



# **Regolazione dei prezzi dei farmaci e ricerca nel settore farmaceutico**

**Seminario organizzato dall'Associazione ASTRID**

**Trascrizione degli interventi  
Testi provvisori non corretti dai relatori**

**10 luglio 2007**

## *Indice*

Giorgio Macciotta.....	3
Fabio Pammolli.....	10
Claudio Cavazza.....	16
Alberto Heimler.....	19
Marco Stradiotto.....	23
Sergio Dompè.....	25
Claudio De Vincenti.....	30
Fabio Pammolli.....	37
Daniel Lapeyre.....	38
Claudio Cavazza.....	40
Alberto Heimler.....	40
Daniel Lapeyre.....	41
Carlo Luciani.....	42
Giuseppe Cosentino.....	45
Grazia Labate.....	47
Sergio Dompè.....	53
Mauro Carai.....	55
Rita Battaglia.....	57
Edwin Morley-Fletcher.....	60
Giuseppe Cananzi.....	61
Franco Bassanini.....	65
Giorgio Macciotta.....	67

## ***Giorgio Macciotta***

..mi consente di darlo sostanzialmente per letto e di riassumere soltanto, giusto per aprire la discussione, alcune questioni, non senza avere anche io ringraziato il gruppo di lavoro. Io mi sono trovato del tutto inopinatamente, diciamo la verità, a coordinare questo lavoro, e il lavoro si è svolto con una interlocuzione vera tra tutte le componenti del gruppo anche facendo emergere, come si vedrà, qualche elemento di non pieno accordo insomma, che vogliamo, appunto, sottoporre anche alla discussione, evidenziandolo, in modo che, come diceva già Franco, sia possibile poi continuare l'elaborazione e il confronto e arrivare a soluzioni che siano utili a fare andare ulteriormente avanti il lavoro in questo campo.

Perché ce ne siamo occupati?

Perché il mercato dei farmaci, in primo luogo, incide in un settore che indiscutibilmente rientra tra quelli per il quale l'articolo 117 secondo comma, lettera M della Costituzione, prevede diritti eguali per tutti i cittadini quale che sia il luogo di residenza. In secondo luogo è un mercato particolare; c'è un soggetto, diciamo la Repubblica, per non dire lo Stato, perché le competenze sono articolate tra Stato e regioni, ma c'è un soggetto, la Repubblica, che è acquirente largamente maggioritario del prodotto, lo stesso soggetto è datore di lavoro dell'intermediario fondamentale tra il sistema della produzione e l'utilizzatore, il paziente, perché è il datore di lavoro dei medici italiani, anche se, naturalmente, come emerge da uno dei contributi, quello di Carai, una scomposizione dei bilanci interni delle aziende da cui viene fuori che il 14% delle spese è dedicato alla ricerca e il 34% è dedicato alla promozione e al marketing, fa emergere qualche perplessità sul peso effettivo che il datore di lavoro unico può avere nel condizionare gli intermediari. Si tratta di un mercato nel quale la regolazione pubblica è fortissima in tutte le fasi, da quella della registrazione a quella della

commercializzazione e ancora, per quanto riguarda l'Italia, si tratta di un mercato interessantissimo dal punto di vista del consumo, il sesto mercato mondiale, assai meno interessante dal punto di vista del fatturato; su 50 aziende monitorate, l'Italia...., una sola azienda italiana al 36esimo posto, ancor meno interessante dal punto di vista della ricerca, sempre su 50 aziende monitorate, l'unica azienda occupata il 48esimo posto.

Un secondo aspetto peculiare riguarda la distribuzione dei prodotti nei quali i farmaci generici sono marginali rispetto al complessivo fatturato, malgrado, ulteriore anomalia, il prezzo dei generici sia in Italia superiore a quello medio dei paesi a noi simili e il prezzo delle specialità sia largamente inferiore a quello dei paesi a noi simili. Le ricerche condotte con varie metodologie e anche con diverse aggregazioni del gruppo Pammolli-Riccaboni-Bonaschi, danno da questo punto di vista risultati univoci.

Terzo aspetto interessante: il fatto che l'Italia ha una struttura clinica potenzialmente utilizzabile per una sperimentazione di qualità, ma per una serie di motivi, ivi compresi recenti interventi legislativi, tendenzialmente sottoutilizzato o ma utilizzata, infine un settore nel quale tutti gli interventi di regolazione più recenti mossi con la logica del controllo della spesa finale si sono rilevati da un lato inadeguati a contenere effettivamente la spesa, tali da richiedere forti interventi *ex post* di ulteriore correzione, con ulteriori ricadute negative naturalmente dal punto di vista di qualsiasi programmazione industriale.

Se vogliamo avere il segno di questo fenomeno, una ricostruzione della spesa pro capite per farmaci in media nazionale porta dal '99 al 2005 la spesa accresce da 132 euro a 205, ma con uno zoccolo rilevante da tenere a mente per una cosa che dirò da qui a un momento, tra il 2000 al 2001 quando la spesa cresce da 151 a 204. La dinamica della spesa è altrettanto rilevante, non si dice perché naturalmente, ma tutti

sanno che tra il 2000-2001 si colloca la eliminazione dei ticket, lo zoccolo della dinamica della spesa è tra il 100 nazionale e i 114 e 79 del 2000 e il 153 del 2001. Dopo di che c'è una relativa stabilizzazione con qualche regione che continua a crescere, un buon contributo da questo punto di vista lo dà il Lazio e con qualche regione che invece rientra come per esempio la Campania che era precedentemente il record men della spesa pro capite.

Una dinamica della spesa determinata stanti gli interventi di controllo non dai prezzi ma dai volumi, con problematiche che naturalmente pongono anche il tema dell'appropriatezza delle prescrizioni. Un caso di scuola direi, di una presenza pubblica fortissima con ricadute quasi nulle in termine di efficienza dell'amministrazione e in termine di sviluppo dell'apparato produttivo del paese. Il gruppo è partito dall'ipotesi di vedere come si potesse premiare il farmaco innovativo, quindi inizialmente ipotizzando di potersi concentrare sulla fase produzione; sin dalle prime riunioni del gruppo è emerso che non era possibile affrontare il tema se non allargando l'orizzonte all'intero ciclo e in particolare alle fasi della distribuzione e alle fasi del rapporto con gli intermediari e gli utilizzatori del prodotto.

Alcune prime conclusioni del lavoro. Prima questione, nell'ultima fase si assiste a una qualche ripresa della ricerca nel settore; dal contributo Caraviv viene fuori un aumento della spesa delle aziende italiane in ricerca pari al 19% tra il 99 e il 2005, a fronte di un aumento complessivo del fatturato pari al 7,4, quindi sembrerebbe una forzatura in direzione della ricerca. Cosa ancor più significativa se si tiene conto del fatto che il 94% della ricerca è stato auto finanziato, contro una media del totale delle spese di ricerca delle imprese industriali pari al 63%; questo indica che c'è un qualche maggiore interesse correlato anche da dati di incremento degli occupati nel settore che è pure in contro tendenza rispetto all'incremento generale degli occupati. Da questo

punto di vista le prime conclusioni di questo specifico filone di approfondimento dicono che occorre monitorare meglio la rete, indicando quali sono le specifiche esperienze da valorizzare in ciascun punto della rete, tutti in circuito ma non tutti possono fare tutto. Secondo, che occorre in tutta la filiera, quindi non solo nella rete pubblica ma anche nella interrelazione pubblico-privato, valorizzare i punti di eccellenza; terzo che probabilmente il contratto di programma è un meccanismo che può favorire questa relazione tra pubblico e privato, ma per fare questo probabilmente occorrono alcuni snodi legislativi, in particolare occorre rimuovere il vincolo di totale detraibilità delle risorse utilizzate per ricerca solo nel caso che siano devolute a centri di ricerca che hanno una struttura pubblica, mentre qualora gli stessi enti pubblici si dotino di una struttura che per maggiore agilità si articoli secondo regole di diritto privato, diminuisce la detraibilità dei contributi e quindi diminuisce l'incentivo all'impresa ad agevolare questa spesa di ricerca.

Infine, è emerso un tema che però è ancora tutto da approfondire, l'esigenza di affrontare i problemi etici relativi alla sperimentazione, in particolare alla sperimentazione anche su pazienti sani.

Dal punto di vista dei prezzi, essendo chiaro che la componente prezzo non è, non solo non è l'unica, ma non è forse nemmeno la componente determinante per le decisioni di una impresa nel dislocarsi in un paese, è emersa l'esigenza di tenere conto del fatto che in tutta l'ultima fase c'è una attenuazione nella scoperta e nella prevedibilità di nuovi farmaci, molti farmaci derivano dall'uso diverso di vecchi farmaci utilizzati per diverse utilizzazioni terapeutiche. Da questo punto di vista, meccanismi che anche nella determinazione del prezzo agevolino il mantenimento di interesse dell'impresa a seguire la fase di sperimentazione clinica, possono essere utili ad incentivare l'innovazione in questo campo. Sul versante dei prezzi innovativi sono emersi – come

dicevo – siccome si determinano i prezzi innovativi, sono emersi alcuni punti di discussione, di dissenso all'interno del gruppo. Indico prima i punti di consenso e poi indico i punti di dissenso. Mi pare che ci sia un generale consenso circa il fatto che il prezzo di un farmaco che determina innovazione radicale sia nella prima fase di registrazione sostanzialmente libero, certo con confronti ove possibili, ma nella misura in cui noi auspichiamo che la prima registrazione avvenga in Italia è evidente che i confronti diventano piuttosto complessi, insomma, piuttosto aleatori.

La seconda cosa, c'è un accordo, mi pare abbastanza diffuso, sull'esigenza di meccanismi di compartecipazione alla spesa in funzione dissuasiva e in funzione di recupero di comportamenti anomali. Il dato che ho ricordato prima dello scalino di consumi 2000-2001 indica come con tutte le cautele, vada riaperto il discorso sul ticket da un lato, e dall'altro c'è un problema di come recuperare, in una logica di prezzo libero, di come recuperare eventuali scostamenti rispetto all'aggregato della totale spesa farmaceutica che deve sostanzialmente.., che è poco plausibile che venga rimosso il vincolo di spesa complessivo in questo campo. Il dissenso riguarda nella sostanza le modalità, appunto, attraverso le quali operare questo recupero; diciamo che c'è una ipotesi più fiduciosa nel mercato, nelle capacità auto regolatori del mercato per cui nella sostanza c'è un recupero degli eventuali scostamenti realizzato attraverso una forma di spalmatura dell'extra spesa sull'intero fatturato dell'intero comparto di produzione. Una seconda ipotesi più tesa alla regolazione, che prevede un passaggio attraverso il contratto di programma, che prevede una contrattazione.., dentro una ipotesi di incremento prefissato della spesa farmaceutica, prevede una contrattazione da farsi sul budget delle singole imprese premiando quelle imprese la cui componente innovativa sia più marcata e prevedendo che quelle imprese possano ulteriormente recuperare spazi per le produzioni innovative manovrando all'interno del loro listino

sui farmaci meno innovativi, ovvero riducendo il prezzo e quindi aprendosi più spazi per l'impresa più innovativa.

Queste.., naturalmente poi i proponenti delle due ipotesi dettaglieranno meglio di quanto possa fare io, le diverse soluzioni.

Da tutti gli approfondimenti è venuta fuori l'esigenza di un intervento sull'autorità di regolazione, fermo restando il giudizio positivo sul passo avanti compiuto con le istituzioni dell'AIFA, vengono fuori però alcune criticità; la prima è che la struttura dell'AIFA è sottodimensionata rispetto al complesso dei compiti che svolge e che dovrebbe svolgere e quindi occorrerebbe un qualche adeguamento della sua struttura.

La seconda è che bisogna restituire all'AIFA una composizione più consona al ruolo professionale, meno politico, per cui anche nella composizione degli organi del Consiglio di Amministrazione dovrebbe essere rimossa una qualche anomalia che vede la rappresentanza regionale, nessuno volendo mettere in discussione il ruolo, diciamo, di snodo federale in qualche modo che ha l'AIFA, tenendo conto delle competenze rilevanti che le regioni hanno in questa materia, però è parso al gruppo di lavoro del tutto anomalo che la componente regionale fosse rappresentante di competenze politiche non di competenze professionali.

La terza questione sempre in relazione alla struttura dell'organo di regolazione è quella di accentuare, di unificare le varie procedure di registrazione, non distinguendo più tra procedure nazionali e comunitarie e adeguando tempi e modi della registrazione a procedure più europee. Scelta di procedure che siano il più automatiche e meno discrezionali possibili e che quindi consentano all'AIFA di concentrarsi sui prodotti più innovativi e infine, come ho già detto, nella prima fase di registrazione si dovrebbe sostanzialmente prendere atto della proposta dell'azienda riservando la vera e propria negoziazione ad una fase, dopo 3-5 anni, quando sulla base anche di documentazione



sperimentale più consolidata, si potrebbe cominciare una vera e propria contrattazione maggiore. Per quanto riguarda la Commissione prezzi e rimborso dell'AIFA, l'esigenza di renderla più autonoma rispetto all'attuale struttura, all'attuale organizzazione che di fatto la subordina al Comitato tecnico scientifico e quindi assegnare maggiori competenze in termini di valutazione economica alla Commissione per il rimborso. Rapidamente sulle altre questioni, l'organizzazione alla distribuzione è un nodo evidente; sul 90% del fatturato che riguarda tutti i farmaci intorno ai 25 euro, sotto i 25 euro di fatturato, il distributore ha un margine del 22 e 95%; non motivato dalla particolarità delle prestazioni.

La proposta, in sostanza, quel fondamentale è quella di andare dall'attuale percentuale ad una sorta di forfait che elimini l'interesse a moltiplicare gli atti di distribuzione sui farmaci del tutto insensato. Per far questo però occorrono alcune altre misure di contorno, perché se non c'è un rischio di massimizzare invece le procedure di monopolio. Il superamento della pianta organica attuale, la concessione di un diritto di proprietà anche, fermo restando che la distribuzione finale è del farmacista, un diritto di proprietà anche in capo a società di capitali, il diritto a creare catene di esercizio. In fine, ultime due questioni: buone pratiche, da qui l'esigenza di raccogliere i dati e utilizzarli per campagne che consentono da un lato di intervenire sui comportamenti anomali di medici, dall'altro campagne che sensibilizzano anche i pazienti all'uso anomalo della medicina; infine, politiche fiscali. Politiche fiscali che tendano sempre di più, lo dicevo all'inizio, ma si possono trovare altre misure, c'è per esempio in Italia una dimensione dell'IVA che è anomala rispetto a quella di altri paesi europei; si potrebbe probabilmente, tenendo conto che la Repubblica e il compratore finale che gran parte dell'IVA e una partita di giro, procedere ad una diminuzione verificando

bene i vincoli comunitari da questo punto di vista e procedere però ad una rimodulazione delle aliquote IVA.

Io avrei finito.

### ***Fabio Pammolli***

Ringrazio per questa occasione e per questa opportunità di discutere temi di estremo rilievo in questa sede anche per mettere a punto i documenti della stesura finale. Quando prima Macciotta ha parlato dei scalini della spesa ho avuto un brivido perché ho detto “non è che ci ricollegiamo a scalino, scalone, eccetera” però effettivamente, farei un passo indietro per dire due punti che noi abbiamo considerato come gruppo Cerm nello stendere il documento specifico riferito alla parte di praising e sono due punti di fatto di finanza pubblica che fanno da sfondo alla nostra discussione oggi e che quindi ritengo utile richiamare brevemente. Il primo attiene all’andamento della spesa sanitaria nel suo complesso e alla spesa farmaceutica all’interno della spesa sanitaria, parlo della spesa pubblica, e il secondo attiene al rapporto Stato-regioni e al controllo delle dinamiche di spesa, di nuovo con riferimento alle due componenti, alla sanitaria e alla farmaceutica. Se consideriamo questi due contesti più macro vediamo, al primo livello, un andamento di spesa sanitaria pubblica che si stabilizza con una crescita della componente privata e all’interno della spesa sanitaria pubblica vediamo che la spesa farmaceutica, negli ultimi anni, è la componente che più è stata assoggettata a misure di ripiano di breve periodo che andavano a realizzare obiettivi di finanza pubblica sull’esercizio e invece le dinamiche sottostanti non sono dinamiche di tipo congiunturale, ma sono dinamiche di tipo strutturale che richiederebbero un ripensamento del rapporto tra spesa pubblica e spesa privata in campo sanitario

organizzando la componente privata; questo è un punto che è importante considerare se si considera che la spesa farmaceutica e la spesa sanitaria, in particolare quella farmaceutica privata, in Italia è quasi integralmente out pocket quindi non c'è nessuna organizzazione della componente privata.

Altro aspetto riguarda il rapporto Stato-regioni con vincoli di bilancio che sono stati i vincoli di bilancio soffici e anche i passi in avanti ottenuti con l'ultima legge finanziaria poi hanno una clausola residuale che consente alle regioni di ricorrere ad altri strumenti che di fatto riapre, come dire, la stura ad operazioni di regolazione definita a livello regionale e quindi questo è un elemento importante, perché di fronte a sfondamenti poi di fatto è stato lo Stato a ripianare ex post oppure le regioni sono intervenute con misure di contenimento che hanno aggredito la componente più elastica della spesa che era quella farmaceutica. Tutto questo lo dico perché la regolazione in campo farmaceutico ha risentito di due aspetti: uno di lunga provenienza, cioè un iper – come dire – una enfasi molto forte sulla regolazione di prezzo e questo deriva dalle proprietà dei mercati in campo farmaceutico, ma deriva anche da una storia di tentativo di risoluzione di quella che si poteva chiamare lo iato tra sfera della produzione e sfera del consumo, la mediazione sociale tra sfera della produzione e sfera del consumo attraverso la determinazione diretta da parte dell'attore pubblico del prezzo e questa è una cosa che anticamente riguarda il settore farmaceutico in Italia, e uno di più breve periodo che è il sovraccarico sul prezzo, i vincoli di finanza pubblica che in realtà andavano risolti, andrebbero risolti con misure di carattere più strutturale. Alla luce di questo ci siamo messi a lavoro sulla parte del pricing e ci siamo messi al lavoro partendo dalle analisi empiriche di strutture industriali che hanno rilevato come il mercato italiano, in termini di farmaceutica, abbia alcune caratteristiche che lo differenziano da altri mercati in termini, ad esempio,

di intensità del turnover di quota ma anche in termini di non chiara distinzione tra segmenti di mercato. ...Su quei prodotti e su quelle imprese che in realtà avrebbero il tasso di crescita potenziale più alto e quindi su prodotti e imprese relativamente più giovani rispetto alla media del mercato e allora, di fronte a questa – come dire – storia di interventi ex post sui prezzi e poi non dico che in realtà mentre si interveniva sui prezzi la domanda cresceva sui volumi e che quindi, in realtà, anche rispetto agli obiettivi di finanza pubblica questi interventi ex post non.. Cosa abbiamo ipotizzato? e naturalmente premetto che non si tratta di una proposta di DDL, cioè non si tratta di una proposta già operativa, si tratta di alcuni spunti che poi dovranno essere discussi e discussi tra le parti, non c'è nessuna pretesa di andarlo a imporlo.. Innanzi tutto si è detto “va be, sarà anche vero che ogni scarafone è bello a mamma sua, però ci sono degli scarafoni un pochino più interessanti” cioè ci sono dei prodotti che arrivano con proprietà terapeutiche innovative, che colpiscono classi terapeutiche che hanno un fabbisogno terapeutico elevato o che lo fanno con una novità di meccanismo di azione forte o con una innovazione in termini di effetti collaterali eccetera. Allora, rispetto a questi prodotti l'idea è: diamo, nelle fasi di avvio del ciclo di vita un lift all'impresa che lancia questi prodotti, non sovraccarichiamo l'intervento sul prezzo, andiamo a vedere dei benchmarking internazionali su prodotti che abbiano un prodotto interno lordo pro capite analogo, per questo pensavamo alla Germania e al Regno Unito e alla Francia, quindi andando a parametrare su paesi che hanno in realtà, appunto, ricchezza pro capite simile a quella dell'Italia, e anche – come dire – sistema di welfare e sistemi sanitari che non sono poi così distanti e rispetto a questi prodotti diamo una clausola di salvaguardia rispetto al prezzo determinato non in modo pienamente libero, ma determinato con un forte margine di manovra nell'interazione con l'AIFA, per i primi 3-5 anni del ciclo di vita; dopo di che, usciti da questa fase, questi prodotti entrano nel

calderone di tutto il mercato e vengono assoggettati a quelle clausole di pay back che sono associate agli sfondamenti di spesa e su questo torno fra un secondo.

Questo può essere graduato per gradi diversi di innovatività e innovazione radicale – non è un termine che mi piace – ma sicuramente per gradi diversi di innovatività terapeutica e rispetto alla seconda classe di innovazione incrementale con delle differenze ma con anche delle analogie rispetto al modello francese, si propone, anche qui, una determinazione del prezzo che tenga conto di parametri internazionali ma che tenga anche conto dei prezzi dei prodotti in patent e sottolineo in patent, riferiti a un sotto mercato, quindi a una determinata TC4. altro elemento è la chiara distinzione che il regolatore dovrebbe tenere tra il segmento dei prodotti coperti da brevetto e segmento dei prodotti non coperti da brevetto. L'idea di avere una zona grigia nella quale il regolatore può fare scorribande riconoscendo, alterando la copertura brevettale è un elemento abbastanza.. concettualmente inaccettabile se si ritiene che il valore della proprietà intellettuale debba essere, in qualche modo, riconosciuto altrimenti si deve mettere in discussione il valore della proprietà intellettuale ma assumendosi tutti gli oneri del caso. Allora, rispetto a questo si ritiene che una chiara distinzione tra in patent of patent debba corrispondere all'applicazione rigorosa di un modello di reference pricing riferito a livello di specifico come la legislazione attuale a livello nazionale prevede è applicato unitamente ai prodotti che scadono di brevetto e non invece con delle box che contengono prodotti in patent of patent e soprattutto se questi box sono definiti a livello regionale e non invece frutto di una politica nazionale che definisca le classi di equivalenza; quindi qui non mi attardo ma ci sono sentenze della Corte di Giustizia Europea, c'è la storia del modo con il quale il reference pricing è stato introdotto in Italia, riteniamo che quella via fosse una via corretta, riteniamo che uso di forme di regolazione come se fossero degli elementi di ripiano di spesa ex poste

e non avessero invece delle implicazioni sul funzionamento dei mercati possano essere discorsive sia degli equilibri concorrenziali e non realizzare obiettivi di finanza pubblica in termini di attribuzione e soprattutto non attribuire le responsabilità sugli sfondamenti. Quindi questo è un altro elemento, la chiara distinzione tra i due segmenti con partecipazione alla spesa e già è stato detto prima e sinceramente non vediamo perché al momento della scadenza del brevetto, nel momento in cui si può avere un reference pricing molto rigoroso che vada a parametrare il livello di rimborso a dei livelli minimi o comunque a delle ponderazioni rispetto ai livelli minimi di prezzo e delle forme di compartecipazione alla spesa proporzionali al prezzo per il paziente, in modo tale da renderlo sensibile al prezzo salvo esenzioni, non si vede perché si debba disciplinare, attraverso la regolazione pubblica il livello del prezzo per i prodotti of patent. Si può avere una competizione di prezzo con libertà di fissazione del prezzo sapendo che poi il paziente è in grado di scegliere un prodotto di marca o non di marca in relazione a, tra virgolette, le proprie preferenze se opportunamente aiutato in questo dal medico prescrittore. Quindi questo è un altro aspetto sul che cosa fare sul segmento degli of part.

Ultime considerazioni, perché poi mi pare che alcune cose le abbia già dette il Professore Macciotta e non voglio ripeterle, sulla distribuzione. Be, qui – come dire – c'è una posizione abbastanza forte che però deriva anche da un po' la consapevolezza del fatto che queste posizioni più soft nel tempo non è che siano state accettate dalla categoria dei distributori con questo entusiasmo insomma; c'è stato un po' un muro contro muro negli anni, anche di fronte a proposte che non erano dei Big Ben rispetto alla distribuzione e forse il segnale che si vuol dare è “guardate che la liberalizzazione..” ed è un segnale anche con delle connotazioni in parte politica ma di politica della regolazione di mercato, cioè in un momento in cui si assegna un elevato

valore alle liberalizzazioni lo snodo della distribuzione è uno snodo che di liberalizzazione avrebbe molto bisogno. Allora, o si interviene con alcune misure che accompagni questo processo, ad esempio con riferimento agli of patent.., è clamoroso che la quota proporzionale assegnata al distributore finale non sia parametrata indipendentemente dal prodotto venduto a livello minimo dei prodotti sul mercato; cioè se io ho 5 prodotti che sono perfettamente equivalenti tra di loro non vedo perché la remunerazione del farmacista debba essere, in qualche modo, legata a.. anche se proporzionata al prezzo, debba essere ancorata a un qualche cosa di diverso dal livello minimo, perché almeno lo voglio rendere neutrale. Ma al di là di questo, il problema è come introdurre degli elementi di mobilità.. ad esempio un problema potrebbe essere quello di liberalizzazione parziale degli sconti, si è discusso prima sulla pianta organica; il nostro intendimento sarebbe quello di rendere, soprattutto sul segmento degli of patent.., quando prima Macciotta faceva riferimento ad opzioni più mercatistiche, un mondo nel quale il produttore di marca può praticare le proprie strategie di prezzo e anche le proprie strategie di rapporto con il medico e, nello stesso tempo, si hanno delle clausole di salvaguardia per il paziente in modo tale da beneficiare da elementi concorrenziali.

Ultimo punto, il pay back. Nella nostra proposta il pay back, quindi il meccanismo di ripiano ex post viene mantenuto, fatto salvo che proponiamo l'abolizione del tetto sulla parte ospedaliera e fatto salvo che proponiamo il fatto che il vincolo del 13% se è anche ribadito a livello di 13% dovrebbe essere parte del DPF o comunque dovrebbe essere parte di un impegno di lungo periodo che veda un impegno anche politico e di finanza pubblica nei confronti del settore, fatte salve queste premesse, il pay back, rispetto agli sfondamenti di spesa, dovrebbe essere parametrato, riteniamo in questo momento, rispetto alla quota di mercato aggregato della singola impresa, questo perché

riteniamo che nel momento in cui si passasse a previsioni dell'andamento lecito dei saggi di crescita delle diverse TC4 e fosse il regolatore a stabilire quanto deve crescere una certa TC4 per essere attiva, questo determinerebbe una sorta di iper regolazione che, in realtà, mi pare abbia fallito in altri contesti e non credo si riproporrebbe con efficacia in un settore così differenziato come quello farmaceutico anche se l'epidemiologia può aiutare. Certamente analisi a livello di comportamento prescrittivo e a livello territoriale possono aiutare ad introdurre degli elementi di controllo su comportamenti prescritti lo stesso.

Io mi scuso se sono stato lungo e vi ringrazio.

***Claudio Cavazza***

.....







***Alberto Heimler***

Io devo dire che mi trovo abbastanza in dissenso con quanto ha appena sostenuto il Dottor Cavazza evidentemente, però senza volermi mettere in un angolo, cioè il ..... è del 1984 è quello che ha praticamente creato l'industria dei generici negli Stati Uniti e gli Stati Uniti è il paese principe della ricerca scientifica in materia farmaceutica. Io non voglio.. voglio solo dare una cronologia non è che.. i generici hanno effettivamente contribuito significativamente in tutti i paesi alla riduzione della spesa sanitaria. Vorrei anche dire che il problema dei brevetti folon cioè i brevetti successivi, è un problema molto serio su cui però, per fortuna, esiste anche un controllo da parte delle autorità antitrust. Nel 2005 la Commissione Europea ha condannato Astrazeneca a 60 milioni di euro di sanzione proprio per avere abusato della sua posizione dominante nel presentare di fronte all'ufficio dei brevetti delle indicazioni successive al suo farmaco Losec e del tutto pretestuose volte esclusivamente all'eliminazione dei generici e in più la stessa Astrazeneca ha imposto al regolatore danese di eliminare

proprio per innovazioni del tutto fittizie, quindi non di sostanza ma del tutto fittizie, ha imposto al regolatore danese di eliminare dalla lista dei prodotti commerciabili il prodotto dal brevetto scaduto e naturalmente questo con effetti molto rilevanti al punto che la commissione europea è intervenuta con una direttiva per vietarlo; questo per vietare che le imprese che abbiano un monopolio possano, attraverso delle semplici, semplicissime innovazioni, modestissime innovazioni, portare avanti per altri 20 anni la protezione brevettuale e impedire l'avvento dei generici. Ora, da questo punto di vista ci sono le direttive comunitarie, questo per dire che il problema esiste, non è che la concorrenza sia del tutto inutile e che d'altra parte i comportamenti delle imprese siano sempre dell'interesse generale. Ora, quindi, i generici si sono sviluppati e i casi comunitari anche tendono a impedire i comportamenti abusivi volti a escluderli dal mercato relativamente alla situazione economica delle imprese farmaceutiche guardando la lista delle 500 imprese più importanti del mondo, il numero delle imprese farmaceutiche è molto cospicuo; fra le 500 imprese più grandi del mondo ci sono le principali imprese farmaceutiche con margini di redditività più elevati all'interno di questo gruppo. Questo per dire che è vero che magari il problema esiste però è un problema soprattutto legato alla qualità dei brevetti, rispetto al quale tutti i paesi si stanno confrontando. L'ufficio dei brevetti, purtroppo, non esercita un controllo sufficiente e quindi molto spesso la protezione brevettuale è data senza una sufficiente analisi della sostanza dell'innovazione.

Si è detto questo, vorrei ritornare sulle relazioni introduttive, che ho molto apprezzato devo dire, e in particolar modo in relazione al mercato delle farmacie. Effettivamente in Italia noi abbiamo 24 mila farmacie, ci sono 60 mila farmacisti, no, 17 mila farmacie – non so dove avevo questo numero 24 mila – comunque 60 mila farmacisti penso che sia vero e.., si, e non è molto chiara la ragione per cui il numero delle farmacie debba

essere limitato. Devo dire che il recente intervento di Bersani a favore della liberalizzazione dei farmaci da banco, pur con la timidezza con cui è stato fatto, nel senso che ha imposto per i farmaci da banco un farmacista nei supermercati che lo volessero distribuire, quindi che è un costo aggiuntivo non sempre giustificato, stando i suoi frutti, nel senso che nei supermercati dove i farmaci da banco sono presenti i prezzi sono scesi significativamente e sono anche scesi nelle farmacie poi, che si trovano soggette a questa concorrenza. Naturalmente il problema è che una liberalizzazione degli accessi delle farmacie richiede, in qualche maniera, una modifica degli incentivi da parte dei consumatori e dei pazienti perché se il prezzo è fissato, il prezzo è sempre quello si rischia un eccesso di ingressi nei mercati, cioè si passa da un eccesso all'altro, cioè da un numero limitato di farmacie ad un eccesso di ingresso proprio perché i margini sono fissati e stabiliti e di conseguenza le farmacie farebbero esclusivamente un servizio di vicinato. Quindi da questo punto di vista una sorta di coopagamento è indispensabile anche per favorire il consumatore e il paziente a scegliere la farmacie o il distributore che pratica il prezzo più basso altrimenti, senza questo pagamento, coopagamento l'incentivo scompare. Da questo punto di vista vorrei dire che la Danimarca come nel caso dei sudditi alla disoccupazione, anche nel caso del coopagamento rappresenta un modello di riferimento perché in Danimarca è previsto un pagamento, un coopagamento a scalare in funzione della spesa annuale per farmaci dei pazienti che di conseguenza più è alta la spesa per farmaci più alto è il sussidio pubblico per il pagamento e di conseguenza è un modello che può essere preso come punto di riferimento perché presenta delle caratteristiche di efficienza ma anche di equità. E la fissazione dei prezzi in relazione al reference pricing - secondo me - è un problema nella misura in cui tutti i paesi seguono lo stesso modello, cioè noi, a parte il Regno Unito, e quindi mi ha fatto piacere sentire Pammolli riferirsi al Regno

Unito in cui effettivamente il prezzo – diciamo – è individuato sulla base di una analisi dei costi e su una base di un margine di profitto di riferimento; in tutti gli altri paesi si fa la media dei prezzi degli altri paesi e quindi questa media può essere qualsiasi numero, può essere 100, può essere 1000, 40, perché.. quindi da questo punto di vista è bene individuare, se noi non vogliamo, noi stessi, impegnarci nell'individuazione del prezzo di riferimento è bene individuare i paesi che effettivamente fanno questa analisi con serietà. Il brevetto e questo è anche un punto importante a favore della concorrenza, il brevetto non implica un potere di monopolio; ci sono moltissime classi terapeutiche all'interno della quale esiste concorrenza, degli ansiolitici, nei prodotti anti ulcera, certamente nei prodotti da banco ma insomma, il brevetto non implica necessariamente potere di mercato e da questo punto di vista la concorrenza, quindi tra i prodotti deve essere utilizzata, eventualmente premiando i medici che prescrivono farmaci a basso prezzo. In fondo è un tentativo che il Regno Unito ha fatto e che noi dovremmo imitare, quanto meno nella sostanza della questione perché se il medico, noi siamo nelle mani dei medici, noi esprimiamo una domanda indiretta non una domanda diretta e quindi se il medico non ha nessun incentivo a prescrivere il farmaco a basso prezzo, questo farmaco a basso prezzo non verrà prescritto. Il ruolo dell'antitrust in parte l'ho già accennato per il caso Astrazeneca, devo dire che l'autorità è recentemente intervenuta diffusamente nell'impedire accordi collusivi con imprese farmaceutiche e soprattutto in sede di gara per le ASL o per gli ospedali e quindi, da questo punto di vista, la normativa antitrust rappresenta un elemento importante di disciplina del mercato e con questo penso che posso concludere.

## ***Marco Stradiotto***

Intanto mi scuso se dopo devo assentarmi ma devo seguire semplificazione, liberalizzazioni, cioè altre questioni che hanno a che fare con il Ministero che ho l'onore di rappresentare. Innanzitutto grazie dell'opportunità, dell'invito, io premetto subito dicendo al Prof. Macciotta che io non sono riuscito a leggerlo questo documento e quindi, perché fra le 1000 cose proprio non sono riuscito a leggerlo, quindi sono venuto in questo incontro per ascoltare, per capire, per comprendere e per sentire da ognuno di voi suggerimenti volti a dare soluzioni o comunque a dare risposta alle questioni che sono aperte. Allora, ci siamo detti che per quanto riguarda la spesa farmaceutica, siamo a una spesa consistente, probabilmente qua adesso sentirete la mia..., Io sono per natura..., mi piace molto il Bilancio dello Stato, i conti, i numeri per cui da questo punto di vista magari sarò portato appunto a ragionare più in termini ragionieristici e quindi magari darò fastidio a qualcuno. Però, rispetto a questo noi abbiamo una situazione di questo tipo: una spesa per quanto riguarda i prodotti farmaceutici che è intorno ai 13 miliardi di euro; rispetto a questo i dati sono quelli che insomma vi mostrava prima il Dott. Macciotta dove, a partire dal 2000-2001, quindi con l'abolizione dei ticket, abbiamo avuto un balzo all'insù della spesa pro-capite. Rispetto a questo abbiamo una situazione, e avevamo una situazione abbastanza rigida di mercato su cui, insomma, sono stati fatti alcuni interventi in modo particolare nel corso dell'ultimo anno che hanno dato delle risposte assolutamente importanti. Molte sono le questioni ancora da affrontare. Innanzitutto io dico che su questo va sicuramente fatto un ragionamento nel riqualificare questo tipo di spesa, perché credo che spesso e volentieri noi parliamo che bisogna tagliare la spesa, io credo che bisogna assolutamente riqualificarla e questo lo dico in termini generali, non solo parlando di

farmaceutica ma, per dirvi, voi sapete che a partire da questa Finanziaria, per quanto riguarda gli incentivi al mondo produttivo, all'industria, puntiamo soprattutto su quella che è l'innovazione e la ricerca e questo è sicuramente qualificare la spesa. Ve lo dice uno del Nord-Est dove ha visto nascere i capannoni con scritto "affittasi" grazie a leggi precedenti, incentivi ecc. e sapere che oggi c'è l'opportunità, per esempio su uno dei 5 temi, come voi sicuramente sapete, sono le nuove tecnologie per la vita dove sicuramente ci sarà la possibilità di ragionare in termini interessanti per tentare di avere risorse per la ricerca, perché quello che voi avete evidenziato è che in effetti c'è un ragionamento di breve periodo e uno di lungo periodo. Quindi nel breve periodo c'è assolutamente la necessità di dare risposta al consumatore, c'è la necessità di dare risposta a chi non arriva alla fine del mese, cioè questa è la realtà; c'è la necessità di far in modo che i furbi vengano colpiti, che ci sia mercato, che ci sia concorrenza, però non possiamo far a meno di non tenere conto che se tutti ragioniamo nel breve periodo poi chi ci penserà fra 10 anni ad avere il farmaco che permette di superare in modo, come del resto è successo in tutti gli anni se guardiamo in dietro vediamo cosa, quanti passi in avanti sono stati fatti. Quindi questo è un equilibrio che noi dobbiamo tentare di ritrovare e rispetto a questo, ecco come Ministero siamo assolutamente attenti. Sicuramente alla difesa del consumatore, sia in termini di prezzo sia in termini di qualità, ma anche attenti a quella che è la questione della ricerca, quindi in questo senso, ecco, accogliamo con positività qualsiasi suggerimento che arriva in questi termini. Un'altra cosa poi voglio, sulla questione degli sprechi, guardate io vi porto un mio esempio personale, nel corso degli ultimi 10 anni ho fatto 2 traslochi: guardate quando ho fatto il trasloco e mi sono trovato i medicinali scaduti, mi sono vergognato ad andare davanti alla farmacia dove c'era il contenitore per i farmaci scaduti a metterli dentro, nel senso che ho fatto 3 viaggi, e la mia famiglia non è che è una famiglia



che... Quindi anche qua dobbiamo fare assolutamente un lavoro, cioè se io penso che tutti quei soldi buttati, tra virgolette, via magari potevamo destinarli, come diceva il Dott. Cavazza prima, per la ricerca, ecco in questo senso dobbiamo sicuramente trovare un modo. Avevamo trovato in Finanziaria nella legislatura precedente alcuni emendamenti sul discorso di dosi, monodosi ecc, anche qua credo sia assolutamente necessario dare delle risposte, perché se no viceversa noi continuiamo a far finta che il problema non esiste, continuiamo a spendere, tra virgolette, questi 13 miliardi di euro e alla fine non riusciamo a dare effettivamente risposta a chi da una parte vorrebbe spendere meno perché magari per alcune malattie non riusciamo neanche a dare i farmaci che sono necessari, perché questa è la realtà: abbiamo su malattie rare di un certo tipo, abbiamo tutti, credo ognuno di noi per le proprie competenze, la persona che ti tira la giacca e dice “guarda che questo non funziona” e dall’altra parte poi ci permettiamo di buttar via medicine, e dall’altra parte ovviamente chi produce dice “guardate che se va avanti così non abbiamo i soldi per fare investimenti per la ricerca”. Su questo tema, quindi, i temi sono parecchi e aperti, io son venuto qua molto volentieri e anzi vi ringrazio perché sicuramente ne esco arricchito da questa riunione e volentieri ne parteciperò qualora, ecco ci saranno sicuramente altri incontri, rispetto al documento lo analizzerò insieme con i tecnici del Ministero e se ci sono dei suggerimenti, delle questioni da porre lo faremo molto volentieri, altrettanto voi se avete suggerimenti da darci nel tentativo di arrivare a quell’obiettivo, grazie.

### ***Sergio Dompè***

Cerco di essere breve e non vi avrei sottoposto a un intervento prima di mangiare se non ci fossero stati gli interventi, diciamo, dalla Sala, perché io apprezzo moltissimo è che per la prima volta c’è un approccio sul settore farmaceutico che tende a vedere la

strategia complessiva del sistema-paese su quello che è uno dei pochi comparti che, intervenendo sulla massa critica del SSN, è un valore sociale che con un lavoro non incredibile potremmo trasformare prima in scientifico e poi anche in valore industriale, ma bisogna avere la strategia per riuscire a farlo. Il documento, la presenza del Prof. Prodi insieme al Ministro Bersani e al Ministro Turco alla nostra assemblea e quello che si sta facendo anche qui oggi, dimostra sicuramente un qualcosa di nuovo e di importante in un comparto dove è intervenuta recentemente una riorganizzazione scientifico-produttiva del sapere che ha aperto praticamente le frontiere, ha tirato molto su l'asticella sulla capacità e sull'organizzazione del montaggio progettuale dell'innovazione, ma ha tirato molto giù l'asticella giù la massa critica che una volta consentiva soltanto ai macrogruppi di fare un lavoro realmente innovativo; e questo è abbastanza fisiologico perché noi italiani ci troviamo una massa critica, l'ho appena detto, di SSN, un numero di imprese qui in Italia ancora ragguardevole, con industrie internazionali che fanno investimenti e che dobbiamo fare in modo che mantengano qua i loro investimenti, sono fisiologici non solo per loro ma anche per tutto il resto del comparto; delle aziende italiane, e poi dirò i tre punti chiave che in questa situazione estremamente difficile hanno saputo contribuire in 10 anni non negli ultimi 5, negli ultimi 10 anni ad aumentare del 200% l'export e soltanto del 38% il fatturato interno. Il fatturato interno è uno degli elementi di maggiore criticità che noi abbiamo in questa situazione e un numero nuovo di aziende biotech ancora poco note ma che si sono incominciate a quotare al NASDAQ, che si sono quotate a Parigi, che si sono quotate a Zurigo, altre si stanno per quotare e che cominciano, anche le più grosse, ad avere delle capitalizzazioni a livello dei 6-7 milioni di euro, cioè cose serie con dei progetti, diciamo, molto validi. Se vogliamo fare questo però, perdonatemi bisogna entrare nella cultura che, in una maniera che non condivido il modo, ma condivido molta parte di

quello che ho detto, ha fatto Claudio Cavazza, cioè dobbiamo vedere che cosa interessa di più al sistema-paese. Faccio subito una semplificazione un po' estrema: se due aziende farmaceutiche partecipano a una gara e hanno esattamente lo stesso prezzo e una di queste paga il 100% delle tasse in Italia e l'altra paga 0, mi spiego, perché da un'altra parte, mi spiego, non c'è dubbio, poi ci sarà da vedere come si può fare in termini comunitari per vedere che sia coerente e corretto, non mi sfugge naturalmente il punto, ma non c'è nessun dubbio. Ecco, il fatto degli Stati Uniti e anche del discorso dell'Antitrust, signori quando facciamo i paragoni, e rispondo anche a lei diciamo sul discorso, virgolette, degli sprechi, ecco, facciamo i paragoni giusti. Allora gli Stati Uniti hanno un rapporto prezzo, diciamo, rispetto a noi, che è circa del 300% superiore. 300% superiore, loro sono per bocca del Segretario di Stato alla Sanità, quindi non vi sto parlando della..., ecco, il 37° paese al mondo nel rapporto qualità-prezzo-accessibilità dei propri sistemi, noi siamo al secondo posto dopo la Francia, al secondo in assoluto. Ecco, quindi è chiaro che se i prezzi dei prodotti costano da una parte 52 dollari, mi spiego, il generico che costa 5 dollari funziona da Dio. Ma se il prezzo del prodotto italiano è 7 dollari o 8 dollari o 9, è chiaro che l'average è completamente diverso, mele con mele, pere con pere, così come il prezzo pro-capite farmaceutico in Italia è il più basso che c'è al mondo nei paesi sviluppati. Questo anche perché negli anni, fregandocene del fatto se poi le imprese ci stavano o meno, abbiamo non adeguato i prezzi quando c'era l'inflazione all'8, al 10, al 12% ad aziende come Farmitalia, come Carlo Erba, come Lepetit. Ecco oggi, se noi avessimo dato quel fiato in più a queste aziende, avremmo probabilmente un 40-50 miliardi di capitalizzazione di aziende italiane e avremmo almeno 4 o 5 aziende nel gruppo di quelle principali. Allora, che cosa voglio andare a significare e stringo immediatamente: che la cosa strapositiva è che finalmente c'è una volontà di guardare

il problema integrato superando l'ottica dell'interesse compartimentale, ma guardando l'interesse complessivo e quindi cercando di vedere come io posso fare a dare premialità sulla qualità e sui sinergismi pubblico-privato; come riusciamo a dare degli indicatori che siano degli indicatori per il paese; io voglio sapere quante procedure comunitarie a partenza italiana ci saranno nei prossimi anni, voglio sapere quanti farmaci internazionali verranno sviluppati da aziende multinazionali a capitale italiano e italiane, mi spiego, al 100% nei mercati internazionali. Quei numeri mi interessano: quanti investimenti. Oggi signori, abbiamo ancora quasi 12 miliardi di export della farmaceutica fatto dall'Italia. Ma ci rendiamo conto che una miopia di pochi mesi può voler dire che in questi giorni facendosi il budget con tutto quello che è successo, ecco le aziende internazionali possono vedere di programmare i loro investimenti da altre parti e questo non si gioca fra 2 anni, fra 3 anni, si gioca adesso. Fra l'altro, la politica di taglio dei prezzi per una recente, recentissima, di venerdì scorso, importante sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, viene deferita in automatico alla Corte Europea perché, come avevamo detto abbondantemente, lo aveva detto anche il Dott. Cavazza oltre a me, rendendo strutturale il problema del taglio emergenziale dei prezzi, mi spiego, chiaramente questi non hanno più potuto dire "va bene" e quindi poi avremo un problema con la Corte Europea di giustificare come in una situazione che già era estremamente contenuta rispetto a tutti gli altri paesi e dove il resto delle spese sanitarie in 5 anni hanno fatto + 41% e la farmaceutica aveva + 5 %, abbiamo fatto un altro -5% che ci ha portato praticamente il saldo a 0 in 6 anni. Quindi, sotto questo punto di vista quello che chiede oggi l'industria farmaceutica è proprio questo tipo di approccio che con il tavolo, con questo incontro stiamo facendo, guardando tutti gli indicatori. Chiudo dicendo una cosa: attenzione poi alla caduta pratica dei concetti che diciamo, ad esempio una cosa che a me terrorizza proprio, è la

distinzione tra i prodotti innovativi e i prodotti cosiddetti maturi, perché oggi che potete confrontare i dati da tutto il mondo, una molecola su 10.000 arriva al mercato e dei farmaci che arrivano al mercato, già oggi, 3 su 10 non riescono a recuperare i costi che hanno generato questi progetti durante lo sviluppo. Quindi attenzione che se poi creo la possibilità di rendere flessibile, già nel discorso dei brevetti farmaceutici voi mi insegnate che c'è il certificato complementare, perché siccome il tempo medio di sviluppo, dal momento in cui depositi il brevetto al momento in cui sei in commercio passano mediamente circa 13 anni, è chiaro che c'è bisogno di recuperare spazio brevettuale. Allora, sotto questo punto di vista, se io poi do la possibilità alle mie controparti, che chiaramente hanno sempre e solo l'interesse di spendere il meno possibile, che dopo 3 anni, dopo 4 anni magari proprio il prodotto che è stato innovativo e pertanto ha avuto maggiore successo, gli tiri giù il prezzo del 30%, del 40%, io a quel punto, mi spiego, mi sono tolto quella caratteristica di stabilità e di affidabilità che è il primo requisito che si chiede a chi deve investire e per 13 anni matematico sa che non ritirerà neanche 1 euro, nel caso che gli vada bene; quindi attenzione a cercare, nel fare questo, di mettere delle regole che siano semplici, che non richiedano interpretazioni e che diano agli operatori quelle certezze che, negli altri paesi, si stanno sforzando in tutti i modi di dare perché il nostro comparto oggi viene visto come strategico. Al punto che aziende anche piccole, come la mia, come tante altre, ricevono, almeno 3 o 4 offerte strutturate da parte di altri paesi dove magari hanno una presenza commerciale per andare ad allocare lì l'azienda, mi spiego, con tutta una serie di vantaggi, dal carico fiscale, ai tempi, ai modi, a tutto il resto. Quindi, non è un'impresa, mi spiego, che dice "beh ma se non ci han dato una mano ci spariamo". No signori, con molta onestà, tranne alcuni di noi che sono più svantaggiati, di cui probabilmente chi vi parla, ,a per molti degli altri è una questione

di opportunità perché è chiaro che l'investimento loro lo fanno lo stesso: stabiliscono se farlo qui o da qualche altra parte. Siccome in questo momento come Presidente pro tempore di Farindustria sono uno degli ambasciatori, sono uno di quelli che vanno a rompere le scatole perché vorrei far investire tutto qui e raccontare che il mio paese è il meglio al mondo e poi amo molto il mio paese e amo moltissimo il mio lavoro. Dovete darci delle garanzie e degli elementi di certezza, di chiarezza con cui poter far ripartire il flusso degli investimenti. Guardate che è una cosa possibilissima perché dei segnali non buoni ma ottimi in senso relativo ci sono; se andiamo a cercare quelli in senso assoluto, sono il primo a dirvi non andateli a cercare perché sicuramente siamo ancora in una situazione molto negativa. Ma siccome questa è casa nostra, è chiaro che dobbiamo incominciare a guardare quelli che sono i relativi: se fra 3 anni saremo qui e fossimo riusciti a far aumentare del 20-30% diciamo quelli che sono gli indicatori che ci interessano di più, beh io penso che avremo fatto un signor lavoro. Un signor lavoro che questo tavolo, quest'approccio, questa situazione stanno, almeno, creando i presupposti per creare, a differenza di situazioni precedenti dove queste possibilità non ci sono state date. Grazie.

### ***Claudio De Vincenti***

Grazie Franco, tra l'altro come avevo avvertito ASTRID purtroppo anch'io fra un po' dovrò fuggire a un altro impegno che non ho potuto spostare e quindi vi chiedo scusa, però, insomma... Intanto ho avuto modo di leggere il rapporto e poi di sentire: molto interessanti le esposizioni di Macciotta e di Pammolli. Allora reagisco così, come dire, ad alcune delle tesi che ho sentito che in larga parte mi trovano d'accordo però con qualche precisazione, o qua e là qualche dissenso da parte mia. Intanto mi sembra molto lucida l'introduzione di Macciotta laddove ci ricorda la peculiarità del settore:

un settore in cui lo Stato è il terzo pagatore, in cui è il datore di lavoro dei medici che prescrivono e che, come diceva Alberto Heimler, sono poi quelli che intermediano la nostra domanda, la trasformano da domanda indiretta a domanda diretta e anche il regolatore. Insomma, lo Stato svolge una serie di funzioni in qualche modo io credo inevitabili perché qui siamo di fronte a un settore un po' particolare. Siamo di fronte a un settore in cui ci tocca fare regolazione pur non essendoci le condizioni canoniche tipiche dell'attività di regolazione: non abbiamo un monopolio naturale da regolamentare, non abbiamo una esclusiva, diciamo, come nel caso dei servizi pubblici locali, non abbiamo le situazioni dove l'esclusiva serve a rendere sostenibile il servizio. Abbiamo, invece, una situazione in cui abbiamo di fronte un mercato ad alta concorrenza, in cui abbiamo una pluralità di imprese che si fanno concorrenza tra l'altro su alcuni dei punti chiave della concorrenza, tra cui la concorrenza sulla capacità innovativa, quindi su ricerca e sviluppo. E però ci tocca regolamentarlo, ci tocca regolamentarlo direi essenzialmente perché abbiamo che lo Stato sta svolgendo la funzione di terzo pagatore; in queste condizioni le virtù di autoregolamentazione del mercato non possono operare adeguatamente. Questo mi serve anche per segnalare che abbiamo a che fare in realtà con due mercati, poi con delle forti connessioni tra loro, però due mercati: una cosa è il mercato dei farmaci da banco e comunque dei farmaci non sottoposti al rimborso del SSN, altra cosa è il mercato dei farmaci a rimborso. Quello che sto appena dicendo, cioè un mercato particolare caratterizzato dal terzo pagatore, vale per i farmaci a rimborso. L'altro è un mercato con molte più capacità di autoregolamentazione, dove domanda e offerta si incontrano con meccanismi incentivanti e sanzionatori molto più autoregolanti sul mercato. Però i mercati sono connessi: l'esempio della distribuzione forse è uno dei più evidenti, vi facevano riferimento sia Pammolli che Heimler e, insomma, se io ho che la percentuale del

distributore è fissata per legge ed è fissata sul prezzo finale e, inoltre, è fissata in modo non regressivo e poi la regressività la ottengo solo con gli sconti a favore del Servizio Sanitario Nazionale, non c'è da stupirsi, come per esempio Pammolli ha messo in evidenza e Salerno in alcune loro analisi, che quella percentuale del 26,70 io me la ritrovo pari pari sui farmaci da banco a meno che non li liberalizzo. Allora ben venga la liberalizzazione dei farmaci da banco, per tanti motivi, ma anche perché, come dire, i due mercati sono legati e in particolare le protezioni sul mercato dove c'è il terzo pagatore poi traslano sul mercato dove il terzo pagatore non c'è. Allora, per un verso dobbiamo liberalizzare il mercato dove non c'è un terzo pagatore e questo già sta sortendo degli effetti, lo dicevano diversi intervenuti, quindi i margini della distribuzione stanno scendendo e così via. Per l'altro vero dobbiamo regolamentare meglio il mercato regolamentato dove c'è il terzo pagatore e fare in modo che la regolazione su questo mercato sia una regolazione per quanto possibile, però concorrenziale. Allora, molti spunti sono contenuti nella ricerca su una regolazione però concorrenziale del mercato a rimborso. A parte che non mi ci soffermo per brevità alla questione del co-payment, io sono un sostenitore del co-payment dei ticket, però adesso non è forse... comunque condivido l'idea che il co-payment aiuta a far funzionare meglio il mercato. Un'osservazione su quello che diceva Heimler: funziona come dicevi tu Alberto se il co-payment è in percentuale del prezzo, se è in cifra fissa no, ovviamente. Invece, mi soffermo sulla questione della contrattazione dei prezzi. Allora, su questo io devo dirvi: condivido intanto un'osservazione di Alberto Heimler quando invidiava il sistema inglese in cui non ho il problema di fare un prezzo medio europeo a cui attaccarmi, perché poi la media è la media di tutti noi, quindi se ognuno di noi si attacca alla media, la media alla fine non si sa più che è. Per questo, io ogni volta che si tira fuori il Prezzo Medio Europeo, confesso che sono in allarme, adesso



ho in mente gli aeroporti, un'altra vicenda in cui a un certo punto si fece una delibera in cui fu introdotto anche, per fortuna solo anche, il prezzo Prezzo Medio Europeo. Allora, il Prezzo Medio Europeo dev'essere importante per il regolatore per ragionare sui prezzi relativi tra i paesi e quindi, come dire, laddove noi constatiamo prezzi superiori alla media europea dobbiamo cominciare a pensare che forse stiamo proteggendo troppo quel segmento di mercato; laddove, invece osserviamo, ed è per esempio il caso dei farmaci introdotti sul mercato dagli anni '90 in poi, prezzi nettamente inferiori al Prezzo Medio Europeo, senza bisogno di dire devo fare il Prezzo Medio Europeo, però è un segnale che mi deve far ragionare. Significa che in realtà ho una struttura dei prezzi distorta che sta proteggendo prodotti, mi perdoni Dompè per un momento, maturi, io capisco che poi c'è tutta l'ambiguità del termine maturo-innovativo, gran problema che non voglio sottovalutare quindi accetto le critiche, bisogna anzi farle fruttare per ragionare e fare una messa a fuoco che ci eviti pericolosi equivoci. Però, insomma, adesso permettetemi per un attimo di ragionare in modo rozzo, però se i farmaci introdotti sul mercato prima degli anni '90 hanno dei prezzi mediamente più alti che in Europa e quelli dagli anni '90 in poi dei prezzi più bassi, qualcosa non va. Almeno mi deve fare da segnalatore questa faccenda. Dopodiché non è che allora poi uno piglia e abbassa gli uni e alza gli altri perché si deve adeguare alla media europea. Dovrebbe fare quello che fa il regolatore inglese, cioè fare un'analisi dei costi, del tasso di rendimento e così via. Qui purtroppo siamo lontani da questo punto, giuste le osservazione svolte da Macciotta sulla struttura, la dimensione, la composizione ecc. dell'Agenzia in questo caso di regolazione che è l'AIFA. Parentesi che però metto da parte perché sarebbe anche questo un discorso ampio e non ho il tempo, ma insomma condivido anche la critica sul fatto che nel Cda ci sia un eccesso di rappresentanza politica: l'Agenzia del Farmaco dovrebbe essere

qualcosa di simile a un'Autorità Indipendente, quindi nominata con criteri di alto profilo tecnico, speriamo. Parlo in questo caso del Cda: perché il Cda dell'AIFA è molto politico, mentre la struttura tecnica dell'AIFA è una struttura tecnica, quindi attenzione, teniamo ben distinti i due livelli. Comunque, chiusa questa parentesi, dovrei fare come in Inghilterra: intanto che io dovrei fare in Inghilterra però credo che lì dovremmo arrivare a un livello di sofisticazione dell'attività di regolazione analoga a quella, mi permettete di essere in dubbio sulla questione di lasciare completamente libero il prezzo dei nuovi farmaci che arrivano sul mercato. Su questo il dubbio è tutto di realismo, non è in linea di principio che contesto la cosa, ma è in base a quel che possiamo fare oggi data la situazione in cui ci troviamo, in questo paese voglio dire. Ossia: io non credo che noi siamo in grado in questo momento di rinunciare ad avere un tetto sulla spesa farmaceutica. Io non sono affatto un sostenitore del tetto: il tetto è uno strumento più o meno discutibile, certamente molto rigido, di controllo della spesa; non mi entusiasma affatto, però ve lo dico proprio con senso di responsabilità: se uno mi dicesse "togliamo il tetto alla spesa farmaceutica" direi "no, per favore". Questo paese non ha ancora, com'è che diceva Macciotta?, una repubblica costituita dai poteri dello Stato, delle Regioni e giù a scendere, degli operatori del sistema sanitario pubblico, le aziende sanitarie, i medici di medicina generale, che mi dia l'affidabilità di dire "sono in grado di gestire il livello di spesa farmaceutica senza bisogno di mettergli la camicia di forza di un tetto". È una camicia di forza, quindi non mi piace per niente, però io sono convinto che se noi togliessimo il tetto faremmo peggio di quando abbiamo tolto il ticket nel 2001, vedremmo esplodere la spesa farmaceutica in questo paese: i medici di medicina generale non avrebbero nessuno scrupolo, diciamoci le cose come stanno, non avrebbero nessuno scrupolo e non ci sarebbe nessuna Regione che a quel punto starebbe veramente e oculatamente a

controllarli. Allora non siamo in grado per motivi... è un schifezza, è una cosa rozza, però non siamo in grado di evitarcela. Se non posso evitare il tetto, mi è difficilissimo pensare che qualche prezzo è libero perché, come faccio a essere sicuro e quindi di nuovo, mi piacerebbe tanto poter dire “lasciamo liberi i prezzi dei nuovi farmaci” ma non lo posso fare perché se non posso togliere il tetto, io devo avere una regolazione via contrattazione dei prezzi che in qualche modo mi assicuri che alla fine dentro quel tetto ci siamo. Allora possiamo cercare però di riequilibrare, di dire “io voglio fare in modo che li spazi che mi sono offerti dallo sviluppo del mercato dei generici ed equivalenti, che mi fanno risparmiare spesa e così via, io quegli spazi li gioco il più possibile a sostegno dei prezzi dei farmaci innovativi”, salvo chiarire cosa intendiamo per farmaci innovativi, ma insomma in modo che cerco di accelerare i tempi di ritorno degli investimenti ricerca e sviluppo. Poi, dopo quanto tempo questi farmaci dovranno rientrare nel calderone in cui, invece, la contrattazione è meno generosa, lo vedremo, questo si tratta di ragionare, si tratta di ragionare sul ciclo del prodotto; le indicazioni che sono contenute in questa ricerca sono molto importanti su tutta questa tematica, sia il capitolo sull’innovazione nel settore sanitario, sia il capitolo sul pricing e così via mi sembrano aiutarci moltissimo a cominciare a inquadrare il tema. Quindi, quello che sto cercando di dirvi è che nel passaggio dal modello a cui vorremmo tendere a quello che dobbiamo fare, c’è di mezzo il senso del fatto che la politica economica è un’arte pratica, è un’arte che si misura con i problemi come sono oggi, con i vincoli che abbiamo oggi, con lo Stato che abbiamo oggi, con la Repubblica che abbiamo oggi. Ecco, e con questa dobbiamo fare i conti. Allora come cercare di aprire spazi in questa cosa? Allora, qualcosa ho cercato di dire sui prezzi, sono poi dell’idea che ha perfettamente ragione Pammolli nel dirci che i prezzi di riferimento vanno applicati solo sui prodotti off-patent, credo che questo sia un punto importante in cui non

possiamo, detto brutalmente, accorciare impropriamente il periodo di validità dei brevetti, perché poi se io faccio il prezzo di riferimento tra prodotti di cui alcuni sono sotto brevetto, sostanzialmente è come se stessi accorciando il periodo di validità del brevetto. Quindi, giuste le indicazioni di fondo, allora: premiare i farmaci innovativi, con la mia perplessità sul prezzo libero, ho l'impressione che non ce la facciamo, però possiamo darci da fare in questa direzione e dare, come dire, dei lineamenti al regolatore, delle linee su cui il regolatore poi sia chiamato a premiare particolarmente diciamo l'innovazione, l'introduzione di nuovi farmaci e così via; prezzo di riferimento solo sui prodotti off-patent; meccanismi di ripiano dello sfioramento in cui riduco al minimo, questo è il mio modo di vedere le cose, la discrezionalità. Allora, nel punto di dissenso che Macciotta ci sollevava, se ho capito bene, diciamo un ripiano che in qualche modo è proporzionale agli sfioramenti e un ripiano, invece, che dice "beh tu però sei un po' meglio...". Allora, o riusciamo a fissare delle regole inequivocabili e assolutamente non sottoposte a discrezionalità dell'AIFA in questo caso, con tutta la fiducia che ho nella struttura tecnica dell'AIFA intendiamoci, però insomma la discrezionalità è una tentazione per chiunque di noi quando ce l'ha. Allora, o riesco a fissare delle regole chiare che non mi espongono a discrezionalità sul criterio con cui il pay-back lo posso differenziare, o se no io preferisco il pay-back più semplice e anonimo possibile, perché è anche quello che alla fine mi salvaguarda di più le quote di mercato conquistate dalle imprese. Se no io poi vado a mettere il naso, gli dico "tu ti sei espanso ma ti sei espanso troppo; secondo me ti dovevi espandere...". Allora o c'ho delle regole chiare che mi aiutano, non lo so, si potrebbe pensare, incidenza degli occupati di ricerca, non lo so, delle spese di ricerca sul fatturato, però stiamo attenti, o se no preferisco una regola anonima e semplice che mi aiuta a contenere la discrezionalità. Chiudo rapidamente, sulla questione della distribuzione: io mi chiedo

se, invece del meccanismo del forfait che a me piace, intendiamoci, però mi sembra che la stessa ricerca CERM che poi si è ritrovata e sviluppata nel lavoro ASTRID mette in luce qualche caveat sull'uso del forfait, allora mi chiedo se non potremmo fare un primo passo che è col cominciare a dire: primo, il margine del farmacista non è sul prezzo finale ma sul prezzo ex-factory e dev'essere predefinito, nel senso che qualsiasi sconto lungo la catena del valore, lungo la filiera si determini, si trasferisce al prezzo finale. Oggi il prezzo finale è fisso, è fermo: se la genericista fa uno sconto al farmacista, è il farmacista che se lo prende; se facciamo un margine come percentuale di ricarica sul prezzo ex-factory, lo sconto del genericista trasla fino al prezzo finale. Il che ha come pregio, primo: che ci abbassa la spesa del servizio sanitario; secondo: proprio per questo rende più ampio il tetto, nel senso che a parità di tetto, c'è più spazio per ampliare i volumi e quindi anche più spazio per l'industria, quindi indirettamente quello sconto poi torna a vantaggio dell'industria invece che della distribuzione. Poi il secondo passo che farei è rendere esplicito il profilo regressivo del margine, invece che farlo implicito. Naturalmente con una cosa di questo genere i farmacisti poverini ci stanno malissimo perché, mentre come dicevo prima, se faccio il 26,7 costante e poi la regressività la ottengo con gli sconti al SSN, il risultato è che sui prodotti che uno si va a comprare per conto suo in farmacia paga il 26,7, se io faccio il margine esplicitamente regressivo, avrò che su tutti quanti il prezzo... quindi anche a vantaggio di chi non passa attraverso il SSN. Qui mi fermerei.

### ***Fabio Pammolli***

[...] la fine del primo periodo, dopo i tre-cinque anni, l'idea era di assoggettare questi prodotti ai meccanismi di pay-back, non passare a tagli di prezzo, questo mi pare che

forse fosse un elemento... Ultimo punto, con riferimento ai prodotti off-patent: nel momento in cui ci si avvale di meccanismi pro-concorrenziali, lì sì che aumentano i gradi di libertà per le imprese nella fissazione del prezzo. Perché se c'è un co-pay proporzionale al prezzo e c'è un reference pricing, allora il problema del generico puro versus il genericabile non si pone perché il prodotto di marca può praticare la propria strategia di prezzo e questo sarà un problema semmai di rapporto col medico prescrittore e di incentivi appropriati. Però non c'è nessun intento vessatorio, almeno nel modo che è stato scritto quel pezzo, di pregiudizio nei confronti di strategie nei confronti di strategie da parte dei produttori.

### ***Daniel Lapeyre***

[...] vorrei ritornare un attimo sui generici: i generici hanno una funzione fisiologica nel nostro settore per creare spazio all'innovazione e quant'altro. Oggi quello che capita, ed è un fatto specifico in Italia, è che il generico non genera, non libera tutte le risorse per il settore. Perché di fatto, c'è una situazione, l'ho sperimentata, partendo quest'anno con una società, noi abbiamo una società che fa solo generici, io però ho bloccato la possibilità per i cosiddetti venditori di introdurre una scontistica selvaggia. Bene, signori, sono sulla bagnasciuga. Io non vendo e noi siamo forse i più forti nel settore OTC, di conseguenza in farmacia, per cui abbiamo un forte know-how. Oggi, il generico non emerge tutta quanta quella ricchezza che dovrebbe ridistribuire e la sua funzione, e in più va a distruggere il brand, che non può fare sconti, per cui ci distrugge il nostro patrimonio industriale. Io vorrei dirlo ben chiaro: oggi un generico, io avevo ipotizzato di comprare una registrazione di un mio prodotto e l'ho comparato a quello che produco in Italia, io su tre anni trasferivo all'estero 4,2 milioni di euro. Questo è un

problema che l'autorità ha e che deve affrontare, che va assolutamente affrontato. Perché se no viene a decadere la funzione fisiologica del generico. La ricerca: più o meno siamo qua per il discorso della ricerca. Io sono convinto che questo paese qua è da un lato un giacimento di ricerca per le aziende multinazionali, per i propri ricercatori, per le proprie attrezzature, per le proprie reti di ricerca, ma questa ricerca va in un certo senso incentivata e la tipologia di incentivi va anche tarata sulla tipologia di aziende. Adesso, mi scuso, ma un'azienda come quella che rappresento io, che ha un budget di ricerca di 4,7 miliardi di euro, non è l'incentivo modesto, è il contesto che fa premiante e questo contesto che fa premiante è l'accesso dell'innovazione e il rispetto di quello che è il ciclo di vita fisiologico del prodotto. E qui tocco il problema dei prodotti maturi. Posso capire che bisogna essere con un'offerta compatibile con le condizioni economiche del paese, e questo mi pare legittimo. Sicuramente un paziente, uno stato tedesco ha delle capacità di acquisto differenti da quelli italiani. Comunque, devo trovare un meccanismo di incentivazione della ricerca che, per me, non può essere che, è una mia vecchia fissa, si collega alla ricerca fatta in Italia e di conseguenza in qualche modo da correlare con il discorso del pay-back. Perché se no, il tetto può avere una logica, ma dall'altra parte ci deve essere un qualche meccanismo che stimoli l'investimento e l'utilizzo delle reti del territorio nazionale, la creazione di nuove reti. Se no, perdiamo questo vantaggio. Questi erano, diciamo i due punti: uno, la grossa preoccupazione sul generico, il limite alla competizione che di fatto si è creato, perché di fatto si è creato un limite alla competizione, mi spiace sono in disaccordo col signore dell'Anti-trust, ma quando il farmacista riceve delle scontistiche, cioè prodotti a costo zero, c'è qualcosa che non funziona nel sistema. Devono emergere per lo Stato. Devono emergere per far spazio all'innovazione. Devono emergere per far spazio alla funzione fisiologica. Io oggi sono

confrontato ad aziende che ancora non hanno la registrazione e sei mesi prima propongono delle scontistiche. Ma stiamo scherzando? È un problema grave che ha il paese: sono centinaia di milioni di euro che vengono sottratti all'innovazione. L'innovazione è un meccanismo premiante se non si può fare a meno di questo.

### ***Claudio Cavazza***

Condivido quello che ha detto Lapeyre, ma un'altra funzione ha il branded, oltre che una funzione di tenere ferme le strutture, solide le strutture di aziende che hanno investito per un sacco di tempo. È che col branded noi facciamo informazione medica ancora. Col branded noi facciamo informazione medica, quindi manteniamo l'interesse vivo nella molecola. Altrimenti il solo generico, che non fa informazione, muore, diventa una battaglia... La ranitidina è un caso classico: nessuno ha più fatto l'informazione, la ranitidina che era un buonissimo anti-ulcera è scomparsa dal mercato. Quindi, quando c'è un branded attacca tutta la classe e porta l'informazione al medico come attacco concorrenziale a tutta la classe, non a una sola molecola. Quindi, giustificata l'azione di ribasso del prezzo del generico, ma giustificata ancora di più un'azione promozionale del branded che è genericato, chiamiamolo... o equivalente. Perché se voi guardate l'operazione degli inibitori di pompa, vedete che tutto il mercato di sei milioni di pezzi al mese viene attaccato e messo in crisi quando il lansoprazolo... Se non ci fosse l'informazione medica sul lansoprazolo sarebbe stata una battaglia di cinquecento-seicento mila pezzi.

### ***Alberto Heimler***

Solo una battuta nel senso che, adesso, o il generico opera in contraffazione, allora posso essere anche d'accordo, anzi sono più che d'accordo, che il generico debba



essere bloccato. Ma se il generico non opera in contraffazione, allora non capisco di cosa si sta parlando, nel senso che, la protezione brevettale è venti anni e moltissimi studi fatti, recente c'è un saggio di Boldrene e Livine del 2007, quindi, in cui indicano gli anni ottimali di protezione brevettuale pari alla metà di quelli stabiliti dagli accordi internazionali, quindi dieci anni... [voci fuori campo: incomprensibili], vabbè... no, no, adesso non voglio entrare nel merito della validità... non sto parlando della validità..., a parte non sono i soli. Ecco... Non sono i soli che sostengono che la protezione brevettale è eccessiva: i venti anni sono stati calcolati così, è un'ipotesi, non è che sta scritto... Quindi, da questo punto di vista, il rendimento, l'esclusiva che il brevetto ha dato è già stata sfruttata. Quindi da questo punto di vista non capisco per quale ragione i generici debbano essere bloccati ulteriormente...

### ***Daniel Lapeyre***

[...] se il farmacista venisse con una legittima concorrenza di prezzo, promosso presso la classe medica, la quale verrebbe educata a usare i farmaci anche a minor costo e via dicendo. Questo sarebbe un meccanismo assolutamente virtuoso. Quello che io dico, oggi il generico, io non sono riuscito a far partire un'azienda di generici perché c'è un tale livello di scontistica nascosta, che addirittura impedisce di operare. Dovrebbe... [voci fuori campo: incomprensibili] di dumping... regalano il prodotto... no, no... e non c'è vantaggio... e non liberano risorse per prodotti innovativi, questo è il problema.

## ***Carlo Lucioni***

Vorrei portare un attimo il discorso sull'innovazione, facendo una considerazione di ordine generale: cioè, il fatto che possano esserci livelli di prezzi diversi fra paesi lo trovo fisiologico, cioè non è un tabù il fatto che possano essere diversi; dipendono dai livelli di sviluppo economico dei singoli paesi e dalla volontà di pagare, in linea generale, della collettività, in particolare, poi dei regolatori. Noi abbiamo visto dagli studi di confronto che sono stati presentati, che noi siamo sostanzialmente allineati ai paesi mediterranei, Francia e Spagna, e poi, invece, siamo inferiori, parlo dei più recenti, quelli dopo il '90, a Inghilterra e Germania, tra il 20 e il 30%. Certo, dobbiamo interrogarci sul come mai, come diceva De Vincenti, e qui non è difficile scoprire il perché, semplicemente, siccome sono paesi a prezzo sostanzialmente libero, anche in Inghilterra, anche se ha questo controllo ex-post, sono i paesi nei quali immediatamente, subito dopo che l'EMEA ha dato l'autorizzazione, il prodotto viene messo in commercio con un prezzo che viene fissato dal produttore. Questo prezzo poi viene portato anche al regolatore italiano il quale, ovviamente, cercherà di ottenere qualcosa meno, questo anche per giustificare la sua funzione e, quindi, questo spiega perché rispetto a Germania e Inghilterra il nostro regolatore ha una volontà di pagare inferiore e quindi colloca... e poi la negoziazione si conclude con quel 20-30% in meno. Però, il fatto che noi abbiamo dei livelli di prezzo rispetto a questi due paesi inferiori, fa sì che non abbiamo una struttura industriale forte, che non abbiamo quella occupazione qualificata, che non abbiamo una bilancia dei pagamenti e una bilancia commerciale, perché sono entrambi..., molto attiva, come hanno, invece, Inghilterra, Germania e anche la Svizzera, anche se questo non è presente nelle analisi che sono state fatte. Ecco, c'è da chiedersi se non c'è una relazione, cioè che non sia solo il fatto è così da noi perché i prezzi rispetto a certi paesi sono più bassi, ma forse anche perché

le modalità strategiche di sviluppo delle grandi multinazionali, che sono precedenti ancora alla globalizzazione, cioè sono state un settore globalizzato da moltissimo tempo, hanno criteri di centralizzazione della ricerca e della produzione, non del marketing, che rispondono chiaramente a finalità di tipo economico. Quindi, la ricerca si localizza dove ci sono le condizioni generali per farla e dove ci sono gli incentivi perché possa essere fatta in modo proficuo e con costi contenuti. La produzione si centralizza dove ci sono incentivi fiscali sostanzialmente, l'esempio dell'Irlanda è eclatante. Il discorso non vale invece per il marketing, perché chiaramente deve essere contestualizzato alle realtà dei singoli paesi. Per cui, pensare che basti aumentare i prezzi per risolvere il problema della nostra struttura industriale, secondo me è semplicistico. In più, oggi c'è questo problema, che è già uscito della, si può definire, produttività marginale decrescente della ricerca, cioè il fatto che i prodotti veramente innovativi sono sempre più rari. Cioè, c'è un problema di riprendere l'accumulo di conoscenze di base, sul quale poi le industrie produttrici faranno ripartire la ricerca applicata che porterà a nuove sostanze. Anche questo problema pensare di risolverlo premiando le innovazioni di tipo marginale, secondo me è troppo semplice. Cioè, va risolto aiutando a superare questa fase, che ovviamente, come in passato, sarà limitata nel tempo, nel momento in cui la ricerca di base avrà prodotto le conoscenze necessarie si riprenderà lo sviluppo anche a livello applicato, con idonei incentivi. Probabilmente questo è più efficiente che non lavorando unicamente sul prezzo. Però, certamente anche il prezzo ha una sua funzione, anche se non può essere l'unico strumento. Quindi, personalmente, sono del parere che per i prodotti realmente innovativi, che ci sono e che continueranno a esserci, dire semplicemente che si cercherà di portarne il livello a quello di Germania o a quello d'Inghilterra, tra le altre cose l'Inghilterra sta cambiando, volevo dirlo a De Vincenti che mi sembra un

sostenitore del sistema inglese, sta cambiando sistema, cioè sono usciti due rapporti di organismi pubblici che suggeriscono di abbandonare il prezzo, il cosiddetto PPRS, per portarlo verso sistemi basati sulla valutazione economica. Parlando con quelli del NICE, con cui ogni tanto ho l'occasione di parlare, ritengono che nel giro di due anni l'Inghilterra dovrebbe abbandonare il sistema di controllo dei profitti per passare a un sistema tipo NICE, perché loro, pur avendo il PPRS hanno fatto crescere e creato il NICE che di mestiere fa la valutazione economica. Quindi anche lì, noi abbiamo a livello europeo, quanto meno i paesi del nord, in Svezia, Olanda anche in Inghilterra, una chiara indicazione di tendenza, che la negoziazione del prezzo dei prodotti altamente innovativi, tra gli elementi che ovviamente dovranno essere considerati, tra i quali certamente anche i livelli degli altri paesi, ma un ruolo prevalente avrà la valutazione economica. Valutazione economica che in passato è stata abbastanza presa poco in considerazione. Il motivo è che non c'erano le metodologie per fare questo tipo di analisi. Oggi queste metodologie cominciano a esserci, gli organismi regolatori del nord si sono dotati di linee guida alle quali attenersi, per cui in prospettiva è possibile utilizzarlo e non vedo perché l'Italia non debba inserirsi in questo filone. Cosa vuol dire questo? Vuol dire che un servizio sanitario o un terzo pagante è disposto a pagare non semplicemente per tenere sotto il livello, del 10-20% sotto il livello di paesi che hanno già in commercio un prodotto, ma per il contenuto innovativo, il "value for money" come dicono gli anglosassoni, che c'è dentro a quel prodotto. Se il prodotto è in grado di contribuire al miglioramento della salute, o all'efficienza allocativa come si usa dire, a un prezzo compatibile con le risorse, e anche qui ci sono gli strumenti, i cosiddetti valori soglia, per valutarlo, ecco, alzando o abbassando questi valori soglia si è anche in grado di dare una mano alle imprese che sono maggiormente innovative. Quindi, lo strumento è abbastanza flessibile, però nello stesso tempo l'organismo

regolatore ha il controllo dello strumento, cioè il prezzo non è lasciato libero, no, perché questo evidentemente, come diceva De Vincenti, forse oggi non siamo ancora preparati a una cosa del genere. Ecco, quindi, volevo sostanzialmente dare un contenuto, che non è semplicemente allinearci ai livelli europei, ma vediamo quanto noi, come paese italiano, perché se dovessimo allinearci ai paesi europei non vedo perché non sia l'Unione Europea a fissare il prezzo, che bisogno c'è di avere tanti organismi regolatori? L'EMA o chi per esso a livello centrale determina il prezzo uguale per tutti e non se ne parla più.

### ***Giuseppe Cosentino***

[...] un SSN molto imperfetto su cui ci sono fasce, penso per esempio al lancio dei farmacisti, che sono fuori mercato e su cui si dovrebbe lavorare, occorrerebbe regolarlo meglio, ma comunque è un mercato che funziona. E poi abbiamo quello del SSN: io credo che questo non funzioni perché, essendo pubblico, la Repubblica, lo Stato, chiamiamoci come vogliamo, vogliamo fare, secondo me, troppe parti in commedia. Perché noi vogliamo essere i regolatori, insieme i compratori e magari anche quelli che fanno politica industriale per l'innovazione. Ma quando lo stesso soggetto fa tutti questi ruoli in commedia, poi si tratta di capire in nome di che e come lo fa questo ruolo, perché mi ricorda l'episodio da manuale delle gare per il trasporto pubblico locale in cui gli stessi enti, i Comuni che erano i proprietari delle società municipalizzate hanno fatto ottantatre gare e in ottantadue hanno vinto le società municipalizzate di quel Comune. Allora, io credo che il problema politico, faccio il parlamentare non sono... il problema politico del settore è che noi sommiamo le funzioni di regolazione con le funzioni di compratore senza tenerle distinte e capire come devono essere distinte. Le sommiamo e cerchiamo, diceva De Vincenti siamo in

una condizione in cui non possiamo rinunciare al tetto, certo, ma siamo in una condizione di emergenza, in una condizione di emergenza non si può rinunciare al tetto. Il problema è che un'emergenza che dura da sempre. Da quando dovevamo entrare nell'euro, se non ricordo male, fu quella finanziaria che introdusse il meccanismo della restituzione... esatto. Ora, io capisco che una situazione d'emergenza può richiedere un intervento un po' forte, ma l'emergenza quanto dura? E quando l'emergenza dura tanti anni succede che le Regioni, emergenza per emergenza, stanno cominciando a dire alle farmacie io acquisto per gli ospedali e poi me lo distribuisce tu. Con un interessante, c'è una nota nel documento riferita a questo, ma andrebbe sviluppata quella parte, perché a me piacerebbe sapere, le Regioni danno un aggio alle farmacie? Nessuno? Quanto? Zero? Da zero a dieci? Se vi vedete come sono queste cifre, sono molto interessanti. Emergenza per emergenza si fa tutto. Cioè, si sfascia il sistema in nome del potere pubblico. Allora, io sarei perché il regolatore faccia il regolatore, e siamo dentro un sistema di mercato con imprese che fanno impresa, già abbiamo il potere di determinare i prezzi, cerchiamo di determinarli il meglio possibile e punto. Poi c'è il problema del compratore: noi abbiamo abbastanza soldi per fare certe cose e non altre. Questo andrebbe indagato, che cosa significa essere un compratore? Perché, per carità, può darsi che sia effettivamente vero che per ogni infarto occorra un intervento di bypass orto-coronarico, ma se non ci sono i soldi, non ci sono i soldi. Però si costruisce un sistema di priorità. Questo, allo Stato italiano non interessa per niente, perché anche nel vostro documento c'è scritto ed è una cosa nota che la regione Lazio spende il doppio della provincia di Bolzano per la spesa farmaceutica a livello individuale, ma neanche nel vostro documento c'è scritto perché. E non lo sa nessuno. Non lo sa nessuno. Perché... ognuno di noi, e io poi avendo per cinque anni fatto l'assessore in quella regione ho le mie interpretazioni del fenomeno,

però non c'è un rapporto, non c'è una relazione, non c'è una relazione scientifica, non c'è niente che ci dice perché. Ora, naturalmente, il potere è della Regione Lazio ad intervenire, ma nulla impedisce all'ASTRID o, meglio ancora, al Ministero della Sanità di leggersi i dati, di farseli passare e di capire perché. E allora di capire perché un compratore, quando fa il compratore evita di spendere il doppio di quello che è necessario, che non è un problema di regolazione ma è un problema di responsabilità. Le responsabilità amministrative sono in questo caso a livello regionale ma il fatto che nessuno si sia posto il problema è un problema politico e culturale.

### ***Grazia Labate***

..è legata al fatto che abbiamo affrontato questa tematica – diciamo – che chi mi conosce sa che negli ultimi dieci anni ci ho tentato in vario modo dal punto di vista istituzionale, dal punto di vista tecnico, come ricercatore, ma non ci sono riuscite, quindi io ringrazio ASTRID che abbia messo in piedi un gruppo di lavoro perché è la prima volta che stiamo affrontando questa partita cercando di vederne una strategia che riguardi il problema dal punto di vista strutturale; a me è molto piaciuto quando Pammolli ha detto “va be, questo è il singolare paese, perché se si deve tenere sotto controllo la spesa per il servizio sanitario nazionale in quanto flusso di spesa pubblica la cosa che si è tenuta sempre sotto controllo, con tutte le logiche poi discutibili, tetti, tagli, ticket, vecchie discussioni, è sempre stata la specie farmaceutica”; banale, perché il sistema nostro paese non ha sistemi efficaci di controllo nelle politiche sanitarie e allora i farmaci è il settore dove più facilmente puoi attuare il controllo, quindi, quello che a me oggi fa piacere è che si sia discusso di politica del farmaco in senso strategico, togliendo, cioè ognuno per le proprie competenze, una sorta di sistema di

parti estranee nell'aggiornamento, per vedere che cose possibili, certo sono convinta con degli ingenti che quando facciamo questi approfondimenti anche propriamente sul piano scientifico metodologico, dobbiamo confrontarci con una realtà che è quella del nostro paese. Ma noi oggi lo facciamo con una logica, almeno io così ho capito dalla presentazione di Macciotta e di Pammolli e dagli altri intervenuti, cercando di darci una base strategica per attivare una politica nel settore che non sia fatta di provvedimenti di emergenza. Io qui, in questo, colgo un valore culturale e politico importante, perché chi come noi ha seguito da diversi aspetti, le vicende politiche legate al farmaco in questi ultimi dieci anni, non può dimenticare che negli ultimi cinque undici provvedimenti sono andati a colpire questo settore in senso uguale e contrario di volta in volta, quindi dando alla politica del farmaco nel nostro paese, una sorta di fibrillazione quotidiana per cui non è stato possibile ragionare serenamente, metodologicamente, con i dati fondamentali dell'economia a cui si richiama sempre degli ingenti a ragione per capire quali strategie sul prezzo dei farmaci, quale metodologia, quali strategie per la ricerca, l'innovazione, lo sviluppo. Allora questo mi preme da dire, perché per conto mio questo è di una portata culturale e politica determinante e se vogliamo il nostro paese non ne giri più nell'emergenza; io penso, al di là delle opzioni politiche, che un pensiero forte e davvero riformatore in questo campo, non può che porsi così, pena il fatto di fare provvedimenti anche aggiustativi, ma che non porteranno nella direzione da noi voluta.

Si è detto “ma allora bisogna distinguere i ruoli”; certo, io condivido le critiche che sono state fatte allo strumento regolatorio. Vorrei dire qui perché accanto a me il Dottor De Giuli del Ministero della Salute che è un esperto della materia che – diciamo – per anni mi sono battuta contro questa visione un po' spuria all'italiana dell'agenzia del farmaco che pure ha lavorato molto bene, l'AIFA per certi aspetti, non si può



confondere, in uno strumento, il ruolo del CTS, Comitato Tecnico Scientifico, il ruolo del Consiglio di Amministrazione fatto con quelle critiche che sono state rivolte, sapendo per una realtà che il CTS non lavora solo con il Comitato Tecnico Scientifico. Il CTS ha un budget, e da lì poi mi dice se è efficace scientificamente o no. Quindi con una metodologia assolutamente desueta come lavorano tutte le agenzie europee dei paesi a cui abbiamo fatto riferimento. Quindi occorre – come dire – uno strumento innovativo che raccolga la buona esperienza dell’AIFA ma cerchi negli organismi, sia di Comitato Tecnico Scientifico e in quelli di Consiglio di Amministrazione, di distinguere bene i ruoli perché io vorrei un CDS che mi dicesse “il farmaco x è scientificamente valido, è innovativo”; so che magari, siccome è innovativo costa, nel Consiglio di Amministrazione discuterò, ma saranno le linee di indirizzo del Ministro nella negoziazione con l’industria che stabilirà il prezzo di quel farmaco perché vi vorrei dire che quello che è grave e che accade nel nostro paese e forse un po’ lo sappiamo ma poi ce lo dimentichiamo che per esempio per patologie rilevanti quali quelle tumorali può essere un cancro da indagare sul perché lievita la spesa farmaceutica, noi non facciamo chemioterapia in associazione di farmaci che possono provocare depressioni ematiche, cioè piastrinopatia, assenza di globuli bianchi, noi facciamo chemioterapia, poi quando il paziente arriva a 30 mila di globuli bianchi interveniamo con il myelostim, con il filgrastim di una nota multinazionale americana. Questo è uno scempio e perché lo facciamo così perché non abbiamo bravi oncologi? Non abbiamo bravi oncologi chimici? No, li abbiamo, ma perché oramai i budget di contenimento della spesa ci fanno fare questo giochino, partiamo con una terapia che è molto rapida e poi sfioriamo il budget perché abbiamo la patologia che ce la giustifica. Quindi inviterei il gruppo di studio a riflettere anche, per esempio, sul meccanismo un po’ distorsivo su come hanno agito le famose note CUF. Le note CUF non agiscono

scientificamente solo, ma agiscono come calmieratore del mercato e su questo va indagato. Perché la spesa farmaceutica in Italia lievita, guardo Lionello perché stiamo anche a svolgere il suo compito istituzionale, è stato assessore e quindi con compiti di Governo e di controllo della spesa in questa nostra regione. Vorrei sollecitare al gruppo di ASTRID un argomento: la spesa sanitaria lievita nel nostro paese per tutti i motivi che avete detto, ma perché questo è uno strano paese e si sa; rispetto ai paesi dell'ambito europeo che noi conosciamo e di cui conosciamo anche gli studi, noi abbiamo un sistema di esenzioni che è la follia, esenzione per patologia, esenzione per reddito, esenzione perché si è figli di una croce di guerra, ci sono tremila esenzioni, si è esenti per tutti i farmaci dell'ipertensione che sono notevolmente costosi, però, in quel caso, è la patologia che mi dà diritto all'esenzione senza sapere se io guadagno 80 mila 100 mila 30 mila o 20 mila euro l'anno; questa è una follia che sta alla base di una distorsione di una lievitazione della spesa pubblica in questo campo e che guarda caso si diverpera sull'andamento della spesa farmaceutica in modo particolare perché è quella che più è stata facilmente tenuta sotto controllo. Quindi quando noi andiamo a cercare dei metodi, io sono molto sensibile al ragionamento di De Vincenti, fare ricerca e approfondire e compararla con il quadro reale della situazione italiana. Se lo facciamo però questa volta facciamolo davvero, indaghiamo sul rapporto esenzioni spesa farmaceutica, perché questo ve lo saprei dimostrare, se avessi una lavagna luminosa vi dimostrerei quale proporzione all'aumento c'è stato negli ultimi dieci anni e indaghiamo soprattutto sulla vicenda note CUF tenuta sotto controllo della spesa.

Finisco col dire: essendo un economista è ovvio che la logica dei tetti non mi appartiene; fare una industria sa che avendo avuto un ruolo – diciamo – di responsabilità istituzionale sapevo dieci anni fa come sapevo cinque anni fa e dopo che non saremmo andati da nessuna parte e tuttavia, come dire, bisogna tenere in controllo

questo andamento della spesa, si potrebbe anche immaginare una logica dei tetti non nella logicità del caso italiano, perché altre realtà dove è stata tenuta sotto controllo la spesa fissandosi in altri luoghi si dice “i margini di non sfondamento” si sono fissate delle modalità – come dire – modulari, perché se non lo facciamo, tutto il discorso sul prodotto innovativo, prezzo relativo al prodotto innovativo eccetera, salta; se noi nel 13 più 3 16 manteniamo questa rigidità, noi non saremmo in grado di fare quelle politiche di differenziazione sul prodotto innovativo con il relativo prezzo, anche negoziato, diversamente perché comunque avremmo quel tipo di vincolo generale, quindi sarebbe di cercare una logica modulare che ci consente di poter inserire l’innovazione e la ricerca. Finisco appunto con questo tema che mi è più proprio data la professionalità, sono state dette molte cose su questo, le modalità di incentivazione fiscale, gli strumenti anche istituzionali che abbiamo, disposizioni di accordi di programma; io credo che noi abbiamo bisogno per l’innovazione, cioè sono veri i dati riportati delle conoscenze fin qui, oramai leggiamo di ricerca in campo farmacologico che ha costi elevatissimi; come dire, perché la scienza, la ricerca biomedica sta andando nel grande campo anche della ricerca farmacologica molto personalizzata; DNA ricombinante, immunosoppressori, cioè sono campi talmente nuovi dove i famosi milioni che ci servivano cinque anni fa per attivare una molecola, oggi sono diventati migliaia di milioni e quindi, come dire, c’è una ricerca biomedica che avanza e una ricerca farmacologica che segue settori di una tale innovatività i cui costi sono effettivamente molto elevati. Naturalmente le biotecnologie la fanno da padrone in questo campo, ma non perché vogliono scavalcare il tradizionale settore di ricerca delle industrie farmaceutiche, perché è la ricerca biomedica che lo richiede, quindi c’è una relazione molto stretta in questo senso. Ecco, si sono dette tante cose, non si potrebbero pensare anche altri strumenti agevolativi? Per esempio diciamo che questo è un periodo in cui

tutti sentiamo parlare di spazio ai giovani, giovani, giovani, farli entrare ricercatori eccetera, ma in questi famosi accordi di programma, in cui – come dire – abbiamo la necessità di riallacciare un rapporto con la ricerca di base l’università e con i centri di eccellenza cui faceva riferimento Macciotta, noi – non lo so – faccio un po’ la provocatoria guardando fare un industria, dovremmo avere anche un po’ l’idea di negoziare – come dire – anche il lavoro intellettuale per la ricerca, un certo numero di ricercatori di determinati ambiti. L’Italia è molto povera di biotecnologici e le imprese farmaceutiche che fanno ricerca molto avanzate in questo periodo sono quelle che hanno la capacità di attrarre in questo senso; detto ciò, l’autorità regolativa dovrebbe, quelle poche o tante risorse che abbiamo per la ricerca corrente finalizzata, cioè, a me fa piacere che sia stato detto qui “si lavori e si premino gli accordi con le eccellenze”, il problema è che in Italia e soprattutto in campo sanitario, le eccellenze non sono così selezionate, gli istituti di ricoveri e cura a carattere scientifico ricevono un x paritariamente, tutti insieme, senza una selezione delle eccellenze; ospedali clinicizzati che fanno ricerca non sono trattati con un differenziale per la eccellenza e le università – come dire – da questo punto di vista soffrono di molto di questo problema. Allora, eccellenza si, per fare gli accordi di programma, ma cercando degli strumenti a monte di selettività e di negoziazione che mi facciano puntare in questa direzione. Quindi oltre al prezzo e oltre alle cose che sono state dette qua, ma quella dei prezzi non mi ci sono voluta imbarcare perché davvero è una questione – come dire – Pammolli mi scuserà, molto spinosa, perché negli elementi di comparazione il nostro è un paese davvero anomalo; sappiamo tutto su come fa l’Inghilterra, sappiamo tutto su come fa la Francia, sappiamo tutto su come fa la Germania, su come ha fatto e come fa l’Italia è una storia lunga, non chiara, con – diciamo – alla base delle cose che ci sfuggono, quindi, sul sistema dei prezzi, io sarei per andare, come ha detto Cosentino, “chi sono

io, lo Stato, il soggetto regolatore?” l’industria fa un farmaco innovativo? Ci metta il suo prezzo, venga con me a contrattare perché io gli offro un mercato, un mercato molto vasto e li stabiliamo qual è il prezzo, tutte le altre cose, quelle che andranno a finire, diventeranno generici, quelli che sono ancora co..., discutiamo, negoziamo, mettiamoci ad un tavolo e vediamo se i prezzi che hanno oggi sul mercato sono prezzi che tengano se vogliamo avere anche l’ingresso dei generici, se li dobbiamo abbassare un po’ e magari, invece altri, come dice Claudio, anche se sono di certificazione complementare e per vent’anni hanno esaurito la loro cosa, ma dal punto di vista terapeutico hanno ancora un efficacia, perché magari qualcuno lo ha personalizzato con qualche cosa in più, negoziamo anche su questi. Ecco io su questo avrei mente libera con la chiara funzione “io sono lo Stato e negozio, tu fai l’impresa, mi presenti il tuo prezzo, io lo negozio con te dopo di che ti dico voglio vedere tutta la filiera” quindi se negozio con te 100 per il remunerativo, voglio vedere che cosa ho complessivamente sul mercato.

..Anche tutte le analisi specifiche che sono state fatte anche da Iommi che è sempre molto bravo della Bocconi nel mettere a fuoco le differenze, a tentare poi di ritrovare un .....comune sulle modalità italiane.

### ***Sergio Dompè***

Un flash rapidissimo che penso potrebbe essere fatto vostro, questo è tipico italiano ecco. Giustamente grazie a Labate ma anche all’intervento prima dell’Onorevole Cosentino aveva messo in luce – diciamo un aspetto di fragilità del rapporto *do ut des*; allora, dal mio punto di vista, lo abbiamo detto anche alla nostra assemblea, vorrei un paese con la metà delle leggi e il doppio dei controlli e anche il sistema della trattativa “ma tu Dompè vuoi questo prezzo perché è questo farmaco innovativo?” Benissimo,mi

dai contro partiti apici BFG, benissimo, io mi fido di te, fra sei mesi voglio venire, voglio controllare e se tu ti sei comportato ancora meglio di quello che mi hai detto non ho nessuna difficoltà a.., hai chiesto 100 ti ho dato 100 ti do 101, ma se ti sei comportato peggio o se non mi ritrovo quelle che sono le contropartite, mi spiego, che lo Stato doveva avere in quella situazione, tu passi a 90 o 85 anche con una logica punitiva tipo borsa. Le aspettative di borsa, se sbagli anche di poco, vieni punito nella quotazione del titolo; ecco, prometti delle cose ma stai tranquillo che le tue promesse vengono puntualmente controllate. Io credo che noi, che oggi siamo nell'angolo per i motivi che ci siamo detti, siamo i primi in questo momento ad avere il desiderio e la voglia di dire "misurateci", poi se nel recipiente vi hanno promesso 10 litri e ne trovate 9,5 fulmini e lampi e punizioni, ma se trovate poi alla fine che anziché essere 10 litri magari e in questo momento ci sono situazioni in cui magari ne trovate anche 11, ecco uno vuole sentirsi gratificato dall'affidabilità che poi uno viene regolarmente penalizzato, il toto-smarchiones, anche sulla questione dei back cosiddetti e le quote di mercato, ecco, attenzione perché dobbiamo avere correttezza nei confronti di tutti. Quindi se uno è aumentato del 10% e poi ha il 5% di pay back ha una logica, ma se uno è sceso del 10% e poi trovarsi il 5% da pagare in più perché è sceso del 10% è dura la giustificazione; come è dura anche sull'attività dell'antitrust. Proprio a me piacerebbe che l'antitrust aprisse – diciamo – ancora di più gli occhi anche su dove, paradossalmente dice "ma non importa", ma quando ad un certo punto vedo delle gare aggiudicate con il 97% di sconto, ecco io nel 97% di sconto io vorrei andare subito a vedere come hai fatto; o ci siamo sbagliati tutti prima o stai facendo qualche cosa di sbagliato, perché lo fai? Ecco, se ci fosse nel nostro paese un automatismo di controlli, dice "ma tu hai fatto questo", ma se in perdita, hai fatto questo, hai fatto quest'altro, allora sai che cosa ti dico? "la tua gara non funziona, non va bene te la revoco", non

come ho sentito fare, devo dire da un simpaticissimo rappresentante delle ASL che poi è stato cazziato dal suo presidente che invece si rendeva conto, che ha detto che una gara era andata benissimo perché aveva avuto il 97% di sconto e un'altra era andata male, era costata il 2 o 3% di quello.., e allora non l'abbiamo applicata la gara; ecco perché, di fronte a situazione di questo genere, uno che ha un minimo di infarinatura giuridica, competitiva, uno dice "poi capisco perché il paese va male". Troppe leggi e troppe interpretazioni della legge e troppi pochi controlli.

### ***Mauro Carai***

Direi che dopo questo ultimo giro di opinioni il prezzo di un farmaco assume sempre di più un connotato metafisico. Questo è anche giusto, perché alla prima riunione io ero l'unico farmacologo qui nell'unico.. di cultura biomedica del gruppo e cercai di spiegare agli altri colleghi che il processo di ricerca di un farmaco è qualcosa di veramente imprevedibile a priori, nel senso che uno può individuare un filone di ricerca, lavorare per dieci anni e poi a un passo dall'ottenere l'autorizzazione e l'immissione in commercio, l'autorità regolatoria può eccepire qualche cosa, anche giustamente, e quindi tutto quell'investimento deve andare a male, è evidente che con un altro farmaco che andrà sul mercato questo investimento dovrà essere, in qualche modo recuperato, il capitale remunerato. Quindi direi che è una linea di confine ideale più che materiale, perché poi dal punto di vista materiale possiamo tirarla da tutte le parti e ognuno ha ragione. Un altro dato che a me ha colpito nel corso di questa ricerca è che in Italia – diciamo – la spesa per la ricerca è di circa 1000 milioni di euro; direi è abbastanza bassa in rapporto al fatturato globale. Il grosso della ricerca mondiale avviene negli Stati Uniti e a seconda delle fonti viene attribuito alla metà o il 75% della spesa di ricerca in quel paese e direi che.. leggerei qualche cosa che ho ricevuto

stanotte da un collega di Stanford che dice: “alcuni interventi precedenti hanno impedito la scoperta di nuovi farmaci e nuovo sviluppo e hanno creato una situazione di confusione e incertezza che è un anatema per aziende che devono pianificare investimenti rischiosi e lunghi” questo riferito alla decisione del Congresso americano, quindi tutto il mondo è paese. Però tornando ai nostri 1000 milioni di euro, risponderai anche alla precedente intervenuta, direi che il costo è stimato alla carlona per un nuovo farmaco in 800 milioni di euro per arrivare sul mercato, quindi in Italia siamo assolutamente carenti, quindi al di là di tutto io vedrei una azione che definirei assolutamente di sistema in questo e di integrazione. Da un lato inteso che la grande industria ha bisogno di certezze di mercato e queste ragionevolmente vanno offerte compatibilmente con qualunque tetto, con qualunque cosa, però un minimo di stabilità deve essere offerta da questo punto di vista. Dall’altro, l’azione di sistema, significa che non è che il secondo sistema nazionale sanitario al mondo sia automaticamente pronto per interagire nello sviluppo di farmaci per offrire delle opportunità, vanno fatti degli interventi mirati là dove questo può essere fatto, perché venivano citati gli istituti di ricovero a carattere scientifico è vero, hanno questo nome altisonante però poi se uno non ha mai fatto quella cosa non la sa fare, bisognerà in questo, l’azione di sistema che non riguarda il prezzo dei farmaci ma riguarda offrire opportunità, che si creino delle scuole valide, delle situazioni valide in cui si possa seguire la sperimentazione e l’assistenza ai pazienti. Un'altra cosa, appunto sempre riferita agli Stati Uniti, esistono lì altre azioni di sistema che si chiamano “aiuti diretti nello sviluppo dei farmaci” perché si decide che in un campo terapeutico mancano farmaci, quindi lo Stato investe e qualche volta investe completamente sino allo sviluppo chimico. Ora, in Italia, non abbiamo le forze però un qualcosa del genere può essere fatto.



Esistono poi società scientifiche, esiste poi, direi non solo i giovani, tutto il mondo della ricerca che ha bisogno in qualche modo di essere stabilizzato e anche integrato con l'industria la dove si vuole integrare, in modo che la ricerca di base possa, in qualche modo, crescere insieme a quella di sviluppo. Direi che queste cose non le dobbiamo perdere di vista pur rendendomi conto che questi aspetti di prezzo sono delicatissimi e sono principi per una parte dell'industria; però credo che al di là di questo, questo sforzo vada comunque fatto.

### ***Rita Battaglia***

Ringrazio molto dell'invito. Trovo che questa mattinata, questa giornata è stata veramente molto interessante, perché un aspetto che mi ha colpito è che ognuno di noi – voglio dire – svolge un proprio ruolo ma è venuto in questa riunione con un punto, quello di cercare di costruire, al di là degli interessi che uno può esprimere. Lo dico perché come Federconsumatori io sono stata molto interessata al dibattito perché per quello che riguarda la spesa farmaceutica, stamattina Nello Mattini ci ha dato questa bella notizia, che nel primo quadrimestre del 2007, vero Dompè, stavamo insieme, è diminuita la spesa del 7,5%. Quindi questo che cosa significa? Che noi oggi dobbiamo andare a costruire, a parer mio, anche una politica di sviluppo; io, l'ha chiamata una piattaforma di sviluppo, io ritengo che questa potrebbe essere una cosa interessante, il nostro dibattito può essere un elemento importante e proficuo per costruirla. Questa piattaforma, giustamente, deve puntare alla stabilità, alla ricerca e allo sviluppo. Allora, io qui vengo dal punto di vista – voglio dire – di quello che io rappresento, la Federconsumatori; Abbiamo avuto questa esperienza interessante, la voglio dire qui perché è una delle prime cose che stanno emergendo. Noi venerdì faremo una conferenza stampa per ufficializzare questi dati; come Federconsumatori noi abbiamo

fatto dall'osservatorio nazionale e prezzi una ricerca su quella che riguarda la legge sulle liberalizzazioni proposta dal Governo e dal Ministro Bersani. Abbiamo detto "cosa è successo nelle politiche di prezzo sul farmaco da banco?" i cittadini consumatori ne hanno tratto beneficio e se si è determinata una dinamica concorrenziale con abbassamento dei prezzi tra farmacie private, comunale e parafarmacie. Ecco guardate, sono emersi dei risultati. Rischio di annoiarvi ma farò velocemente; allora, questo osservatorio ha confrontato 20 farmaci da banco di largo consumo da parte dei cittadini, ha coinvolto 17 capoluoghi di regione, nella settimana che va dal 12 al 17 marzo 2007 e sono stati rilevati ed elaborati dati di ben 80 farmacie private, 23 farmacie comunali, 31 parafarmacie, di cui 18 private, 13 supermercati per un totale complessivo di 134 punto vendita. Che cosa è venuto fuori? una prima indagine emerge che lo sconto medio delle farmacie si è attestato intorno all'8,54%, mentre nelle parafarmacie è stato del 15,79%, su un paniere di una ventina di farmaci da banco per un costo prezzi di listino di 163 euro, quindi.. e scorporando ancora di più questi dati, le percentuali medie di sconto compiono un ulteriore passo in avanti; noi dei .....che le farmacie comunali registrano uno sconto del 9,47%, maggiore rispetto alle farmacie private che si attesta al 6,85%, quindi la forbice poi si amplia ancora di più tra le parafarmacie e i supermercati, perché quella dei supermercati effettua uno sconto pari al 20% più alta questa percentuale in rispetto alle parafarmacie private che è del 9,12. Allora, di fronte a questa – voglio dire – è eclatante il discorso che noi abbiamo fatto, emerge chiaramente che questa introduzione della legge sulle liberalizzazioni è un aspetto importante e noi quindi abbiamo consentito di innescare una dinamica concorrenziale con un abbassamento dei prezzi e sconti maggiori anche nelle farmacie, cosa che non lo era e quindi – voglio dire – questo mi sembra una risposta che noi abbiamo saputo dare ai cittadini e quindi anche ai consumatori e su

questa strada noi dobbiamo andare. Anche perché giustamente, Bassanini diceva “lavoriamo anche su proposte”; una cosa che io mi sono sempre chiesta provenendo dal settore farmaceutico è che potrebbe servire veramente a risparmiare non solo sulla spesa generale ma anche per dare un contributo alla ricerca e al consumatore. Io non capisco: pensiamo ai farmaci di fascia A; il consumatore che va ad acquistare direttamente, perché quando il cittadino ritira il farmaco con la ricetta e a pagarlo è la ASL perché è erogato in assistenza diretta, la farmacia pratica alla ASL uno sconto che va dal 3,5% al 19%, uno sconto medio pari al 7,5%. Ma io, se cittadina normale, Rita Battaglia, non ho la ricetta per questo farmaco, lo vado a pagare al prezzo della Fustella, cioè a valore 100; questo 7,5% che è un costo – voglio dire – che va a cadere sul cittadino, perché non lavorare su qualche proposta affinché questo 7,5% possa andare alla ricerca, al risparmio – diciamo – alle regioni e così via? Questo, per esempio, è un altro aspetto importante; perché ho riflettuto su questo? Perché giustamente Pammolli faceva una.. parlava della valvola di salvaguardia per quei prodotti dai 3 ai 5 anni; io sono convinta, ma forse sarebbe anche interessante, poi dopo quando si passano – voglio dire – questi anni, lavorare anche e riflettere sul discorso della qualità del farmaco, quali sono i risultati che ha ottenuto quel farmaco? E questo lo può dare l’ospedale o il medico, certamente non il consumatore, perché siamo troppo implicati psicologicamente, però su questo, potrebbe essere un elemento importante perché mi pare che già in Inghilterra qualche cosa su questo si è fatto. Io non voglio essere – voglio dire – guardare gli altri paesi, però io penso che se lavoriamo in questa maniera, in maniera fattiva, sicuramente potremmo portare un nostro contributo positivo al nostro sistema sanitario nazionale. Grazie.

### ***Edwin Morley-Fletcher***

Adesso sì, scusate. Bene, ILEA non hanno alcuna quantificazione, cioè chi definisce ILEA non li quantifica, non c'è un meccanismo di cui siano dotati che porti a fare questa quantificazione. Oggi agiamo ancora in un contesto di un piano sanitario nazionale che ci definisce un tetto fino al 2009, quando questo si chiude come si faranno i conti è tutta una questione aperta che va affrontata. Ora, come vanno quantificati ILEA e chi lavora ad ILEA dovrebbe avere automaticamente la capacità di quantificare quello che sta dicendo, poi credo che sia necessario andare nella direzione di budget per patologia, ci consentono di quantificare la spesa farmaceutica riferita ai dati epidemiologici, di terapia, di conoscenza di quello che sappiamo e che sappiamo caso per caso qual è il contesto in cui si deve ragionare. Per fare questo, con percorso che non è che si fa dall'oggi all'indomani, ma con percorso ineludibile e che è quello che ci può portare ad uscire dalla rozzezza più o meno arbitraria ma empiricamente l'arte pratica, come diceva De Vincenti, per cui si aggiusta oggi con i tetti, bisogna poter avere qualche strumento forte e qui c'è una inadeguata attenzione, a mio parere, di uno strumento che altrove è stato già utilizzato con efficacia, è che la pietra angolare per fare queste cose è che la ricetta del medico trasformata elettronicamente. La ricetta elettronica, ma non fatta l'elettronica come si fa da noi con carta filigrana del Poligrafico dello Stato e lettore ottico che è un meccanismo elettronico per modo di dire; la ricetta elettronica per davvero, consente varie cose: consente sia la conoscenza di dettaglio puntuale e precisa riscontrata, conciliata, verificata della spesa effettiva e quindi darebbe delle eventuali analisi di variabilità su anomalie, su quello che è distorto, ma può consentire, abbinata ad uno strumento potentissimo che fa parte dell'orizzonte della medicina dell'oggi, cioè il Clinical Decision Support di poter dare al medico la visione immediata di una serie di conseguenze. I temi che accennava

Grazia Labate di conseguenze che derivano.., be, queste sono cose che verrebbero evidenziate immediatamente da un meccanismo di Clinical Decision Support e lo evidenzia fin dall'inizio. Ci potrebbe essere un ruolo, ci dovrebbe essere un ruolo importante all'industria farmaceutica del concorrere a predisporre strumenti di Clinical Decision Support che trasformino l'azione del dimostratore su un terreno di automatismo disponibile nel momento in cui prescrive al medico quali alternative. Il medico generico, che qualcuno diceva sarebbe il caso che sia evidenziato dai medici, scusate, il farmaco generico, che sia il caso che sia evidenziato dal medico, lo sarebbe automaticamente nel senso che comparirebbe, nel momento stesso in cui si va a fare questa prescrizione, ma lì c'è il farmaco generico e si può fare questo. Quindi una serie di consulenze a catena che rendono possibili vari aspetti di risparmio, che rendono possibili conoscere, sapere e quantificare, perché sennò siamo sempre in un contesto in cui poi le emergenze ci cascano addosso per forza.

### ***Giuseppe Cananzi***

L'osservazione generale è che ho una grande confusione in testa, quindi non so se sarò molto chiaro, non lo dico come una battuta. Io ho lavorato per qualche anno col Centro Studi Farm Industria, ho lavorato per.. da 13 anni con la ARAN, quindi fronte pubblico impiego anche con il Ministro Bassanini, quindi ho la sensazione da spettatore, e poi vi dico anche la parte che invece mi riguarda, di un problema di una enorme complessità e con delle sfaccettature che non riescono, almeno nella mia testa come spettatore quindi, come apprendista, pre apprendista stregone, non riesco a controllare. Fatta questa premessa di complessità ci sono un paio di angoli in cui mi sembra, almeno questo voleva essere un po' il luogo raggiunto dell'intervento, mi sembra di essere un

po' più.. di avere un po' più di sicurezza e queste immagini, in qualche maniera, richiamati l'intervento dell'Onorevole Cosentino, quando ha parlato di una suddivisione delle funzioni che è una cosa credo estremamente corretta perché Orazi e Curiazi insegnano che il problema lo devi dividere perché altrimenti non ce la farai mai ad arrivare in fondo. Un po' provocatoriamente volevo prendere un piccolo pezzettino che mi riguarda, un po' in dissenso con Cosentino ed è questo: lui diceva Lazio spende il doppio dell'Alto Adige; non abbiamo ricerca che ci dica perché, dove e come e per colpa di chi il Lazio spende il doppio dell'Alto Adige. Io istintivamente non sono d'accordo con questa osservazione, non vedo l'Onorevole ma.. provo a dirlo. Sempre nella divisione delle funzioni, parlando in qualche maniera da epidemiologo e quindi non da economista, secondo me, la cosa importante è sapere, conoscere in maniera collettiva che il Lazio spende il doppio dell'Alto Adige, non perché, perché "perché" è un problema quasi risolvibile; non vorrei farla troppo lunga, ma c'è un detto anglossassone che dice "non puoi vedere la foresta e contemporaneamente vedere i singoli rami", c'è un errore proprio tecnico. Allora, se ti tieni sulla foresta, vedi la foresta, vedi gli alberi, vedi gli alberi più grandi, più piccoli, quindi vedi il Lazio e vedi l'Alto Adige e la cosa importante è vedere che il Lazio spende il doppio dell'Alto Adige, possibilmente che la USR RM X spende una volta e mezzo della USR RM B. Allora, secondo me esistono dei malesseri che ha richiamato Fletcher proprio di struttura di dati e una delle funzioni, oltre che la funzione di acquirente e quindi va giocato come acquirente, la funzione di regolatore che va giocata anche come regolatore è quella di collante dell'informazione a disposizione del tavolo. L'informazione, la conoscenza a disposizione di parte e contro parte aiuta il tavolo non aiuta parte o controparte e questa informazione ha due possibilità di zoomate; la prima possibilità di zoom è la foresta, quindi la foresta insegna che il Lazio spende di più

dell'Alto Adige. Poi sarà il..... e nel pezzettino che è una parte laterale di questo enorme lavoro; il sapere di più aiuta tutti, aiuta a ragionare e aiuta anche a fare il secondo passaggio di zoomata. In un momento in cui pubblicamente la USL RMX spende una volta e mezzo la USL RMZ, sarà un problema di zoom locale capire perché c'è stata quella spesa, non del livello nazionale, di autostrada dell'informazione. Quindi il pezzettino su cui mi sento relativamente più certo è, condivido l'osservazione che abbiamo bisogno di informazioni anche semplici che vale la pena investire nel tempo come vale la pena investire in nuove tecnologie su queste cose. Credo che un sistema informativo, pensando in qualche maniera al sistema informativo sanitario che dopo venti anni è stato rifondato e adesso sta piano, piano ripartendo, però non può rischiare di essere autistico in un sistema che darà i propri frutti fra 15 anni di fatto non aiuta nessuno. Quindi quello che mi sentivo di proporre era un sistema informativo direttamente.. basato su dati più possibili periferici, possibilmente per USL, possibilmente per comune che mettesse semplicemente in fila i comportamenti che anche prima di lavorare i singoli dati si sa che esiste .....,quindi chi spende parecchio, c'è tanta gente che spende una roba giusta e poi ci sono quelli che spendono un po' meno, leggi l'Alto Adige o le USL dell'Alto Adige o i comuni dell'Alto Adige. Il fatto di diffondere, di utilizzare questo sistema informativo a disposizione del tavolo, quindi di parte, di contro parte, del cittadino, dei consumatori, dei sindacati – secondo me – ha un po' di riflessi che non sono banali; il primo riflesso è comunicistico, quindi sposa la caratteristica.. il primo riflesso è economicistico, quindi sposa la linea dei vincenti e forse libera anche un po' di risorse verificabili per l'innovazione ed è.. io non credo che l'altoatesino, stiamo parlando di salute, non stiamo parlando di andare al mare con il costume griffato o meno, che l'altoatesino se pubblicamente gli si attesta che spende di meno improvvisamente dice “che scemo che sono fammi andare di più

in farmacia”; non credo. Mentre credo che la USL RMZ che spende molto e siccome tutti quanti istintivamente andiamo a vedere quelli strani, sto pensando a Goletta verde, sto pensando a .....piuttosto che era....ad auto regolarsi per il semplice fatto di essere pubblicamente discussi senza norme, senza decreti, senza il discorso delle lobby, solamente sulla base di un fatto culturale. Quindi primo effetto è economicistico, cioè un autoregolamentazione che deriva, penso anche al garante, da libera concorrenza dell’informazione che in questo momento purtroppo non c’è.

Il secondo ragionamento è di tipo politico; mi affaccio timidamente però se un comportamento anomalo tende a ritirarsi come fa la lumaca che si rimette nel guscio, è perché in qualche maniera c’è un ondata di consenso, altrimenti non si respirerebbe e credo che il consenso sia un bene prezioso. Il consenso basato su dati pubblicamente diffusi, discussi, verificati e che devono reggere il fuoco della critica è una roba, credo, politicamente interessante.

Il terzo motivo per cui questo esercizio che è laterale rispetto al problema del ....., della catena, dell’innovazione, è che – ed è quello che anticipavo all’inizio – cioè il fatto di ragionare .....su un numero, quindi la percentuale del tetto, un numero è criticabile in qualche maniera, e un numero può giocare come gli pare, ma se in questo paese incominciano ad essere diffusi i numeri che vanno, faccio l’esempio che per me è quasi l’ideale, l’esempio per comune, sono 8 mila numeri di comuni che fanno 103 province o 190 USL che fanno 20, 19 regioni e due province autonome che fa un numero nazionale, quel numero incomincia a diventare patrimonio e non più un dato politicamente sballabile. Quindi, o politicamente interpretabile o politicamente, penso, per fare una battuta, il Ministro Visco uscente, nuovo Ministro del Governo Berlusconi che litigavano su un buco grande quanto 4 finanziarie c’era o non c’era. Allora se un paese si può permettere di discutere su un numero in quella maniera, vuol dire che non



è un numero difendibile, ma se non è un numero difendibile vuol dire che non è un patrimonio di parte e contro parte. Ecco, questo era un po' il pezzettino.

### ***Franco Bassanini***

L'ultimo parte della nostra discussione ha fatto emergere alcuni profili generali che utilizzeremo nel perfezionamento del lavoro e che sono molto cari, in generale, al lavoro di ASTRID nel senso che sono profili che abbiamo largamente utilizzato in altre ricerche, alcune in corso altre già fatte. Quello che emergeva da ultimo, noi abbiamo bisogno e grazie alle tecnologie, alle AISP è oggi facilissimo farlo. Abbiamo bisogno, in questi sistemi sempre più complessi, abbiamo bisogno di un sistema di informazione accurato, analitico e affidabile; non è tollerabile appunto che succeda che si discuta tra Visco e Tremonti qual è l'entità del buco. Non è tollerabile! Ci deve essere il modo affidabile, cioè il modo che sia sottratto a logiche di parte. La stessa cosa, mentre parlava Edwin mi veniva in mente, la necessità di disporre di dati accettabili per esempio sui costi dei livelli essenziali e delle prestazioni, sui costi dell'EA, sarà imposto tra poco dalla legge sul federalismo fiscale, perché nel momento in cui qualcuno è in Parlamento e modifica i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti dalle regioni e dagli enti locali a seconda del settore sanità, assistenza eccetera, nello stesso momento deve modificare in sistema di finanziamento federalismo fiscale in modo da coprire, perché lo impone la costituzione; ma allora occorrono dei dati e questo ci riporta all'esigenza di avere un sistema che, appunto, lui sottolineava giustamente, con le tecnologie attuali è possibile costruirlo, bisogna poterlo fare e bisogna affidarlo ad una, quanto meno, supervisione di una autorità superparte che non sia, che non abbia la tendenza a piegare i dati alle maggioranze che legittimamente si susseguono e che hanno i loro interessi ma i dati devono poter – come dire – rappresentare il riferimento di qualunque opinione politica nel senso più ampio

della parola che si confronta. La seconda cosa che diceva Dompè prima, be, noi abbiamo bisogno di un sistema regola generale che premi e pulisca. Che premia dove i risultati sono positivi, non è l'interesse del paese, e invece pulisca dove i risultati sono negativi; abbiamo bisogno di dosi massicce di.., io sono particolarmente sensibile per quanto riguarda la pubblica amministrazione. So che dirlo in questa sede può fare ridere, ma quando si faceva la Finanziaria ultima, quindi ormai è quasi un anno, a Padoa Schioppa mi capitò di dirgli: “guarda, tu sarai costretto a scrivere dentro un mucchio di soldi per in rinnovo dei contratti dei dipendenti pubblici, però almeno collegali a dei risultati misurabili in termini di indicatore” “ma come si fa?” dico: “guarda, ti faccio degli esempi..”; in alcuni casi difficili, ma cominciamo da quelli facili, si fa a misurare le liste di attesa in tutte le strutture sanitarie che hanno liste di attesa e si stabilisce che l'aumento di anno in anno è corrisposto a condizione che i tempi medi di attesa diminuiscano del 15%, del 20%. Voglio dire, questo è opinabile Dompè, però il principio e poi dopo stabilisci qual è la misura giusta, stabilisci il tempo del rilascio dei passaporti nelle questure e dei permessi di soggiorno per i lavoratori stranieri e stabilisci che gli aumenti si danno solo se diminuisce, appunto.., cioè premiare e punire. Ecco, questa cosa che diceva Dompè fa parte di una delle cose generali.

In fine, una cosa che diceva Cosentino nel test che usciva, so che in questo settore può essere particolarmente difficile, però io vorrei vedere se si può lavorare su una distinzione, se non una separazione, una distinzione adeguata tra il regolatore e il compratore. Il compratore è un soggetto, è un attore, è un protagonista del mercato; il regolatore deve poter rappresentare una autorità terza. È complicato in questo settore più che in altri, però il problema, a mio avviso, esiste.

## ***Giorgio Macciotta***

Ma, io non è che voglio dire altro perché abbiamo detto faremo a settembre un secondo giro, io credo che possiamo, anche a nome degli altri del gruppo di lavoro, ringraziare tutti gli intervenuti. Sono venuti tutta una serie di stimoli importanti e anche di.., in collegato di correzione ma in collegato di integrazione dei testi che sono certamente utili. Io voglio riprendere solo due cose: 1) guardiamo anche alle cose già fatte; le cose dette dalla Federconsumatori, per esempio, in materia di prima applicazione di norme, sia pure soft, di liberalizzazione, verifichiamone il reale andamento; è forse un ulteriore elemento per rafforzare l'idea che non è la catastrofe andare verso forme di rottura di redditi di posizione, ma può essere la prospettiva.

La seconda cosa che mi sentirei di dire è: scaviamo di più, ma d'altra parte il ragionamento sull'AIFA va un po' in questa direzione, sulla professionalizzazione della struttura di controllo e sulla sua, in questo senso, autorità..; è difficile pensare ad una autorità del tutto indipendente, perché un raccordo con il Ministero della Salute è quasi inevitabile, però più si rafforzano i profili tecnici, più magari si mette in circuito, per un certo verso, AIFA con Istituto Superiore di Sanità, e più la quota tecnica della regolazione diventa prevalente rispetto alla quota politica di puro controllo del prezzo che ha lungamente dominato e che non ha avuto sempre risultati particolarmente positivi nemmeno sul versante che si proponeva di controllare.

La terza cosa che mi sentirei di dire, la diceva il Presidente Dompè, cioè, proviamo a guardare anche.., questo è un buco del nostro rapporto, dobbiamo tornarci, le gare. ...io penso che quel che diceva il Presidente Dompè sulla gara che si conclude con un ribasso talmente anomalo da essere fuori norma non di per se va annullata, forse, ma certamente merita una qualche osservazione. Noi dovremmo farci probabilmente una qualche riflessione, però credo che valga la pena che ci si rifletta più in generale. Io..

poi altre cose sono venute; per dirne una ho accolto con qualche favore, anche perché l'avevo detta all'inizio di questo lavoro, penso che uno dei modi per incentivare i medici di famiglia, tornare a fare i medici di famiglia, forse sia quello di spaccare la quota capitaria per inseguire Franco Bassanini in una quota fissa e in una quota mirata ai risultati. È un tema delicato, da prendere con le molle, non dobbiamo collegare la remunerazione al risparmio, perché sembra che sennò vogliamo vivere sulla.., far risparmiare sulla salute dei cittadini, però tra questi due estremi un qualche punto di equilibrio si può trovare e anche i medici di famiglia vanno riportati a fare i medici e noi prescrittori.., e anche qui le tecnologie aiutano.

Io mi fermerei qui perché sennò dovrei ri inseguire tante cose che sono state dette ringraziando ancora per il contributo che noi certamente abbiamo avuto.