

Questioni vecchie e nuove in materia di prezzi dei medicinali.

1. - L'art. 9 del d.l. n. 264/1974, conv., con modificazioni, dalla l. n. 386/1974 così dispone: «Gli enti ospedalieri sono autorizzati all'acquisto diretto dalle imprese produttrici di qualsiasi preparazione farmaceutica in dose e forma di medicamento e dei galenici confezionati. Le imprese sono tenute a concedere agli enti ospedalieri ed istituti pubblici di ricovero e cura lo sconto non inferiore al 50% del prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali, ad eccezione degli emoderivati e degli altri preparati comunque di origine umana».

La norma ha pacificamente avuto, fin dalla sua entrata in vigore, l'applicazione seguente: fatto L. 100 il «prezzo al pubblico» della specialità medicinale (vale a dire il prezzo che, fino all'introduzione del regime di prezzo «sorvegliato» o «contrattato» introdotto dalla legislazione inaugurata dalla l. n. 537/1993, è stato autoritativamente ed inderogabilmente determinato dal Comitato interministeriale dei prezzi-CIP), lo si è diviso per due (L. 50). L. 50 è stato il prezzo massimo praticato dai produttori agli enti ospedalieri e, successivamente, alle strutture del Servizio sanitario nazionale istituito dalla l. n. 833/1978. Su L. 50 (o sulla cifra effettiva inferiore) è stata applicata l'iva nell'aliquota vigente, iva che l'impresa cedente ha versato allo Stato, in conformità alla disciplina propria di questo tributo. A distanza di circa venti anni dalla entrata in vigore della legge del 1974, le aziende sanitarie pubbliche (sulla scorta di un rilievo per la prima volta formulato dal Presidente della Giunta Regionale del Veneto<sup>1</sup> e poi seguito dal Ragioniere generale dello Stato<sup>2</sup>) hanno giudicato che il modo di procedere sopra descritto non fosse corretto. Esse così hanno ragionato: poiché il «prezzo al pubblico», determinato dal CIP, include l'iva, per determinare lo sconto imposto dalla legge occorre prima scorporare l'iva dal prezzo al pubblico; successivamente, dividere per due il risultato ed ottenere il prezzo di cessione dall'impresa all'ente pubblico e, su tale prezzo, applicare l'iva.

A nessuno può sfuggire l'importanza economica della questione, se si considera che lo «sconto» del 50% rappresenta un notevole abbattimento del margine lasciato all'impresa fornitrice rispetto a quello della vendita alla distribuzione canalizzata al pubblico (grossista-farmacia), che si è sempre attestato attorno al 66% del prezzo al pubblico depurato dell'iva in esso incorporata.

2. – Il tema di fondo è dunque relativo all'interpretazione dell'espressione «prezzo al pubblico» contenuta nell'art. 9 della L. n. 386/1974 e non riguarda l'applicazione dell'iva. La questione è relativa alla determinazione del prezzo, che dell'iva costituisce normalmente la base imponibile. Anzi, una certa confusione può derivare proprio dalla indebita commistione, che sarebbe del tutto fuorviante, di due piani diversi: quello contrattuale e quello tributario. È il primo che viene qui in considerazione, non il secondo. La distinzione richiede una chiara definizione delle stipulazioni linguistiche. Una cosa è il «prezzo al pubblico» di cui parla l'art. 9 della legge, espressione di cui va deciso il significato (con iva incorporata o scorporata); tale «prezzo al pubblico» coincide con la «base imponibile dello sconto» (cioè l'espressione numerica da dividere a metà per ottenere il «prezzo di cessione» dell'impresa all'Unità Sanitaria locale); altra cosa è la «base imponibile dell'iva» che, normalmente, è il «prezzo di cessione» (v. gli art. da 13 a 15 del d.P.R. n. 633/1972).

---

<sup>1</sup> In una circolare diretta il 26 marzo 1993 agli amministratori straordinari delle Unità sanitarie locali.

3. - La questione ha fatto nascere (oltre ai soliti articoli sensazional-scandalistici<sup>3</sup>) un diffuso contenzioso al quale il legislatore ha tentato di porre fine una prima volta con l' art. 8 comma 2 della l. n. 724/1994: «lo sconto praticato alle aziende ospedaliere e ai presidi ospedalieri nonché agli istituti di ricovero e cura sulle specialità medicinali e sui prodotti galenici, il cui prezzo al pubblico è inclusivo dell'aliquota iva sul prezzo base, è stabilito mediante contrattazione tra le parti interessate, e non può essere inferiore a quanto previsto dall'articolo 9, quinto comma, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 agosto 1974, n. 386».

L'inciso «il cui prezzo al pubblico è inclusivo dell'aliquota iva» appariva in verità molto ambiguo, legittimando entrambe le interpretazioni<sup>4</sup>. Così, a un anno di distanza, con il c. 128 dell'art. 3 della l. n. 549/1995 il legislatore ha preso ancora posizione, disponendo: «A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge lo sconto non inferiore al 50 per cento del prezzo di vendita al pubblico che le imprese, ai sensi dell'articolo 9, quinto comma, del d.l. 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, dalla l. 17 agosto 1974, n. 386, sono tenute a concedere alle aziende ospedaliere e ai presidi ospedalieri, nonché agli istituti di ricovero e cura, per le cessioni di specialità medicinali e prodotti galenici, deve essere stabilito mediante contrattazione tra le parti interessate ed applicato sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto in esso compresa. Il prezzo di vendita così determinato costituisce la base imponibile per l'applicazione dell'imposta sul valore aggiunto. La disposizione si applica anche alle operazioni dipendenti da contratti conclusi anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge se il loro contenuto in ordine ai criteri di determinazione del prezzo è stato accettato dalle parti in conformità a quanto stabilito nel primo periodo del presente comma; diversamente non si fa luogo a rimborsi di imposta già pagata, né sono consentite le variazioni di cui all'articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, relativamente alle consegne eseguite anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge».

4. - Puntualmente è sorta la questione –affrontata dalla sentenza in rassegna- se l'art. 3.28 della l. n. 549/1995 valga solo per il futuro o abbia riflessi anche sui rapporti antecedenti.

Alla decisione del caso portato dinanzi al Tribunale di Milano (la pretesa, da parte dell'azienda produttrice, di un prezzo calcolato sulla base del 50% del prezzo al pubblico inclusivo dell'iva) probabilmente poteva essere sufficiente il rilievo della difformità del prezzo fatturato rispetto a quello contrattualmente pattuito (in quanto risultante dagli «ordini» dell'acquirente eseguiti de facto dall'impresa con gli effetti indicati nell'art. 1327 cod. civ.). La sentenza sembra tuttavia voler avvalorare, anche attraverso la soluzione legislativa imposta *de futuro*, la tesi interpretativa nel medesimo senso della norma anteriore.

Il comma 128 dell'art. 3 della l. n. 549/1995 non contiene però una norma interpretativa, per più di una ragione: (a) manca qualsiasi espressione letterale (da quella tipica abitualmente usata: «la disposizione di cui ... deve essere interpretata nel senso...» ad altre, anche diverse, ma che suffraghino un valore meramente ricognitivo del significato di leggi precedenti; è vero anzi che l'esordio del comma 128 è chiaro nel senso opposto: «a

---

<sup>2</sup> Nella nota alle Regioni e Province autonome del 5 agosto 1993.

<sup>3</sup> «Truffa ai danni dell'USL-II Veneto contro le case farmaceutiche-Intascavano miliardi con finti sconti» (*Repubblica*, 23/24 maggio 1993); «Un errorino... da 40 miliardi-Ditte farmaceutiche favorite» (*Il Gazzettino*, 22 marzo 1993).

<sup>4</sup> Ambiguità non diradata dalla nota del Ragioniere generale dello Stato del 1 marzo 1995, che disconosce alla disposizione carattere interpretativo della precedente, ma limita il suo carattere innovativo al «riferimento alla negoziazione dell'entità dello sconto».

decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge...»; (b) il riferimento alla «contrattazione tra le parti interessate» è incompatibile con un contenuto interpretativo: la contrattazione può certamente svolgersi in futuro, ma la sua menzione non avrebbe senso se rivolta al passato (la contrattazione c'è stata oppure no, ma non si può dire oggi che ci doveva essere ieri).

È peraltro vero – e nella pur accurata ricostruzione storico-esegetica del Tribunale manca questo tassello – la norma lascia inalterato (fino al momento della sua entrata in vigore), quanto disposto dal già citato comma 2 dell'art. 8 della l. n. 724/1994, rafforzando la tesi che quell'inciso, che riferisce il «prezzo al pubblico» come «inclusivo dell'aliquota iva sul prezzo base» volesse significare proprio che per «prezzo al pubblico» si dovesse intendere la grandezza inclusiva dell'iva.

La seconda parte del comma 128 affronta, ma solo in una prospettiva essenzialmente fiscale, come giustamente osservato dal Tribunale, il tema dei contratti conclusi anteriormente e che attendono ancora esecuzione o in relazione ai quali sarebbe ancora possibile il procedimento di rettifica ex art. 26 della legge iva. La «non accettazione delle parti» preclude l'applicabilità del sistema di calcolo descritto nella prima parte e i procedimenti di rettifica.

5. - La questione affrontata dalla sentenza induce qualche ulteriore meditazione di fondo sulla disciplina attuale del prezzo dei medicinali.

Per cinquant'anni, in Italia, il prezzo al pubblico delle specialità medicinali è stato un prezzo amministrato<sup>5</sup>, determinato, in modo inderogabile sia in aumento che in diminuzione, dalla pubblica amministrazione. Il periodo supera i cinquant'anni, se si fa riferimento alla «tariffa» dei medicinali, prevista dal testo unico delle leggi sanitarie del 1934.

Il regime di amministrazione del prezzo al pubblico delle specialità medicinali è terminato il 1 gennaio 1994, per effetto della l. n. 537/1993.

La disciplina del prezzo introdotta da questa legge è ancora una regolamentazione generalizzata del prezzo al pubblico. L'art. 8.12, quando dispone che «i prezzi delle specialità medicinali, esclusi i medicinali da banco, sono sottoposti a regime di sorveglianza secondo le modalità indicate dal CIPE e non possono superare la media dei prezzi risultanti per prodotti simili e inerenti al medesimo principio attivo nell'ambito della Comunità europea». La norma si riferisce ancora al prezzo al pubblico di tutte le specialità (escluse solo quelle da banco), indipendentemente dalla loro classificazione attuata secondo il comma 10 dello stesso articolo («a», «b» o «c», a seconda della misura di concorso nella spesa, totale, parziale, nullo, da parte del Servizio sanitario nazionale).

È solo con la delibera del CIPE del 25 febbraio 1994<sup>6</sup>, che avviene la vera frattura con il regime previgente o, piuttosto, per rimanere nella metafora, avviene una saldatura tra regime del prezzo e regime di classificazione ai

---

<sup>5</sup> Sulla storia della disciplina del prezzo dei medicinali e sulle questioni connesse rinviamo alla sintesi di FONDERICO, *Potere amministrativo e situazioni soggettive nella disciplina dei prezzi delle specialità medicinali*, in *Foro amm.*, 1996, 1106.

<sup>6</sup> Pubblicata sulla *Gazz. uff.* del 30 marzo 1994. La delibera è stata oggetto di un serrato contenzioso dinanzi alla giurisdizione amministrativa, conclusosi con il parziale annullamento (v. Cons. St., VI, 27 gennaio 1997, n. 118, in *Giust. civ.*, 1997, I, 1723, con nota di CONCARO). Le parti annullate della delibera sono state tuttavia legittimate con una disposizione legislativa di «interpretazione autentica» (art. 36 l. n. 449/1997), in concomitanza con la introduzione di criteri di determinazione della media europea diversi da quelli che erano stati oggetto di censura. Tali nuovi criteri hanno dato luogo alla Delibera CIPE del 26 febbraio 1998 (in *Gazz. uff.* 17 aprile 1998), modificata, anche a seguito di un «avis motivé» della Commissione europea, con Delibera del CIPE del 21 dicembre 1999 (in *Gazz. uff.* 18 febbraio 2000).

fini dell'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale (che la l. n.537/1993 non prevedeva, almeno espressamente). Il CIPE, infatti, delibera: a) di limitare il proprio intervento alle specialità medicinali rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale, disponendo che le rimanenti specialità abbiano prezzo libero; b) di disporre una metodologia di confronto non tra i prezzi al pubblico, ma tra i prezzi *ex fabrica*; c) di rimettere alla negoziazione con le pubbliche amministrazioni interessate la determinazione del prezzo delle specialità ad esclusivo uso ospedaliero (sia pure, come precisato nella successiva delibera CIPE del 16 marzo 1994, entro il limite del prezzo medio europeo e con applicazione dello sconto stabilito in forza dell'art. 9 del d.l. n. 264/1974, conv. dalla l. n. 386/1974). È da questo punto in poi che la disciplina del prezzo (legislativa o amministrativa che sia) attiene alle specialità erogabili a carico totale o parziale del Servizio sanitario nazionale; e, si noti, non come *effetto* della classificazione di un medicinale in una delle classi di rimborso, ma come *condizione* per l'inclusione in una di quelle classi; in un primo tempo, il prezzo medio europeo è «limite del rimborso» (v. delibera CIPE 16 marzo 1994, punto 1 (c) e art. 3.2 d.l. n. 390/1995 conv. dalla l. n. 490/1995); in seguito, il prezzo medio europeo o quello «uguale per farmaco uguale», o ancora, poi, quello «contrattato»<sup>7</sup>, sono «condizione per la classificazione» (d.l. n. 323/1996 conv. dalla l. n. 425/1996; l. n. 449/1997, art. 36.8; art. 1.41 l. n. 662/1996, che esprime il concetto in termini di vera e propria «cessione al Servizio sanitario nazionale»); è insomma l'acquirente che, in modo espresso, si fa anche regolatore del prezzo. La legislazione più recente in materia di prezzo dei medicinali non più coperti da brevetto (art. 85 l. n. 388/2000 e art. 7 d.l. n. 347/2001 conv. dalla l. n. 405/2001) torna invece, con maggiore chiarezza ed efficacia rispetto alle norme degli anni 1994 e 1995, ad indicare il prezzo disciplinato come limite per il rimborso, chiaramente disponendo che l'eccedenza è a carico del consumatore.

Ciò che si sorveglia o si contratta, dunque, non è il prezzo di un bene; è il costo che il Servizio sanitario nazionale è disposto a sopportare per l'erogazione del medicinale.

Il regime di sorveglianza del prezzo e la procedura di contrattazione sono sub-procedimenti del procedimento di classificazione del medicinale (mentre nel regime di amministrazione il procedimento relativo al prezzo era parte del procedimento di autorizzazione).

La classificazione ai fini dell'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale è tuttavia un atto che rimane nella discrezionalità tecnica della pubblica amministrazione<sup>8</sup> e non può escludersi, in linea di principio, anzi, la legislazione espressamente l'ha prevista, una classificazione in «a» per specialità il cui prezzo sia superiore a quello medio europeo o per le quali sia fallita la contrattazione.

La conseguenza non potrà essere una determinazione autoritativa del prezzo, ma solo una determinazione autoritativa del costo massimo rimborsabile. Ovvio che tale evento potrà avere delle conseguenze sulla determinazione del prezzo; ma, in linea di principio, mi sembra che il sistema attuale non consenta conclusioni diverse: il prezzo è una grandezza sulla cui determinazione non sussistono vincoli; questi sussistono invece per

---

<sup>7</sup> Il procedimento di «contrattazione» dei prezzi, riservato ai medicinali oggetto di autorizzazione ottenuta con procedure comunitarie anziché nazionali è stato introdotto dall'art. 1.41 della l. n. 662/1996, la cui efficacia è stata prorogata da ultimo con il d.l. n. 8/2002. Esso è disciplinato ora dalla Delibera CIPE 1 febbraio 2001 (in *Gazz. uff.* 28 marzo 2001). Un analogo procedimento di contrattazione si applica anche ai medicinali per i quali non è possibile determinare il prezzo medio europeo (la procedura relativa è disciplinata dal d.m. 17 luglio 1998, in *Gazz. uff.* 26 ottobre 1998).

<sup>8</sup> Cfr. Cons St., IV, 15 luglio 1999, n. 1249, in *Rass. dir. farm.*, 2000, 509.

la «cessione» al Servizio sanitario nazionale (art. 1.41 l. n. 662/1996), attraverso un sistema di limitazione (in base al prezzo medio europeo o ad altri parametri di confronto e riferimento) del costo di rimborso o attraverso un sistema di contrattazione.

La contrattazione del prezzo di rimborso, ad onta del linguaggio normativo, che la riferisce alla «cessione» del medicinale da parte del produttore al Servizio sanitario nazionale, non può essere valutata alla stregua della fattispecie considerata dall'art. 1321 cod. civ. Si tratta invece di quel modo di produzione degli atti amministrativi (nel caso la classificazione del medicinale tra quelli posti a carico del Servizio sanitario nazionale) mediante «contratto di diritto pubblico», inaugurato dalla legge tedesca sul procedimento amministrativo del 25 marzo 1976 e ripreso dall'art. 11 della l. n. 241/1990, il quale purtuttavia richiama i principi del codice civile in tema di obbligazioni contrattuali. È con tale disposizione, dunque, la quale fissa il principio dell'indennizzo, che va considerata la legittimità di quelle disposizioni della delibera CIPE 1 febbraio 2001 che prevedono forme di modifica unilaterale o di recesso dal «contratto» da parte dell'amministrazione.

6. - Una norma che indichi il soggetto al quale appartiene la determinazione del prezzo al pubblico<sup>9</sup> e, perciò, il destinatario dei provvedimenti di sorveglianza ed il legittimato alla «contrattazione» v'è, in maniera espressa, solo per le specialità non a carico del servizio sanitario nazionale, ed è l'art. 1.2 del d.l. n. 390/1995, conv. dalla l. n. 490/1995, secondo il quale i prezzi dei farmaci di cui alla lettera c) dell'art. 8.10 della l. n. 537/1973 sono liberamente determinati dalle «imprese produttrici» e sono unici su tutto il territorio nazionale. Sono poi state introdotte, anche per questi medicinali, delle forme di sorveglianza (l. n. 446/1997, art. 36.12) consistenti nella comunicazione al CIPE, nella previsione di possibili iniziative ministeriali dirette a impedire aumenti ingiustificati, nella limitazione ad una frequenza annuale degli aumenti, benché la l. n. 388/2000 stabilisca (art. 85.24) la definizione di «meccanismi concorrenziali<sup>10</sup>».

Allargando il discorso a tutte le specialità, la fissazione del prezzo da parte del «produttore» e la sua unicità su tutto il territorio nazionale è curiosamente affidata solo a norme indirette: il divieto, per il farmacista, di vendere specialità medicinali ad un prezzo diverso da quello segnato sull'etichetta (art. 125 t.u. leggi sanitarie), combinata con la disposizione che prevede, come contenuto obbligatorio dell'etichetta, il prezzo del medicinale (art. 2 d. lgs. n. 540/1992).

Pare comunque legittima la conclusione che il prezzo al pubblico sia una grandezza la cui determinazione appartiene al «produttore», intendendo per tale non un soggetto, ma la fase anteriore alla distribuzione intermedia. In tale area possono operare più soggetti (produttore vero e proprio, importatore, titolare di diritti di

---

<sup>9</sup> Come avviene per i libri, v. l. 7 marzo 2001, n. 62, art. 11.

<sup>10</sup> Sono numerosi gli interventi dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato che riguardano direttamente o indirettamente la materia dei prezzi dei medicinali; senza pretesa di completezza, si ricordano: indagine conoscitiva sul settore farmaceutico avviata il 2 settembre 1994 e conclusa con provv. n. 5486 del 6 novembre 1997 (in *Boll. AGCM* n. 9/1998); segnalazione 25 ottobre 1995 sull'introduzione e lo sviluppo dei farmaci generici (in *Boll. AGCM* n. 41/1995); segnalazione 2 aprile 1998 in materia di determinazione del prezzo dei farmaci, in (*Boll. AGCM* n. 12/1998); provv. n. 6273/1998 in merito al codice di autoregolamentazione di Assosalute, in (*Boll. AGCM* n. 31/1998); provv. n. 7807 del 7 dicembre 1999 (in *Boll. AGCM* n. 49/1999) in merito al codice di autoregolamentazione di Farmindustria. Numerosi infine i provvedimenti sanzionatori a carico di imprese farmaceutiche a causa di intese vietate aventi come effetto il coordinamento di politiche di prezzo.

proprietà industriale, suoi licenziatari, ivi inclusi co-marketers di specialità uguali, di origine comune, distinte solo dal marchio<sup>11</sup>).

Vi è poi da chiedersi se il produttore sia l'unico legittimato ai vari procedimenti o non si debba piuttosto pensare ad una legittimazione ad intervenire, anche in forza della l. n. 241/1990, di quei soggetti, portatori di interessi diffusi ai quali la l. n. 28/1998, sulla disciplina dei diritti dei consumatori e degli utenti, attribuisce addirittura una legittimazione ad agire a tutela degli interessi collettivi (tra i quali è espressamente prevista la tutela della salute).

7. - Risalendo alle fasi anteriori a quella dove il prezzo al pubblico, benché determinato dal produttore, viene praticato, risalendo cioè alle fasi anteriori a quelle dell'erogazione del medicinale da parte del farmacista, non troviamo una disciplina del prezzo, ma dei margini di utile. Il margine minimo del 25 per cento sul prezzo di vendita al pubblico, da lasciare al farmacista per effetto degli art. 9 e 31 del r.d. n. 478/1927 è stato travolto dall'abrogazione espressa contenuta nel d. lgs. n. 178/1991, art. 26.5(b); non così certa può essere l'abrogazione del d.c.g. n. 1757/1938 (Accordo economico collettivo per la disciplina della vendita delle specialità medicinali), che stabilisce uno sconto (salvo limitate deroghe stabilite dallo stesso accordo economico) del 28% a favore dei farmacisti e del 34% a favore dei grossisti sul prezzo al pubblico al lordo dell'allora vigente tassa di scambio. Il decreto, emanato in base all'ordinamento corporativo dell'epoca, è stato conservato in via transitoria dalla norma generale dell'art. 43 del d. lgs. lgt. n. 369/1944; la sua abrogazione deve considerarsi fondata sull'incompatibilità con tutta la successiva disciplina dei prezzi delle specialità medicinali, che riproduce i margini 25% - 8%, ma in un quadro profondamente mutato, che è stato da ultimo comunque travolto dalla cessazione del regime di amministrazione dei prezzi, operato dalla l. n. 537/1993.

Per le sole specialità a carico del Servizio sanitario nazionale l'art. 1 comma 40 della l. n. 662/1996 stabilisce delle «quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico» rispettivamente per le «aziende farmaceutiche», per i grossisti e per i farmacisti (salvo, per questi ultimi, uno sconto obbligatorio all'atto del pagamento da parte del Servizio sanitario nazionale). Tali quote di partecipazione variano in modo scalare per le specialità soggette al regime di contrattazione secondo la delibera CIPE del 1 febbraio 2001.

In tale quadro si è inserito il d.l. n. 347/2001, conv. dalla l. n. 405/2001, il quale ha previsto forme variegata di regolamentazione del prezzo di rimborso ed esperimenti di prezzi di riferimento o di riduzioni del prezzo a fronte di aumenti del fatturato, oltre che possibili forme di acquisto e distribuzione diverse da quelle oggi comunemente praticate (come la distribuzione diretta o attraverso farmacie convenzionate dei farmaci acquistati direttamente presso le imprese produttrici).

Non solo, ma questo decreto ha imposto alle amministrazioni sanitarie l'adesione alle modalità di acquisto centralizzate su base convenzionale introdotte dall'art. 26 della l. n. 488/1999 e art. 59 della l. n. 388/2000.

Credo sia legittimo porre la questione se, via via che avranno attuazione, per effetto di questa riforma economico sociale della Repubblica, come il decreto si autoproclama, i servizi sanitari regionali, lo «sconto ospedaliero», istituito nel 1974, vale a dire in un regime di prezzo e di erogazione dell'assistenza ormai superato (e più volte superato) abbia ancora ragione di essere considerato vigente, o non sia piuttosto

---

<sup>11</sup> Sul «co-marketing» ci permettiamo di rinviare al nostro *Un riesame critico del co-marketing farmaceutico*, in *Rass. dir. farm.*, 2000, 718.

incompatibile con regimi di acquisto centralizzati ed addirittura destinati ad erogazioni dirette dei medicinali da parte delle strutture sanitarie acquirenti.

Carlo Piria