza presenza di farmacista

Possono vendere solo i farmaci senza obbligo di prescrizione, che, attualmente, vengono distinti in SOP (acronimo di "Senza Obbligo di Prescrizione") e OTC (acronimo di "Over The Counter", cioè farmaci da banco di cui è consentita la pubblicità). Questi esercizi potrebbero liberamente vendere tali medicinali, limitandosi a separarli fisicamente rispetto a prodotti di diverso tipo commercializzati nel medesimo locale. Siccome si tratta di preparati già ben noti al grande pubblico, sarebbe anche auspicabile che, in occasione della totale liberalizzazione dei canali per la loro commercializzazione, molti farmaci SOP venissero riclassificati come OTC.

tipo di sviamento regolamentare che le libertà garantite dal Trattato mirano a combattere. Le restrizioni al diritto di stabilimento devono essere giustificate da necessità di interesse generale e non devono essere uno strumento di arricchimento privato".

3. *Analisi dei progetti di riforma attualmente depositati in Parlamento.*

La proposta avanzata nel paragrafo precedente costituirebbe la naturale e graduale evoluzione del primo tentativo di liberalizzazione del settore verificatosi con l'art. 5 del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, con legge 4 agosto 2006, n. 248 (c.d. "decreto Bersani"), in forza del quale i preparati farmaceutici non soggetti a prescrizione medica sono attualmente vendibili al di fuori delle farmacie, ma comunque sempre in presenza di un farmacista.

Tuttavia, tra le proposte di riforma dei servizi farmaceutici ad oggi giacenti in Parlamento, pare prevalere un'impostazione di segno opposto: non solo non si vuole procedere nel solco tracciato dal Decreto Bersani, ma vi sono segnali che sembrano aprire il campo a ipotesi di ritorno alla situazione precedente al luglio 2006.

Per la precisione, esistono almeno diciassette progetti di legge⁹ depositati nei due rami del Parlamento finalizzati a modificare le regole di distribuzione dei farmaci o, comunque, recanti anche disposizioni in argomento, nessuno di questi è ancora giunto all'esame da parte dell'aula della Camera o del Senato.

a) Progetti di legge che tendono a confermare la disciplina vigente.

Il più importante di tutti i progetti in discussione è certamente il n. S. 863 ("Disposizioni normative in materia di medicinali ad uso umano e di riordino dell'esercizio farmaceutico") poiché presenta, quale primo firmatario, il Presidente del gruppo parlamentare del Popolo della Libertà in Senato, Sen. Maurizio Gasparri, e, come secondo firmatario, il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Sen. Antonio Tomassini. Si deve purtroppo registrare come questo progetto punti a un totale mantenimento della disciplina esistente, se non a un sostanziale ritorno ad una situazione precedente.¹⁰ Il cardine di tutto il testo è costituito dalla previsione secondo la quale al di fuori delle farmacie (in apposite aree, ma senza l'assistenza di un farmacista)¹¹ può essere venduta solo una precisa lista di medicinali non soggetti ad obbligo di prescrizione compilata dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) selezionati "per principio attivo, per dose unitaria, per numero di unità posologiche contenute nella singola confezione e per tipo di forma farmaceutica".

Precisare che la selezione dei farmaci liberamente commerciabili debba avvenire per "principio attivo", "per dose unitaria", "per numero di unità posologiche contenute nella singola confezione", escludendo comunque "i farmaci che richiedono particolari condizioni di conservazione o che abbiano validità inferiore a diciotto mesi",¹² implica che, al di fuori delle farmacie, potranno essere disponibili solo pochissimi medicinali, certamente meno di quanti siano adesso, e solo in confezioni particolarmente piccole: in altri termini, il supermercato o il tabacchino potranno vendere taluni prodotti farmaceutici senza la presenza di un farmacista,¹³ a differenza di ora, ma solo pochissimi preparati e in scatolette estremamente ridotte. Di fatto, l'approvazione di questo progetto di legge trasformerebbe la vendita di farmaci al di fuori delle farmacie in un'attività pressoché incapace di generare utili significativi: anche i soli obblighi di mantenere i farmaci "in aree distinte dalle altre merci" e di "escluderli da qualunque forma di promozione o di concorso a premio, ivi comprese qualsiasi forma di carta sconto o di carta fedeltà" (art. 1, comma 7) basterebbero a costituire sufficienti

9 Nel computo è considerato anche il progetto C. 977-bis, che costituisce uno stralcio derivante dal C. 977, ma non calcola il progetto C. 2959 ("Disposizioni in materia di dispensazione dei medicinali esclusi dall'assistenza farmaceutica nonché di orari e turni delle farmacie"), presentato il 19 novembre 2009, il cui testo non è attualmente disponibile.

10 Non si può non notare anche l'utilizzo di una tecnica legislativa piuttosto lacunosa: l'articolo 1, ad esempio, è composto da ben 22 commi, e tutti gli articoli sono privi di rubrica.

11 Se in tali esercizi è sempre presente un farmacista, allora è concessa l'esposizione della scritta "parafarmacia" (art. 1, comma 8).

12 Art. 1, comma 6.

13 Nel caso il commerciante garantisca la costante presenza di un farmacista durante l'orario di vendita dei farmaci, l'esercizio può acquisire la denominazione di "parafarmacia" e utilizzare una corrispondente insegna (art. 1, comma 8).

disincentivi alla vendita di medicinali. A queste condizioni ben pochi esercizi commerciali deciderebbero effettivamente di avvalersi della facoltà di vendere farmaci senza obbligo di prescrizione.

Per il resto, il progetto S. 863 conferma la tecnica e la struttura della pianta organica, con limitatissime possibilità di deroga, prevedendo solo una riformulazione numerica del rapporto tra farmacie e popolazione (anche in rapporto ai dispensari farmaceutici, elevati al rango nominale di “presidi farmaceutici”). Nel testo viene inoltre ribadita la tecnica del concorso pubblico¹⁴ salvo confermare la libera trasferibilità della “concessione”¹⁵ necessaria per l’apertura della farmacia, ivi compresa la disposizione feudale secondo la quale, in caso di morte del titolare, “qualora gli eredi non possiedano i requisiti di legge per l’esercizio della farmacia, gli eredi stessi possono continuare la gestione nominando un direttore responsabile per non più di tre anni”, ma, se almeno uno degli eredi è iscritto ad una facoltà di farmacia, tale periodo di gestione provvisoria si allunga a cinque anni.¹⁶

Pressoché identica al progetto di legge appena esaminato è anche la proposta S. 1377, l’unica differenza significativa si pone in peius rispetto al suo prototipo: per la commercializzazione dei pochissimi medicinali vendibili al di fuori delle farmacie, infatti, è anche necessaria la costante presenza di un farmacista.

A parte tre proposte (S. 7, S. 52 e S. 146) che interessano solo incidentalmente in questa sede, perché si limitano a ribadire l’attuale sistema di distribuzione del farmaco anche in relazione alla commercializzazione dei farmaci relativi alla cura di malattie rare (spesso detti “farmaci orfani”), la stessa impostazione del S. 863 si segnala anche nel progetto S. 1417, che modifica ben poco rispetto al sistema attuale.

In tutto il panorama dei progetti di legge attualmente depositati in Parlamento, non uno avanza un’alternativa diretta all’attribuzione tramite concorso della titolarità delle farmacie. Al contrario, come si è già visto con le S.863, S. 1377 e S. 1417, più proposte istituiscono un “concorso straordinario”: questo è anche l’oggetto dell’art. 17 del progetto C. 1357. In nessun caso, si immagina di abbinare il sistema concorsuale con il divieto della cessione diretta, tra vivi o *mortis causa*, dell’autorizzazione ad aprire una farmacia, vi sono però proposte che ipotizzano una completa riorganizzazione del sistema dei concorsi: oltre quelle già viste (ad esempio la S. 863 e la S. 1377, che si limitano a dettare alcuni principi generali, attribuendo ogni competenza alle regioni), è il caso della C. 1795 che, in tal senso, conferisce un’ampia delega al governo. Tale progetto, peraltro, è alquanto ambiguo e vago (se non incostituzionale) perché tra i “principi e criteri direttivi” vi è quello di “assicurare una più adeguata assistenza farmaceutica, mediante una revisione del criterio del numero di residenti necessario a legittimare l’istituzione di una farmacia”,¹⁷ senza specificare se tale “revisione” debba svolgersi nel senso di una diminuzione o – putacaso – di un aumento del rapporto tra residenti e farmacie. Da notare, però, che la medesima proposta di legge prevede anche, molto opportunamente, che l’Agenzia italiana del farmaco sottoponga a riconsiderazione “l’elenco dei medicinali attualmente sottoposti al regime di vendita su prescrizione medica, individuando i medicinali ... che possono essere utilizzati con sufficiente sicurezza dai cittadini senza necessità di prescrizione medica e provvedendo alla conseguente modifica della loro classificazione”.¹⁸

Lo strumento della delega è utilizzato anche dai progetti C. 977 e C. 977-bis, laddove (art. 6, comma 2) si prevede che il governo adotti (nel brevissimo termine di tre mesi) uno o più decreti delegati che attribuiscono nuove funzioni alle farmacie, inerenti l’assistenza domiciliare, l’educazione sani-

14 Si istituisce anche un concorso straordinario (art. 1, commi 20 ss.) nella vana speranza di attribuire la titolarità delle sedi attualmente vacanti: questa ostinazione nella conferma del concorso dimostra come i proponenti dimostrino di non voler comprendere le vere ragioni del fallimento del sistema della pianta organica.

15 L’atto amministrativo viene esplicitamente etichettato “concessione regionale” (art. 1, comma 12).

16 Art. 1, comma 12.

17 Art. 1, comma 1, lettera a).

18 Art. 1, comma 5.

taria e talune analisi di laboratorio “di prima istanza”: tali nuovi compiti, però, non intaccano in alcun modo il meccanismo di vendita al pubblico dei farmaci.

La palma del progetto di legge più singolare va però attribuita al n. S. 1627: attraverso la diminuzione del rapporto residenti/farmacie (che calerebbe a 3.500/1),¹⁹ la riorganizzazione (e quindi la conferma) del sistema del concorso pubblico,²⁰ nonché l’indizione del “solito” concorso straordinario,²¹ questo progetto sembrerebbe apportare solamente alcune limitatissime modifiche alla disciplina vigente, se non si addentrasse nella giungla delle definizioni giuridiche raggiungendo esiti talvolta curiosi. Così l’art. 6, comma 1, definisce “farmacie disagiate” quelle il cui “fatturato annuo complessivo” non sia “superiore a 500.000 euro” (importo debitamente soggetto a rivalutazione ogni due anni sulla base dei dati ISTAT). Se un fatturato di – poniamo – 490.000 euro non è esattamente ciò a cui si pensa quando si riflette sui possibili indici di “disagio”, ancor più curiosa appare la definizione usata per limitare la vendita, al di fuori delle farmacie e senza presenza di un farmacista, dei farmaci senza obbligo di prescrizione: le confezioni di tali preparati, infatti, devono contenere un “numero di unità posologiche che non superino la dose *massima giornaliera* come stabilito dalla farmacopea ufficiale”. A parte la dubbia funzionalità dell’elevazione a parametro legale dei consigli contenuti nei bugiardini, non v’è chi non rilevi un chiaro caso di trapianto lessicale dalla sfera del diritto penale, nonostante la formula utilizzata non coincida proprio del tutto con quella usata in materia di stupefacenti.

b) proposte di legge orientate nel senso di una maggiore liberalizzazione del settore.

La principale proposta di riforma orientata verso una parziale liberalizzazione del settore è presente in ben quattro testi identici tra loro, C. 1403, S. 950, S. 1213, S. 1814: il primo, depositato alla Camera il 26 giugno 2008, è sottoscritto da 36 deputati (prima firmataria Sen. Zamparutti), il secondo è firmato dal Sen. Lannutti, gli ultimi due sono presentati dai Sen. Perduca e Poretti.

Il sistema che emergerebbe in caso di approvazione di questi progetti si impenna sulla dicotomia tra farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale e farmacie non convenzionate con il servizio sanitario nazionale.

Le farmacie convenzionate sono quelle previste dalla pianta organica: solo in esse possono essere venduti i medicinali prescritti sui ricettari del servizio sanitario nazionale, dunque solo in esse l’assicurato dal SSN potrà godere delle eventuali esenzioni dal pagamento (integrale o meno) del prezzo del farmaco.²²

Le farmacie non convenzionate sono “esercizi di vicinato”²³ i cui titolari siano farmacisti abilitati all’esercizio della professione²⁴ e risultati idonei nei concorsi per l’assegnazione di sedi di farmacie:²⁵ a parte un meccanismo di sanatoria per la situazione attuale,²⁶ l’apertura di una farmacia non convenzionata è subordinata esclusivamente ad un’autorizzazione dell’ASL “atta a verificare la idoneità del farmacista, delle procedure amministrative, del locale e delle attrezzature necessarie per l’ eser-

19 Art. 1, comma 1.

20 Art. 3.

21 Art. 4.

22 Art. 8, comma 1.

23 Art. 4, comma 1. La proposta rinvia esplicitamente alla nozione di “esercizi di vicinato” fornita dall’art. 4, comma 1, lett. d) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, secondo il quale essi sono “quelli aventi superficie di vendita non superiore a 150 mq. nei comuni con popolazione residente inferiore a 10.000 abitanti e a 250 mq. nei comuni con popolazione residente superiore a 10.000 abitanti”.

24 Per la precisione, ai sensi dell’art. 6, comma 1, la titolarità può essere non solo di farmacisti persone fisiche, ma anche di farmacisti riuniti in società di persone o in cooperative a responsabilità limitata.

25 Art. 6, comma 1.

26 Art. 10.

cizio della farmacia”.²⁷ La sede della farmacia non convenzionata, comunque, deve essere situata “ad una distanza dalle altre farmacie convenzionate e dalle farmacie non convenzionate non inferiore a 200 metri”.²⁸ Nelle farmacie non convenzionate ogni soggetto potrà liberamente acquistare ogni prodotto farmaceutico e sanitario, ma non se prescritto su ricettari del SSN e, dunque, dovrà pagarne integralmente il prezzo.²⁹

Come cornice a questo quadro, il progetto di legge in esame prevede che i farmaci non pubblicizzabili (siano essi con obbligo di prescrizione o meno) possono essere venduti solo nelle farmacie (convenzionate o meno),³⁰ specificando che “la dispensazione al pubblico dei medicinali comunque classificati è riservata in via esclusiva al farmacista”.³¹ Dal combinato disposto di queste due prescrizioni scaturiscono due conseguenze: in primo luogo viene confermato che la vendita di ogni preparato farmaceutico, anche al di fuori dalle farmacie, deve essere compiuta esclusivamente da farmacisti; in secondo luogo si riduce notevolmente, rispetto al “Decreto Bersani”, l’ambito dei farmaci commercializzabili al di fuori delle farmacie, poiché vengono esclusi tutti i farmaci senza obbligo di prescrizione medica di cui è comunque vietata la pubblicità.

In questo quadro, permangono alcune forti perplessità, e, specificamente:

- A. non si comprende perché possano diventare farmacie non convenzionate solo gli “esercizi di vicinato”, cioè locali commerciali con dimensioni decisamente ridotte, né perché la titolarità debba essere limitata ai soli farmacisti, e non allargata ad altri soggetti pur privi di tale qualifica professionale;
- B. in un regime parzialmente liberalizzato come quello delineato dal progetto in esame, non è condivisibile il permanere di limiti minimi di distanza tra le farmacie;
- C. tutti i farmaci senza obbligo di prescrizione dovrebbero essere liberamente disponibili in esercizi commerciali senza la presenza di farmacisti: non è quindi condivisibile la duplice scelta del progetto in esame, secondo il quale ogni farmaco deve necessariamente essere venduto dal solo farmacista, mentre al di fuori della farmacia possono essere commercializzati solo i farmaci da banco e non tutti i medicinali acquistabili senza obbligo di prescrizione.

Più recentemente, il 24 febbraio 2010, al Senato è stato depositato un ulteriore progetto, il n. S. 2030, sottoscritto da 31 senatori (prima firmataria Sen. Ghedini) che ripropone sostanzialmente gli elementi fondamentali dei testi appena esaminati, con il pregio, però, di essere più snello, poiché consiste in un solo articolo.

Per concludere la presente rassegna, giova infine menzionare l’unico altro testo che si muove in una direzione affine allo spirito dell’originario Decreto Bersani: si tratta del n. S. 1465 (Sen. Poretì), il quale si limita a proporre l’abrogazione del Decreto Bersani nella parte in cui impone l’obbligo di presenza del farmacista nella vendita al di fuori delle farmacie di medicinali senza obbligo di prescrizione e vieta che tali prodotti possano essere oggetto di promozioni commerciali di qualunque genere.

4. Brevi riflessioni conclusive

L’orientamento prevalente tra i progetti di legge depositati in Parlamento non è purtroppo indirizzato verso una maggiore liberalizzazione del settore: il 2010, però, sarà sicuramente un anno importante per comprendere quali potranno essere i plausibili sviluppi futuri. Dinanzi alla Corte di

²⁷ Art. 4, comma 2.

²⁸ Art. 4, comma 3. La disposizione prosegue seguendo il modello della regola attualmente vigente in materia di collocazione delle sedi di farmacia nell’ambito della pianta organica: “la distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie”.

²⁹ Art. 8, comma 2.

³⁰ Art. 2, comma 2.

³¹ Art. 2, comma 1.

Giustizia delle Comunità Europee (CGCE), infatti, è pendente un ricorso avverso la normativa della comunità autonoma spagnola delle Asturie, in tutto e per tutto simile alla disciplina italiana in materia di pianta organica delle farmacie: il 30 settembre 2009 l'Avvocato generale ha rassegnato le sue conclusioni e durante l'anno in corso la Corte dovrebbe pronunciarsi in via definitiva.

Se la CGCE accoglierà le conclusioni dell'Avvocato generale, il sistema della pianta organica, con la connessa possibilità di trasferimento delle autorizzazioni per atto tra vivi e mortis causa, sarà dichiarato incompatibile con la libertà di stabilimento nel territorio dell'Unione, stabilita dall'art. 43 del Trattato CE: anche alla luce di questi plausibili sviluppi, si auspica che la maggioranza e il governo sappiano contemperare correttamente i numerosi interessi in gioco, evitando di rinchiudere l'Italia in una battaglia di retroguardia.

La proposta dell'Istituto Bruno Leoni, succintamente delineata in questa sede, ha il pregio di contemperare le diverse esigenze degli attori economici attivi in questo comparto, nell'ottica di un ampliamento dell'offerta coerente con le aspettative dei consumatori. "Tornare indietro", rispetto al Decreto Bersani, non solo intaccherebbe gli investimenti di chi ha potuto "cogliere l'attimo" della liberalizzazione (farmacisti non titolari e GDO), distruggendo valore: ma soprattutto si porrebbe in contraddizione, rispetto ad una innovazione risultata altamente popolare fra i consumatori. È giusto cogliere l'occasione del grande interesse attorno a questo tema, in questa legislatura, per dare al nostro Paese un'organizzazione stabile, sostenibile e più pluralistica della distribuzione del farmaco. La proposta avanzata in queste pagine, che ambisce a fare perno sugli operatori economici già oggi attivi per costruire ulteriori spazi di competizione, si propone come una base di discussione per quanti auspicano si possa andare in quella direzione.