

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

XIV

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 7 LUGLIO 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE MARIAPIA GARAVAGLIA, IN ORDINE AI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, DI RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, NONCHÉ ALLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO HA ALLO STUDIO E INTENDE PRENDERE PER APPORTARVI MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	365, 374, 381
Beebe Tarantelli Carole Jane (gruppo PDS)	376, 377
Castellaneta Sergio (gruppo della lega nord)	369, 378
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	375
Delfino Teresio (gruppo DC)	377, 378
Di Laura Frattura Fernando (gruppo DC)	366
Garavaglia Mariapia, <i>Ministro della sanità</i>	366, 369, 374, 377, 379, 380
Giannotti Vasco (gruppo PDS)	373, 374
Petrini Pierluigi (gruppo della lega nord)	378
Poggiolini Danilo (gruppo repubblicano)	366, 380
Provera Fiorello (gruppo della lega nord)	369, 379, 380
Sestero Gianotti Maria Grazia (gruppo rifondazione comunista)	365
Tuffi Paolo (gruppo DC)	366
Sulla pubblicità dei lavori:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	365

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 16,20.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Informo la Commissione che l'onorevole Marco Pannella ha chiesto, a nome del gruppo federalista europeo, che la pubblicità della seduta sia assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni.

MARIA GRAZIA SESTERO GIANOTTI. Desidero svolgere un'osservazione procedu-

rale, poiché una cosa è parlare dei ticket e altra cosa è prendere in esame un progetto di legge.

Nella seduta del 10 giugno scorso erano rimaste in sospeso alcune questioni; il ministro aveva relazionato sulle sue intenzioni di apportare modifiche al decreto legislativo n. 502 del 1992, erano state avanzate richieste rispetto ad alcuni aspetti che non erano stati toccati o che dovevano essere approfonditi.

Ritengo che oggi sarebbe opportuno iniziare da un dato di fatto: vi è un'urgenza in seguito alla catastrofe abbattutasi — non so se annunciata o meno — che riguarda tutta la questione dei farmaci e del prontuario farmaceutico; ad essa è collegato — e non potrebbe essere diversamente — il problema della contribuzione della spesa sanitaria; dagli abusi e dagli sprechi era nata anche la scelta compiuta dall'ex ministro De Lorenzo rispetto ai bollini, alla spesa per il medico e via dicendo.

Abbiamo letto sui giornali dichiarazioni rese in momenti successivi ed anche un po' diverse sul problema dei ticket e delle contribuzioni.

Credo che potremmo partire da qui. Dichiarazioni meno recenti affrontavano il tema del decreto legislativo n. 502 « in amministrazione ordinaria »; subentra ora un'emergenza che ha indotto il ministro a correggere alcune affermazioni precedenti e a individuare interventi più radicali per affrontare il problema.

Chiederei dunque che, rimanendo all'interno del confronto precedentemente svolto, si dia priorità a questo aspetto, cui si collega la proposta di legge presentata dal gruppo del PDS concernente la soppressione dei ticket; i suoi presentatori

potranno intervenire entrando nel merito, senza per questo procedere all'esame formale del provvedimento.

Sarei per esempio interessata a sapere che cosa il ministro ritenga si possa fare subito e a più lunga scadenza sulla « partita » dei farmaci, della contribuzione, dei ticket e via dicendo.

DANILO POGGIOLINI. Le ragioni per cui ero intenzionato a non prendere la parola, unitamente ad altri colleghi, nascono dalla volontà di non sviluppare — come troppo spesso è accaduto in passato — discorsi generali sui problemi della sanità, di non dilungarmi in critiche tra l'altro facilissime, affrontando invece in modo concreto le questioni, cercando di conoscere l'opinione del Governo, anche alla luce degli ultimi avvenimenti, su argomenti come quello concernente i farmaci, l'abolizione o meno del prontuario, la soppressione di certe commissioni, la contribuzione, i ticket, i bollini, nonché il decreto legislativo.

Sono stati puntualmente presentati i decreti che il ministro aveva promesso; già si parla — immagino che a questo punto sia in fase avanzata di elaborazione — della modifica del decreto legislativo n. 502, per cui se il ministro ci dicesse qualcosa in proposito, potremmo intervenire.

FERNANDO DI LAURA FRATTURA. Poiché con tutte queste modifiche poco o niente si riesce ad afferrare, vorrei sapere che fine facciano i termini fissati dal decreto legislativo n. 502 con riferimento agli ambiti territoriali delle USL, alla nomina dei segretari generali e via dicendo (in molti casi la data fissata era quella del 30 giugno).

PAOLO TUFFI. Credo sia opportuno evitare lunghi interventi ed ascoltare il ministro. Tuttavia, dal momento che è stato posto il problema dei farmaci unitamente ad altre questioni, vorrei sapere se vi sia l'intenzione di rivedere oltre al prontuario farmaceutico anche le modalità di accesso alla sperimentazione dei farmaci precedente la loro commercializza-

zione. Credo che il problema sia importante e che venga affrontato in altre nazioni in modo molto più rigoroso; penso per esempio alle normative vigenti in America.

Mi chiedo poi se non sia il caso di privilegiare la ricerca, l'industria che se ne occupa e produce quindi molecole efficaci dal punto di vista terapeutico. Purtroppo, in Italia assistiamo ad un fenomeno di ripetizione di farmaci; negli ultimi decenni sono proliferate industrie che alla fine si limitano solo a fare assemblaggio, comprando polveri e molecole, soprattutto nel campo degli antibiotici. Anche da questo punto di vista, il numero dei farmaci immessi nel mercato, a mio avviso, potrebbe essere molto sfolto. Le associazioni di antibiotici spesso sono molto simili e vengono immesse sul mercato da industrie farmaceutiche che non fanno certamente ricerca ma soltanto assemblaggio.

In conclusione non posso non sottolineare l'estrema importanza di una normativa che, anche a livello comunitario, disciplini la sperimentazione e la commercializzazione dei farmaci. Da questo punto di vista ritengo che la normativa americana sia molto più seria e approfondita. Da noi vengono commercializzati farmaci e molecole, la cui autorizzazione incontra notevoli difficoltà in altre parti del mondo, soprattutto in America. A ben vedere anche questo è un aspetto importante di cui dovremo tener conto.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Inizierò il mio intervento soffermandomi sul decreto legislativo n. 502 del 1992. Oggi pomeriggio con l'incontro dei rappresentanti dei sindacati confederali del comparto sanitario ritengo di aver concluso le consultazioni programmate (esperti, categorie, comitati e tutti quei soggetti che avevano dei rilievi da fare a proposito di questo decreto legislativo). I primi che ho contattato sono stati gli assessori regionali; successivamente ho incontrato i rappresentanti del comitato promotore del referendum, delle associazioni dei medici, dei cittadini e dei sindacati. Le modifiche del decreto legislativo in que-

stione hanno riguardato pochissimi punti anche perché di diversi aspetti emersi in sede parlamentare non ha tenuto conto il precedente Governo. C'è da dire, tuttavia, che molte parti strutturali di questo decreto non erano state modificate né dai due rami del Parlamento, né dalle regioni, né dal Governo. La conseguenza che ne ho tratto, dunque, è che quelle parti su cui nessuno ha avuto da ridire qualcosa, si sarebbero dovute considerare acquisite. Mentre le parti che sono state ritenute dal Parlamento meritevoli di modifica o sottoposte, su iniziativa delle regioni, al giudizio della Corte costituzionale o per le quali è stato richiesto un referendum abrogativo (il quale non è detto che alla fine non si tenga perché non è certo che la nuova normativa correttiva del decreto legislativo in questione soddisfi pienamente le esigenze di coloro che hanno raccolto 774 mila firme per il referendum) sono state tenute da me ben presenti nella predisposizione del nuovo decreto. Salvo imprevisti, mi riprometto, nella giornata di domani, di consegnare, in via ufficiosa e almeno ai capigruppo delle forze politiche dei due rami del Parlamento, il testo del nuovo decreto, che mi riservo di presentare formalmente al Consiglio dei ministri che si riunirà la prossima settimana. In questo modo potrò ancora recepire eventuali altre osservazioni. Una volta approvato dal Consiglio dei ministri, le Commissioni parlamentari competenti esprimeranno sul testo del decreto il prescritto parere.

Premesso che il termine ultimo è quello del 31 dicembre 1993, ritengo che se insieme al nuovo decreto legislativo potesse essere varato il nuovo piano sanitario nazionale (che tra un paio di giorni le forze politiche potranno conoscere) sarebbe possibile portare avanti una manovra di più ampio respiro e più strutturale, in quanto si verrebbe ad attuare un legame tra ciò che è di competenza esclusivamente regionale e ciò che è rimasto di competenza nazionale, inteso questo come momento di indirizzo e di coordinamento di carattere istituzionale.

Nel decreto legislativo modificato sarà completato il disegno istituzionale secondo

il quale le regioni saranno titolari dell'organizzazione, della gestione e del controllo, potranno ottenere finanziamenti per le unità sanitarie locali su quota capitaria e senza vincoli di destinazione. Le regioni saranno anche responsabili della identificazione delle diverse priorità e della individuazione di quei settori nei cui confronti bisognerà intervenire con maggiore o minor peso finanziario.

Nel nuovo testo normativo viene accuratamente ridisegnata la aziendalizzazione, con riferimento agli articoli 23 e 25 della legge n. 142 del 1990. Una conferma, questa, che ho avuto alcuni giorni fa dall'assemblea dell'ANCI, che cercando di valorizzare il ruolo delle comunità locali e in particolare dei sindaci nella veste di controllori del momento delle erogazioni degli stanziamenti per le prestazioni mediche, ha sottolineato come la gestione aziendale della sanità non si debba identificare con la difesa di interessi locali. Se infatti le unità sanitarie locali verranno davvero « zonizzate » in maniera che diventino più ampie ed integrino maggiormente i servizi territoriali ed ospedalieri, evidentemente saranno tante le comunità locali e quindi i sindaci coinvolti. Ma in questo modo si potrebbero avere organismi pleorici di difficile gestione in base all'esperienza maturata da alcune regioni, attraverso l'istituzione di consorzi e comprensori. Quando in una unità sanitaria locale ad essere coinvolti, per esempio, sono 140 sindaci è evidente che si creano oggettivi problemi di funzionalità e di ritardo anziché di incentivazione delle diverse forme di intervento nel sistema sanitario.

Sotto tale profilo anche la contabilità che viene affidata a questi organi è di tipo aziendale e fa riferimento al codice civile e alle direttive europee.

Se riusciremo ad essere sempre più europei utilizzando procedure nelle quali poi i cittadini, ai sensi della legge n. 241 del 1990, possano inserire fisicamente la loro capacità di controllo sarà tanto meglio. Le difficoltà della trasparenza sono legate di solito a procedure farraginose: quanto più l'ordinamento è generale tanto

maggiore è l'unicità di interventi laddove si dovesse instaurare un contenzioso.

Un grave problema che questa Camera aveva affrontato e che comunque è stato individuato come tale da chi sostiene l'abrogazione del decreto legislativo n. 502 riguarda l'articolo 9, ossia il famoso modo di interpretare la mutua, la cui attivazione era prevista a partire dal 1° gennaio 1995. In realtà non si tratta di una mutua, ma della costituzione di gruppi che, impossessandosi di quote capitarie, di fatto andavano ad indebolire il finanziamento del sistema sanitario nazionale; essi creavano certamente capacità di acquisto, ma indebolivano fasce sociali le quali mai si sarebbero strutturate secondo tale modello: immaginate i malati cronici o gli anziani che si impossessano della quota capitaria e diventano gestori di una fetta di sistema!

Interpretando quanto detto da questa Commissione, onorevole Giannotti, sia nel disegno di legge, sia nel progetto di iniziativa popolare — che poi è stato assunto da alcuni senatori, per cui di fatto è diventato d'iniziativa parlamentare — la previsione di cui all'articolo 9 è stata sostituita da mutue integrative. Esse hanno il significato di far interloquire il mercato con il sistema pubblico, di fare in modo che, essendovi un terzo pagante, sia pure di prestazioni integrative aggiuntive, questi diventi un controllore anche della qualità, del prezzo, nonché un calmieratore; chi integra, infatti, eroga meglio e a minor costo di chi dà l'essenziale, favorisce cioè un rapporto di vera concorrenzialità. Pertanto, sia all'interno del pubblico, sia tra pubblico e privato, questo tipo di mercato privato può servire anche come distribuzione di reddito, perché categorie intere possono inserire tali mutue integrative nella trattativa salariale e contrattuale.

Altri problemi toccati in questa Commissione, e su cui avevano insistito alcuni sindacati medici affinché venissero compresi nella parte di cui si sollecitava l'abrogazione attraverso la raccolta delle firme, riguardano gli articoli 8 e 17.

Il primo prevede una convenzione unica per tutti i medici. Poiché penso che le loro

specificità vadano salvaguardate e poiché abbiamo difficoltà oggettive ad ampliare piante organiche e ad indirizzare dal centro iniziative di carattere regionale, viene affidata alla programmazione regionale la capacità, a seguito delle opzioni dei medici, di inserirli in un rapporto d'impiego o di mantenere le convenzioni ad esaurimento.

In merito agli assistenti, sono solita ripetere che affinché finisca un regime e ne incominci un altro occorre liberarsi delle zavorre e delle code che creano anche difficoltà contrattuali. Poiché la laurea in medicina è stata individuata come titolo che fa accedere alla dirigenza — di modo che i medici sono tutti per definizione dirigenti, ma hanno due livelli di dirigenza, di cui il II è quello dell'organizzazione, della gestione (l'ex primario, per intenderci) e l'altro è quello degli attuali aiuti — introducendosi nel Sistema sanitario nazionale il percorso formativo e la specializzazione, avremmo nei reparti: l'XI livello (ex primari), gli aiuti, gli specializzandi in formazione e questa fascia di assistenti, che francamente non sono di nessuno. Sono persone comunque inserite, nel senso che in questo momento occupano caselle e fanno assistenza.

Come possiamo, senza tradire il decreto legislativo n. 29 del 1993 sulla dirigenza ormai in vigore, senza tradire il regionalismo — non come ideologia, ma come capacità attuativa del servizio sanitario — sistemare queste persone?

Poiché credo vi sia una differenza tra avere vent'anni di esperienza come assistente ed essere appena arrivato, ho pensato di proporre uno schema, che probabilmente cozzerà con l'impostazione del Dipartimento per la funzione pubblica (non sono infatti così sicura che la cosa sia pacifica). Avrò bisogno, sempre che la mia proposta sia condivisa, del sostegno parlamentare, che comunque arriverà dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri in quanto domani riceverete informalmente il documento, mentre ufficialmente lo avrete quando il Consiglio dei ministri avrà dato il via allo schema del decreto correttivo.

Secondo tale impostazione l'XI livello dei primari è acquisito e lo è anche quello degli aiuti. Gli assistenti sono invece in una casella di cui cambia l'etichetta, ma non la funzione. Se infatti dico che essi occupano solo i posti vacanti diventando di XI livello, può accadere poi che tutti i posti vacanti vengano occupati con i concorsi, per cui persone esterne che non hanno nemmeno cinque o dieci anni di lavoro vanno ad occupare il posto di diritto; al contrario, chi sta lavorando e pensava ad una diversa carriera, non ha più la possibilità di percorrere la carriera di assistente, aiuto o primario.

Ritengo di poter proporre al Dipartimento per la funzione pubblica che il IX e il X livello vengano rivisti dalla regione trasformando la pianta organica, di modo che i posti già occupati rimangano tali. Quando verrà attivato il nuovo regime e vi sarà il nuovo contratto vedremo in termini sostanziosi — e non sostanziali — in quale modo agire affinché, man mano che maturino le condizioni, queste vengano riconosciute: cinque anni e specializzazione o dieci anni almeno, a domanda. Non arrivano tutti in una volta, ma man mano che hanno maturato le condizioni per poter chiedere di entrare a far parte di questa fascia di I livello dirigente.

IORELLO PROVERA. Quando si farà il contratto ?

MARIAPIA GARAVAGLIA, Ministro della sanità. Lo faremo, non solo perché è doveroso, ma anche perché siamo costretti a farlo.

Si consideri che i dirigenti di I livello e quelli di II livello appartengono tutti all'XI livello. Questo purtroppo è un dato che prescinde da noi. Chi parla è la persona meno soddisfatta di questa divisione in due livelli della dirigenza; non certo per romanticismo preferivo la suddivisione in assistente, aiuto e primario. Non sono molto favorevole a questi due livelli di dirigenza, ma il Parlamento li ha approvati e adesso devo lavorare su tale base.

L'unico rischio è quello che persone in servizio che potrebbero non essere mai sistemate.

SERGIO CASTELLANETA. Perché ?

MARIAPIA GARAVAGLIA, Ministro della sanità. Se non si fa in modo che chi già lavora in quella struttura abbia la possibilità di rimanervi, potrebbe venire spostato da uno che vince il concorso, anche se lavora da dieci, quindici o vent'anni. Non è colpa mia se avete deciso che i medici come laureati siano considerati dirigenti ! Il dirigente che coordina, e che dirige appartiene al II livello, quello che gestisce se stesso, è responsabile in toto di quello che fa, non è subordinato a nessun altro e appartiene al I livello. Ne prendo atto ! Purtroppo è così e lo sto dicendo ai medici. Mi sarebbe piaciuto un diverso modo di articolare il reparto soprattutto ospedaliero. È già molto ardua questa interpretazione di non perdere alcuno per strada, ma in ogni caso se voi siete in grado di inventarne una migliore ed accettabile con riferimento al decreto legislativo n. 29 del 1993, io ne sarò felicissima. Del resto non posso non rilevare come quest'ultimo decreto mi abbia messo in grave difficoltà con il Ministero per la funzione pubblica, il quale non è favorevole ad alcun automatismo e a che si tengano dei concorsi riservati. Ma è evidente che, senza automatismi e senza concorsi di questo tipo bisogna essere... proprio bravi ! Se voi comunque troverete una diversa soluzione del problema sarò lieta di sottoscriverla. Vi ho già detto che con il fatto di prevedere di occupare gli stessi posti con le stesse persone ma senza differenziazioni e spese aggiuntive, a me sembrava di conseguire una certa equità, nell'attesa di quelle condizioni idonee a far scattare il meccanismo che conosciamo.

All'onorevole Di Laura Frattura vorrei rispondere che poiché nove regioni hanno fatto ricorso alla Corte costituzionale non vi sarebbe alcun ministro (soprattutto il ministro Paladin) che mi consentirebbe di esercitare un potere sostitutivo. Nove regioni che ricorrono sono altrettante regioni che attendono che la Corte dia loro ragione, mentre noi abbiamo magari la speranza di precedere il giudizio della Corte provvedendo alle rettifiche necessarie.

Aggiungo che vi sono regioni — che voi conoscete meglio di me — non ancora ben assestate dal punto di vista istituzionale. Molte di esse, più di quanto io pensassi (compresa la Sicilia), hanno provveduto a fare gli « azzonamenti ». La Lombardia — una regione che ben conosco — vi provvederà nel corso dell'odierno consiglio regionale, però fino a quando non si sarà pronunciata la Corte costituzionale o il Parlamento non avrà approvato il decreto correttivo, è difficile compiere un'operazione diciamo ispettiva nei confronti delle regioni per accertare se esse abbiano rispettato regole la cui applicazione, peraltro, è stata sospesa a diversi livelli istituzionali. Le uniche scadenze che ho rispettato — gradite o meno che fossero — sono quelle riguardanti settori di mia competenza.

Il decreto legislativo n. 502 prevede come obbligatoria la presentazione entro il 30 luglio del piano sanitario nazionale. Ma tale decreto prevede anche che il relativo finanziamento è parte del fondo sanitario, non si tratta cioè di un finanziamento aggiuntivo. Personalmente ho cercato di rendere tale piano compatibile con la manovra finanziaria che verrà presentata in Parlamento e sulla quale mi soffermerò tra breve a partire dall'aspetto attinente alla difficoltà oggettiva in cui si trova la sanità come sistema, a causa di fatti delittuosi di inaudita gravità.

Chi in questi anni aveva dei sospetti avrebbe dovuto denunciarli. Scopro adesso che tutti sanno tutto! Del resto tutti coloro che sapevano avevano gli strumenti necessari per denunciare tale situazione; arrivo al punto di dire che avrebbero potuto addirittura ricorrere a delle denunce anonime. È inaudito che si scandalizzino oggi coloro che ritengono di aver subito dei danni, perché essi non hanno reagito. Avrebbero potuto benissimo scrivere una lettera al procuratore della Repubblica. In un anno in cui gli italiani sono stati impegnati seriamente dal fisco con il controllo delle prestazioni, è emersa anche questa malasania. Mai come in questo caso è stata così opportuna tale espressione! Spesso si parla, in termini

generali, di malasania specialmente quando muore qualcuno dopo essere stato ricoverato in un ospedale e questo mi preoccupa anche perché segnalare simili episodi contribuisce a far allontanare la gente dal sistema sanitario nazionale. Il fenomeno delle mazzette pagate per i farmaci e per gli interventi di prevenzione dell'AIDS hanno evidenziato la corruzione e l'avidità di cittadini, di funzionari e di politici.

Ricorrerei ad un argomento vincente e demagogico se dicessi che il ministro attualmente in carica, quasi volesse « salvarsi l'anima », dovrebbe abbassare tutti i prezzi dei farmaci. Per un'operazione del genere bisognerebbe innanzi tutto sapere quali farmaci hanno « subito » la mazzetta e a quanto ammonti l'aumento del loro prezzo. Attualmente stiamo comunque riducendo i prezzi di tutti i farmaci con una percentuale oscillante tra il 2,5 e il 4,5. Si tratta di un *range* di non poco conto. Bisognerebbe poi riuscire a sapere quali siano stati i farmaci che hanno ottenuto un sicuro vantaggio. Tra l'altro, in questi anni, ci sono stati alcuni farmaci di notevolissimo valore terapeutico; mi riferisco, per esempio, a quelli per la cura dell'infarto, sulla cui utilità credo sia assolutamente superfluo soffermarsi. Ebbene, come potrei abbassare ulteriormente e in maniera generalizzata il prezzo dei farmaci quando occorrerebbe tenere in considerazione anche una serie di fatti sociali che si verrebbero a determinare? Ci troviamo infatti dinanzi ad aziende che licenziano 1.500 suoi dipendenti o li mettono in mobilità perché alcuni dei farmaci prodotti spariranno dal mercato.

Il problema è che il nostro è un sistema-paese. Chi dà una indicazione deve farlo fino in fondo; chi afferma che sono 275 i farmaci necessari per gli italiani deve essere più preciso al riguardo e specificarli. Come ministro posso dire che non ho alcuna difficoltà ad emanare un apposito decreto qualora mi venga fornito un elenco preciso e firmato di questi farmaci. In quel caso i 275 farmaci saranno gratis per tutti! Se invece i medici vogliono avere la libertà di prescrivere in scienza e coscienza

gli stessi farmaci commercializzati in Francia, in Germania, in Gran Bretagna, in Danimarca e in Olanda, allora non possono neanche lontanamente concedersi simili affermazioni demagogiche perché ciò va contro gli interessi dei cittadini e non contro l'attuale sistema politico o contro il ministro della sanità! Si dovrebbe dire agli italiani che sono sufficienti i farmaci indicati e comperati direttamente dall'OMS. Ebbene quando avrò una simile certificazione — costi quel che costi, ivi compreso il rischio di un'eventuale chiusura di tutte le aziende italiane, perché in quel caso si salverebbero soltanto le multinazionali — emanerò un apposito decreto, in omaggio alla massima chiarezza e trasparenza.

Per ora posso dire che è assolutamente inaccettabile — chiedo scusa per questo mio sfogo — sentir dire che i farmaci necessari sono soltanto 275, quando le stesse molecole sono addirittura migliaia, evidentemente prima di arrivare ad un loro « sviluppo »! Ma chi ha un minimo di cultura sa che il numero delle molecole « sviluppate » è ben superiore a 275.

Poiché non mi è possibile informare direttamente 57 milioni di italiani penso che spetti a voi dire agli italiani come verranno curati. Del resto la terapia non è soltanto un problema di ordine finanziario ma anche di qualità della prestazione che verrà assicurata. Poiché ritengo che il prontuario farmaceutico, previsto dalla legge n. 833 sia stato « tradito » in quanto non è più possibile considerarlo uno strumento terapeutico ma appunto economico-finanziario, mi aspetto allora di sapere dai tecnici quanti sarebbero i farmaci ritenuti necessari. Quando saprò che sono 200 o 3 mila, per quanto mi riguarda, abolirò il prontuario farmaceutico. Chi adesso, credendo di sparare sempre più in alto per mettere il ministro in difficoltà, sostiene che il prontuario con un numero ridotto di farmaci è necessario, sta facendo il mistificatore; se il prontuario rimarrà, sarà sempre una gabbia affinché si prescrivano solo i farmaci in esso inclusi. Allora, voglio proprio vedere come reagiranno i prescrittori, i medici — tutti, sia di base che

specialisti — di fronte ad un elenco di farmaci disponibili per tutti gli europei! Voglio vedere chi saprà prescrivere i farmaci scegliendoli nella lista che li contiene tutti; allora li sceglierà per l'efficacia e spero anche per il costo. I medici sanno che nel repertorio è scritto il nome ed anche il costo, per cui non possono sostenere di non conoscerlo.

I cittadini italiani, per quel che mi riguarda, avranno l'esenzione solo per i farmaci salvavita (mi pare che in proposito non vi sia alcuna obiezione). Personalmente ritengo che vi siano fasce della vita di per sé stesse fragili, alcune anche per reddito: i bambini in età pediatrica lo sono anche sotto questo profilo perché non lavorano e non producono e tuttavia hanno bisogno di sanitari, di cure mediche e molto più spesso di prevenzione. Se voglio salvare la faccia del sistema sanitario nazionale, debbo puntare sul fatto che lo Stato non deve rinunciare mai alla prevenzione; può rinunciare, per alcuni, a prevedere prescrizioni terapeutiche gratuite — deve comunque predisporle — ma non può mai trascurare la prevenzione perché non è un fatto individuale, bensì sociale e comunitario.

Per quello che mi riguarda, un paese ad alto livello di civiltà deve proteggere, a carico della comunità, la fascia pediatrica e geriatrica. In questo modo in una famiglia si risolvono due grandi problemi, si supera anche la paura del futuro; da una rilevazione effettuata da una grande agenzia di sondaggi — quando si occupa di quelli politici è accreditatissima, spero che altrettanto lo sia rispetto a quelli sociali — risulta che la maggior parte degli anziani teme più che la solitudine, la mancanza della pensione e dei farmaci. Questo la dice lunga!

Gli anziani e i minorenni saranno completamente aiutati, per quello che mi riguarda, dallo Stato. A ciò vanno aggiunte le patologie croniche — una disgrazia che uno non cerca — che necessitano di cure continuative e, anche quando i farmaci non costassero tantissimo, la cura sarebbe troppo dispendiosa perché prolungata nel tempo.

Dunque, particolari patologie e fasce di età saranno certamente esentate. C'è comunque un problema di contabilità finanziaria, con il quale dovremo fare i conti. È difficile che le altre fasce di età abbiano bisogno, in un anno, di tanti farmaci. Ritengo che il medico di famiglia sia un presidio, per cui non credo che per la sua assistenza si debba essere costretti a pagare.

Se per l'intervento del medico non si deve pagare, se le due fasce importanti vengono rassicurate, oltre che assicurate, se le patologie croniche vengono tutelate dalla comunità, mi pare allora che gli altri cittadini possano contribuire con lo Stato affinché il bilancio della sanità sia compatibile con un'operazione di pulizia, di trasparenza e di governabilità dell'intera spesa pubblica.

Il prezzo dei farmaci — dopo aver redatto una loro lista — sarà libero; basta con i prezzi amministrati! Non ci saranno mazzette che tengano, non vi sarà un organismo burocratico che stabilirà i prezzi, perché ci penserà il mercato. Così fanno le grandi aziende in Germania e in Francia, per cui non vedo perché non si possa fare altrettanto in Italia. Credo che comunque complessivamente anche il costo dei farmaci a carico dello Stato per le fasce indicate, per le malattie che lo Stato esenterà, sarà destinato a diminuire.

La ricerca, onorevole Tuffi, è un grosso problema; riguarda il paese, non solo la sanità. Il metodo fin ora utilizzato per la fissazione dei prezzi includeva una formula automatica — ma anche le formule magiche possono essere manipolate — per cui per alcuni farmaci veniva indicato un quoziente applicato alla ricerca, che era particolarmente significativo se si trattava di ricerca fatta in Italia. In questa maniera le aziende italiane (compresa la multinazionale che avesse lavorato in Italia), assumendo personale e facendo anche circolare nel nostro paese dati della ricerca, potevano ricevere un beneficio. Evidentemente, questi meccanismi sono stati troppo automatici, senza contare che qualche volta il non esserlo troppo è colpevole e crea malversazioni; basta semplicemente

dilatare nel tempo una registrazione o la definizione di un prezzo, perché quello che arriva prima si impossessi del mercato e un altro si trovi di fronte ad un mercato già saturo.

Tutti questi meccanismi, nel momento in cui si fissano procedure amministrative, possono creare, se è vero il detto « fatta la legge trovato l'inganno », occasioni di manipolazione, per cui occorre evitare procedure e affidarsi al mercato, che quindi regolerà la ricerca. Se insieme ai colleghi dei Ministeri del lavoro, dell'industria, dell'università e della ricerca scientifica e delle finanze, riuscissimo a fare in modo che il reddito reinvestito nella ricerca — ma questo non vale solo per i farmaci — beneficiasse di detassazioni in una partita di giro che sia semplice — per cui non si paga la tassa, ma a questo punto non debbono intervenire altri provvedimenti con quello che ne potrebbe poi derivare sul piano delle procedure — allora forse (sapendo che dobbiamo anche considerare la creazione di nuovi posti di lavoro — e se si collocano nell'ambito della ricerca qualificano anche il nostro paese —) potremmo conseguire un risultato « laterale », a seguito di una riflessione approfondita su un settore che sta lasciando « l'amaro in bocca » a chi, avendo avuto la possibilità di realizzare una parziale riforma, vede che in questo momento il discredito è maggiore del credito che può realizzare per rendere la sanità amica degli italiani.

I direttori generali e tutti quelli che per un qualsiasi motivo potranno creare ulteriori occasioni di discredito sulla sanità verranno rimossi e sostituiti.

Disponevo di poco tempo per effettuare sostituzioni con personaggi di fama; se rimarrò in carica per un tempo ulteriore, andrò alla ricerca di quei personaggi che si stiano accreditando nell'opinione pubblica come capaci di risolvere i problemi della sanità. Cercherò direttori generali di quel tipo, ma prima voglio rifletterci. Ho sostituito gli inquisiti e gli incriminati nominando dei facenti funzione, affinché si sappia che si tratta di una misura transitoria, e vi sia la consapevolezza di una grande responsabilità. Dal momento che

anche la consultazione fa parte della trasparenza dei rapporti tra il ministro e tutte le persone che hanno qualcosa da dire, quando avrò esaurito questa importante fase formale — decreto legislativo n. 502, piano sanitario e legge finanziaria — affiderò ai commissari, anche se non sono tenuti ad aiutare il ministro, l'elaborazione dei regolamenti. Si aprirà in tal modo una fase volta a definire con certezza in che modo nominare il direttore dell'Istituto superiore della sanità, i direttori generali dei ministeri. Se infatti il titolo di direttore generale è « appiccicato » per tutta la vita, non è detto che questi debba svolgere per tutta la vita quella funzione.

Con gli strumenti del controllo parlamentare, con il dialogo tra Governo, Parlamento e le associazioni interessate potrebbero emergere suggerimenti che non è detto non possano essere accolti.

VASCO GIANNOTTI. Vorrei affrontare solo tre punti per evitare, come è stato detto giustamente prima, una discussione generale, senza volere intervenire sul decreto legislativo n. 502, visto che mi sembrerebbe prematuro farlo non disponendo ancora del testo.

Il ministro Garavaglia ci ha riferito con sofferenza e partecipazione delle sue difficoltà, e penso della struttura complessiva del suo ministero, di fronte al ciclone che si è abbattuto. Esso — si badi bene — segna un salto di qualità, almeno nella percezione dei cittadini, del fenomeno di Tangentopoli: fino ad oggi — penso per esempio allo scandalo nel campo dei lavori pubblici — il cittadino avvertiva, reagiva, ma il costo della ricaduta sul singolo era indiretto. Oggi, il cittadino è costretto a percepire quanto emerge come un « costo » diretto e continuato. Quando infatti un cittadino si reca in farmacia e paga il ticket per le medicine sa di dover pagare anche un prezzo per pregresse tangenti.

Signor ministro, di fronte ad un fatto di questa natura, che lede ulteriormente e drammaticamente quel poco che era rimasto di fiducia nel rapporto tra i cittadini e le istituzioni, sia il Governo che il Parlamento debbono dimostrare la propria sen-

sibilità lanciando un messaggio all'opinione pubblica per cercare di recuperarne un minimo di fiducia. Ebbene, signor ministro, le chiedo se non ritenga opportuno compiere degli atti che costituiscano una rottura ancora più forte e radicale verso il passato. Di questo c'è bisogno perché il Governo e, se mi è consentito, anche il Parlamento possano riacquistare credibilità.

Ho ascoltato con attenzione le considerazioni del ministro sui ticket. Esse vanno sicuramente nella giusta direzione, ma ritengo che l'eccezionalità della situazione — che è possibile cogliere andando tra la gente, particolarmente colpita non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello morale — impone al Parlamento di avere il coraggio di fare qualcosa di più. Intendo riferirmi alla necessità di arrivare ad un'abolizione integrale del sistema dei ticket. Non c'è dubbio che il criterio qui esposto dal ministro, quello cioè di prevedere una forma di tutela per la fascia pediatrica e quella geriatrica, rappresenta un passo in avanti molto importante; anzi, aggiungo che in una situazione di ordinaria amministrazione l'avrei considerato come un punto di qualità da prendere assolutamente in considerazione e da condividere. Sta di fatto che non ci troviamo in una situazione di ordinaria amministrazione, ma del tutto eccezionale. Il che consiglia sia al Parlamento che al Governo di compiere un ulteriore salto in avanti, ponendo cioè fine ad un sistema — quello dei ticket — che, come sappiamo, è stato l'anello che ha permesso — mi si consenta di usare questa espressione — la chiusura di un circuito perverso: il ministro prima autorizzava l'aumento del prezzo dei medicinali, successivamente aumentava i ticket, ed i cittadini, pagando i ticket, diventavano in qualche modo compartecipi di tale perverso sistema.

Fin quando esisterà il ticket, inteso come tariffa da pagare da parte dei cittadini, fin quando cioè non sarà battuto tale sistema, inevitabilmente il cittadino si troverà alle prese con un circuito perverso. Ebbene, proprio per il rispetto che dob-

biamo nei confronti dell'opinione pubblica e per tentare di recuperare anche quel rapporto di fiducia di cui ho poc'anzi parlato, il Governo dovrebbe avvertire il bisogno di compiere un radicale atto di rottura con il passato: l'abolizione del sistema dei ticket. A tale riguardo, vorrei anche aggiungere che a questo sistema siamo pervenuti in virtù della presenza di elementi di degenerazione, visto che all'inizio il ticket era sorto per esplicitare una funzione di « moderatore ».

Chiedo pertanto al ministro di riflettere su tale punto, rendendomi ben conto che in un momento successivo non potremo non discutere il modo per recuperare certe risorse.

Non so se rispondano a verità alcune notizie che in questi giorni vengono riportate dalla stampa. Se è vero, come sembra, che il Governo abbia sbagliato la previsione degli introiti finanziari, nel senso che le entrate sembrerebbero essere assai maggiori di quelle preventivate, allora si potrebbe ipotizzare una ricaduta positiva sul settore sanitario. Indubbiamente, il fatto che le entrate possano risultare superiori a quelle previste non lo considero certo un dato positivo, ma piuttosto il segno che il Governo non è neppure in grado di fare delle previsioni attendibili.

Una seconda questione attiene alla commissione unica del farmaco, nota come CUF. A tale riguardo, abbiamo apprezzato molto il decreto con il quale viene smantellato il vecchio CUF, istituendone uno nuovo. Ma lei, signor ministro, sa molto bene che, prima che tale organismo entri in funzione, passerà del tempo. Anche in questo caso, per dare un ulteriore segnale di rottura verso il passato si può fare di più. Non considero adeguata la misura da lei adottata (parlo delle nomine provvisorie), anche perché essa rimane comunque all'interno di una struttura fortemente delegittimata dai recenti eventi.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Perché delegittimata ?

VASCO GIANNOTTI. È la struttura delegittimata ! Nell'articolo di fondo di Sa-

verio Vertone sul *Il Corriere della sera* di ieri sono riportate considerazioni che francamente meriterebbero di essere tenute ben presenti. Saverio Vertone ha infatti affermato che la vera privatizzazione della sanità è stata quella operata dal ministro della sanità nei confronti del proprio dicastero.

Signor ministro, lei poi ci dovrà dire quale incidenza ha avuto questa penetrazione, anche perché nell'immaginario collettivo c'è la delegittimazione del ministro !

Un altro punto di rottura rispetto al passato potrebbe essere rappresentato dalla nomina di un commissario straordinario o di garanti che abbiano, per esempio, un mese di tempo per abolire il vecchio prontuario farmaceutico e predisporre uno nuovo. In proposito, la sua proposta, signor ministro, può anche essere condivisa, a patto però che vi sia — lo ribadisco — una radicale rottura con il passato.

La terza questione riguarda la liberalizzazione dei prezzi. Questa scelta va nella giusta direzione; però, signor ministro, da tale punto di vista ci vuole qualche elemento di tutela. È vero che in Francia vige la liberalizzazione dei prezzi, ma, se non vado errato, i medicinali acquistati da quel servizio sanitario nazionale — non so come si chiami in quel paese — si pagano al 50 per cento ! Si può adottare questo o altro criterio, che sarebbe anche calmieratore nei confronti delle imprese produttrici di medicinali: si potrebbe dire che ad identica efficacia è sempre da preferire il farmaco che costa meno. Sappiamo che negli anni passati vi è stata la tendenza opposta: a identica efficacia si è sempre « esaltato » il farmaco con il maggior prezzo, di cui magari veniva semplicemente cambiata l'etichetta.

Non basta la liberalizzazione; accanto ad essa occorre prevedere elementi di contenimento che preservino il momento pubblico quando ci si rivolge al mercato.

PRESIDENTE. Invito i colleghi a contenere i loro interventi nei limiti del possibile visto che alle 18 saremo impegnati con i lavori dell'Aula.

GIULIO CONTI. Ho ascoltato la parte relativa ai farmaci e al prontuario; ho anche presentato un'interrogazione con risposta in Commissione, che non so quando verrà calendarizzata.

Vorrei ribadire alcuni concetti espressi dal ministro ed avanzare talune proposte.

Anche io ritengo sia demagogico proporre l'individuazione di 275 o 400 farmaci queste sono le cifre, per altro già molto contraddittorie, che circolano. Ma ciò, oltre a non risolvere il problema di fondo, comporterebbe una grossa crisi dell'industria farmaceutica sul piano della produzione, della ricerca, della vendita, della commercializzazione e dei posti di lavoro. Non ci possiamo astrarre da questo discorso che è conseguente e molto importante, soprattutto in un momento di crisi come questo; moralizzare non significa fare demagogia. Condivido quindi il pensiero del ministro.

Sono d'accordo sull'abolizione del prontuario farmaceutico, facendo però salve le norme di garanzia di cui si è parlato, anche attraverso interviste rilasciate dal ministro Garavaglia, e che sono dettate anche dal buon senso comune. Credo che certe proposte siano state avanzate in passato anche da vari sindacati e categorie di medici.

La prima riguarda l'introduzione del brevetto sul farmaco. Il discorso è stato sviluppato decine e decine di volte anche in questa Commissione; ricordo che il ministro, anche quando sedeva in questi banchi come semplice deputato, non poteva non consentire in proposito. Il brevetto non serve solo a bloccare certe situazioni scandalose, come la vendita delle formule da un'azienda ad altre. In una prima fase accadeva in Italia che ogni formula fosse esclusiva di tre aziende: di quella che la produceva e la importava in Italia e di altre due privilegiate — i cui nomi è meglio non fare sebbene siano a tutti note — le quali si occupavano della vendita a prezzi esorbitanti; queste a loro volta, dopo un certo periodo di tempo, rivendevano la formula ad altre aziende fino ad arrivare a nove aziende produttrici. Credo che tale fenomeno scandaloso debba essere eliminato

con grande rapidità compatibilmente con i tempi tecnici, sulla cui durata non ho elementi per esprimermi. Si può prevedere che la formula, per un certo tempo, sia di proprietà esclusiva della ditta che l'ha prodotta e brevettata, avendo l'azienda diritto a un notevole guadagno per il rientro dei costi affrontati per gli investimenti e gli studi di ricerca. Successivamente la proprietà deve diventare libera, in un regime di libera concorrenza.

Non possiamo inoltre dimenticare che la ricerca scientifica, in Italia, è quasi assente in campo farmaceutico perché non è previsto il brevetto. Quale convenienza ha un'azienda privata a far compiere delle ricerche su una formula quando sa di poterla acquistare da una ditta straniera senza investire nulla? Quando addirittura si può impedire che un farmaco venga venduto in Italia o che venga venduto all'estero nonostante gli enormi finanziamenti per la sua produzione. Il farmaco prodotto da una azienda-madre verrebbe importato in Italia e venduto a più aziende. In realtà non esisterebbe la libertà di introdurre il farmaco in Italia senza un aprioristico accordo di vendita del medesimo farmaco con alcune aziende privilegiate.

In pratica un'azienda produttrice di una formula non potrebbe mettere in circolazione il relativo farmaco (cioè non potrebbe commercializzarlo) contemporaneamente sia in Francia che in Italia.

Si tratta di discorsi di fondo che, a mio avviso, investono l'interesse nazionale, non solo della vicenda relativa a « mani pulite », come è accaduto in questi giorni.

Sappiamo che in Italia spesso sono scoppiate delle guerre sulle formule; sono state sparse voci tendenziose — a volte vere, a volte non vere — su determinati farmaci la cui vendita doveva essere, a seconda dei casi, incentivata oppure disincentivata. L'ultimo caso riguarda la Fidia; non so fino a che punto sia valido in proposito il discorso sulla guerra tra aziende, sull'interesse di alcune aziende straniere a che questa ditta chiudesse e nello stesso tempo i suoi prodotti venissero venduti in Germania. Mi sembra che il ministero si debba fare carico di questo

discorso di fondo; sono circolati alcuni nomi a livello ministeriale e anche pubblico su personaggi che avrebbero « trescato » perché venisse vietata la produzione di questi farmaci, premendo dopo qualche giorno per ottenere la reintroduzione dei medesimi. Mi sembra che questa guerra lurida debba essere eliminata.

Un'altra richiesta si collega ad alcune considerazioni che ho prima ascoltato; essa può creare alcuni problemi ma è fattibile. Mi riferisco alla Commissione di indagine o di inchiesta in tema di prezzi praticati in Italia e in Europa su alcuni farmaci. All'interno di questa grande comunità dovrebbero vigere prezzi, se non uguali, almeno equivalenti. Cito alcuni esempi scandalosi: una capsula di Ranipril, un farmaco contro l'ipertensione, in Italia costa 2.494 lire, in Francia 1.105, ossia meno della metà; una compressa di Lisinopril, anch'esso un antiipertensivo, costa in Italia 2.146 lire, in Francia 1.115 lire; una compressa di un altro antiipertensivo, il Quinapril — sono farmaci di largo uso — costa in Italia 2.432 lire, in Francia 985 (stesso prodotto, stessa formula, stesso nome di commercio!). La medesima cosa avviene per la Pravastatina; in Italia una compressa costa 3.950 lire, in Francia 1.599. Tali differenze certamente sono frutto di scandalo. La Ranitidina — un farmaco conosciuto da tutti, utilizzato nella cura dell'ulcera dello stomaco, prodotto in Italia dalla Glaxo ed introdotto nel nostro paese con molto ritardo, nel 1981 per tutti i giochi di cui abbiamo prima parlato — viene venduto in confezioni di venti compresse, mentre in Francia da trenta; già questo è un meccanismo per introdurre un prezzo scandaloso. Una compressa di tale prodotto costa in Italia 1.865, mentre in Francia 1.059 lire. Potremmo continuare a iosa. Questi esempi indicano che vi era del marcio — com'è stato più volte segnalato — che però può essere bloccato.

Non dico di rivedere tutti i prezzi dei farmaci e di abbassarli globalmente del 20 per cento, perché sarebbe una cosa assurda. Ritengo tuttavia che il Ministero della sanità si potrebbe impegnare in una ricerca su alcune formule di largo uso farmaceutico da parte dei medici di base,

traendone delle conclusioni. Si potrebbero chiamare i ricercatori ed i produttori farmaceutici, fissando una percentuale di guadagno e conseguentemente riducendo i prezzi di farmacia. La domanda da porre è facile: per quale motivo lo stesso prodotto — stesso nome, stessa confezione — in Italia costa 20 ed in Francia 10?

In Italia si ricorre anche al trucco di mettere in commercio — ciò vale pure per i farmaci di cui ho parlato prima — confezioni da 14 capsule, mentre in Francia esse sono da 28; attraverso la diminuzione del numero delle compresse il prezzo viene indirettamente aumentato. Questo è un marchingegno di bassa lega per rubare!

In questa direzione ritengo che il Ministero della sanità possa muoversi sulla base di argomenti seri e concreti.

CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI. Signor presidente, pur provando un po' di imbarazzo non posso fare a meno di esprimere una certa preoccupazione e delusione per quanto ci ha detto il ministro. Non lo dico certo sulla base di ragioni ideologiche, anche perché non avrei difficoltà a dichiararmi favorevole a prevedere farmaci gratis per bambini ed anziani! La mia preoccupazione sta soprattutto nel fatto che non ritengo una misura simile capace di risolvere i problemi che abbiamo.

Credo di non offendere nessuno nel dire che l'unica affermazione dell'ex ministro De Lorenzo, che ho condiviso era questa: non si può dare tutto a tutti! Forse questo era possibile nel passato, sta di fatto che oggi il problema che dobbiamo risolvere è quello di garantire la « copertura » delle prestazioni mediche, nei casi più gravi, ai cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Ho voluto fare tale considerazione perché ho ben presente la situazione che si è venuta a determinare, per esempio, nel paese da cui provengo, in cui manca tale tipo di copertura e le « maglie » della sanità sono così larghe da non garantire assolutamente i cittadini.

Ritengo che attualmente in Italia non sia possibile parlare di un consumo dei farmaci senza sottolineare come in moltis-

simi casi si tratta di un bisogno indotto. Ultimamente abbiamo cominciato ad intravedere e a comprendere le cause di tale induzione al consumo. Per essere più chiari mi sto riferendo alle tangenti date al CUF, per l'inserimento dei farmaci nel prontuario farmaceutico, ed al CIP, per la definizione dei prezzi. E intanto lo Stato continuava a pagare!

Condivido quanto ha detto l'onorevole Conti sugli enormi profitti ottenuti con l'aumento dei prezzi dei farmaci. Sul punto mi limiterò a dire per esempio che negli Stati Uniti il prezzo dell'aspirina è assai diverso da quello praticato in Italia.

Il nostro sistema prevedeva che degli informatori favorissero la prescrizione di farmaci reclamizzati dalla pubblicità, che a sua volta ne favoriva il consumo. Ciò è quanto è accaduto con i gangliosidi, sulla cui utilità nessuno ancora è in grado di scommettere. Ebbene, il loro consumo ha determinato un enorme onere (460 miliardi) a carico dello Stato. Si tratta di farmaci che vengono consumati ma anche sprecati in gran numero dagli italiani. Da una ricerca condotta nel Lazio è risultato che ogni anno vengono buttati 5 quintali di medicinali! In tali condizioni, che senso ha parlare di un rapporto limpido tra Stato, medico, cittadino e farmaco?

Signor ministro, sono convinta che una delle prime misure da adottare dovrebbe essere quella di prevedere corsi di aggiornamento e di informazione. Ovviamente, si dovrà trattare di informazione limpida e non sospetta, tanto più che molto spesso i neo medici escono dall'università avendo sostenuto un solo esame di farmacologia. Ciò spiegherebbe il motivo per cui molti medici prescrivono quintali di gangliosidi! Al Nord, la prescrizione di queste sostanze è limitata a casi del tutto specifici, e comunque non certo per cure ricostituenti (è il caso per esempio della carnetina).

Non è quindi possibile andare avanti facendo finta di non conoscere l'attuale situazione.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Nel condividere gran parte delle sue considerazioni, onorevole Beebe Tarantelli,

vorrei precisare che l'esenzione dal pagamento del ticket non riguarderà qualsiasi farmaco, ma soltanto quelli che, per la loro efficacia, saranno destinati ai bambini ed agli anziani.

CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI. Signor ministro, ma quale sarà l'organo competente a redigere l'elenco di questi farmaci?

Ma oltre ai diversi problemi connessi alla produzione ed alla vendita dei farmaci, ritengo che ve ne siano altri concernenti le frodi che spesso vengono praticate in questo settore. Nel corso di una trasmissione radiofonica, un cittadino ha fatto presente che in alcuni paesi il medico ed il farmacista si riuniscono, la sera, nel retrobottega, dove il medico prescrive diversi farmaci utilizzando nominativi di cittadini esenti dal pagamento del ticket. Diversamente, non si riuscirebbe a capire perché in Campania l'onere dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale sia maggiore del fatturato industriale.

Credo che il nostro fine ultimo debba essere quello di pervenire ad un rapporto più corretto; da qui la necessità di una rieducazione sanitaria dell'introduzione di tagli sui farmaci. Certo, ai cittadini non piaceranno queste misure, ma bisognerà adottarle per cercare di salvare il Servizio sanitario nazionale, affinché delle prestazioni sanitarie possano realmente beneficiare coloro che ne hanno realmente bisogno.

Se non ho capito male, i vecchi e i bambini non sono esenti da tutto; comunque è chiaro che chi assumerà una decisione in proposito — essa non spetterà a nessuno di noi, ma ai farmacologi — dovrà essere assolutamente al di sopra di ogni sospetto. Nessuna persona onesta si offenderà se sarà messa da parte; vi sono persone che hanno condotto queste battaglie — perché ce ne sono in Italia e all'estero — e sulle quali non può esservi ombra di sospetto. Da qualche parte li dobbiamo pure prendere!

TERESIO DELFINO. Desidero innanzitutto esprimere il mio apprezzamento per

l'intervento del ministro; mi è sembrato molto chiaro, propositivo, argomentato e anche molto concreto...

SERGIO CASTELLANETA. Il problema è che dura da trent'anni. Ce ne erano tanti dentro e nessuno se ne è accorto!

TERESIO DELFINO. Mi auguro che a questa esposizione così efficace seguano i provvedimenti conseguenti.

Mi limiterò a svolgere due osservazioni su un problema che è stato già toccato dai colleghi intervenuti.

Rispetto ai farmaci, sono convinto che il percorso tracciato sia molto valido e positivo. Il collega Conti ha citato poc'anzi alcuni dati relativi ai prezzi dei farmaci; in proposito voglio portare un dato di esperienza, abitando in una provincia di frontiera, che qualcuno definisce « di cerniera », con la Francia, quella di Cuneo: da noi non è raro vedere gente che si reca in Francia per acquistare medicine. Proprio perché simili fatti delittuosi — così li ha definiti il ministro — si sono verificati, credo che sarebbe molto significativo adottare immediatamente qualche provvedimento.

Desidero toccare un altro argomento che non è stato affrontato direttamente nella esposizione del ministro, ma che tornerà all'attenzione della Commissione affari sociali nell'ambito dell'esame del decreto-legge n. 209 del 1993. Mi riferisco alle conclusioni delle code contrattuali di cui agli articoli 116 e 117 del decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 1987. È una lunga e spinosa vicenda — osservavo prima con il presidente Armellini — che da mesi viene palleggiata tra la Commissione sanità al Senato e la nostra Commissione, e che incontra difficoltà presso le Commissioni bilancio e lavoro dei due rami del Parlamento. Avanzo la richiesta, essendo già in corso l'esame del decreto-legge n. 209, di richiedere un incontro a livello tecnico dei tre ministeri competenti — funzione pubblica, tesoro e sanità — in modo che il lavoro che svolgiamo in questa Commissione, che registra il consenso unanime sugli emendamenti ripro-

posti e riapprovati parecchie volte, trovi poi il consenso nelle altre Commissioni ed Aule parlamentari.

Dal momento che tutti riceviamo solleciti (non nego l'opportunità di « limare » gli emendamenti presentati) chiedo che venga svolto un lavoro collegiale dai tre ministeri competenti; se il ministro potesse dare assicurazione circa lo svolgimento di questa verifica e di questo incontro, eventualmente coinvolgendo le parti sociali interessate, potremmo svolgere un lavoro più costruttivo, evitando il solito « ping pong » con le altre Commissioni.

PIERLUIGI PETRINI. Signor ministro, sono assolutamente convinto della sua buona fede nel momento in cui esprime stupore di fronte a quanto è avvenuto; non lo dico per complimento, sono certamente convinto della sua assoluta buona fede. Tuttavia, noi ci siamo molto meno stupiti perché avevamo intuito ed anche denunciato tutto questo.

Ho sotto gli occhi i dati forniti dall'OCSE. Ebbene, in un decennio di riferimento — non ricordo bene i dati perché li cito a memoria — risultava che di fronte ad un aumento secondo l'ISTAT del prezzo della vita pari al 100 per cento i farmaci controllati dal Comitato interministeriale prezzi erano aumentati in modo inferiore, ossia del 60-70 per cento; tuttavia, con i meccanismi che consentono di introdurre le nuove specialità e l'eliminazione delle vecchie, in definitiva il prezzo globale dei farmaci era aumentato del 400 per cento. Questi dati erano riportati dall'OCSE ed era quindi evidente a tutti che quel meccanismo non funzionava affatto — noi lo avevamo denunciato —, che era funzionale a qualcosa e a qualcuno. Dobbiamo ritenere così, a questo punto, e non possiamo pensare che vi fosse soltanto trascuratezza o insipienza. Questa funzionalità era appunto quella dell'illecito guadagno e dell'illecito profitto.

Ebbene, signor ministro, ora noi rilanciamo questa accusa. Non aspettiamo di trovarci di fronte a nuovi ed eclatanti scandali per accorgerci di ciò che non funziona nella sanità; anche il resto, indi-

pendentemente dalla esistenza di comportamenti criminali, è sicuramente inefficace e inefficiente.

Avevamo denunciato, sempre in riferimento a quanto è accaduto per i farmaci, anche una distorsione ideologica globale del sistema, non specifica ma generale. La pianificazione ha dimostrato abbondantemente di non funzionare perché dove c'è un pianificatore purtroppo molto spesso c'è la corruzione e comunque anche quel pianificatore che non fosse corrotto non sarebbe in grado di gestire l'elevatissimo numero di variabili che concorrono a definire l'orientamento di un sistema. Viceversa avevamo detto e ripetiamo che il mercato — quel mercato che persegue tenacemente, pervicacemente, orrendamente benefici immediati e diretti — è per quel misterioso meccanismo dell'eterogenesi dei fini l'unico in grado di determinare un beneficio alla comunità.

Ora che dobbiamo riaffrontare l'organizzazione della sanità, al di là della gestione farmacologica, le dico, signor ministro, che l'aziendalizzazione che è stata operata è assolutamente inefficace e inefficiente. Questi *manager*, che in realtà tali non sono essendo di nomina politica, quando anche dimostrassero di avere competenza e capacità sarebbero nell'impossibilità di trasferire criteri di managerialità all'interno di questo sistema sanitario. È come se avendo un'azienda decotta, non più in grado di fornire un prodotto che tenga il mercato, mi rivolgessi ad un *manager* di chiara fama e competenza, dicendogli che non può scegliersi i dirigenti perché quelli sono e quelli si deve tenere, che di suo non può portarsi nemmeno una segretaria personale, che di investimenti non se ne parla neanche perché non ci sono soldi, che non può modificare la pianta organica e che l'unica cosa che è possibile fare è quella di disinvestire. Vediamo infatti che regolarmente l'unico intervento cosiddetto manageriale operato da queste persone riguarda disinvestimenti, ossia la chiusura di strutture già operanti, nell'ipotesi — ma solo nell'ipotesi perché in realtà un meccanismo di verifica non esiste — che si tratti dei cosiddetti

« rami secchi », i quali assorbono ricchezza di fronte a un prodotto non misurabile in termini di ricchezza. Ripeto, noi non abbiamo il meccanismo di misura e quindi possiamo soltanto sperare che questa sia la strada giusta.

Facciamo tale denuncia in modo assai chiaro, ritenendo che per comprendere l'inefficacia del sistema non si debba per forza attendere il verificarsi di eventi criminali ed eclatanti.

FIORELLO PROVERA. Nell'ascoltare la relazione del ministro della sanità, mi è tornata alla mente questa frase pronunciata dall'onorevole Craxi nella seduta del 3 luglio scorso: « Tutti sapevano e nessuno parlava ». Per quanto mi riguarda, dirò che qualunque medico e qualunque informatore scientifico sapeva e sa che per « entrare » nel prontuario si dovevano attraversare certi canali e che per ottenere una revisione del prezzo dei farmaci si doveva pagare una tangente.

Molto probabilmente non venivano fatte le denunce perché si sapeva che era del tutto inutile. La vicenda assomiglia molto a quella di Tangentopoli. In sostanza, a Milano tutti sapevano che si pagavano delle tangenti ma la magistratura, nonostante le segnalazioni, non si muoveva. Forse, ci sono volute le elezioni dell'aprile del 1992 ed il successo della lega nord per smuovere una situazione ormai incancrenita da parecchi anni!

MARIAPIA GARAVAGLIA, Ministro della sanità. Questo sarebbe già un grosso merito della lega!

FIORELLO PROVERA. Credo che la lega nord abbia proprio questo merito storico. Non è comunque mia intenzione svolgere un discorso politico di carattere generale, ma soffermarmi su alcuni punti ben precisi.

Il primo di essi attiene al meccanismo di nomina del direttore generale degli ospedali. In altri termini, si tratta di individuare criteri che consentano di sottrarre le nomine dalle mani dei politici e di dare al direttore generale la possibilità

di intervenire, esattamente come avviene in un'azienda, sulla base di criteri strettamente manageriali.

Un secondo punto attiene alla questione dei ticket. Il gruppo della lega nord è contrario ad un'abolizione indiscriminata dei ticket, perché essi hanno una funzione di deterrenza del consumo, che è largamente provata. Siamo invece favorevoli ad un'esenzione dal pagamento dei ticket per coloro — i meno fortunati — che hanno veramente bisogno di cure mediche.

Non credo che con l'abolizione dei ticket sia possibile ridare credibilità alla classe politica, come è stato affermato poc'anzi. Ben diversa è la strada da compiere e ben altri sono i mezzi che occorrono perché tale classe riconquisti la credibilità!

Personalmente, nutro anche delle perplessità sulla proposta di esenzione dal pagamento dei ticket a seconda delle fasce di età. Anche nell'ambito dei farmaci prescrivibili ad anziani o a bambini, esistono — lo dico sulla base della mia esperienza ventennale di pediatra — alcuni prodotti che sono assolutamente inutili. Sono infatti pochi i farmaci necessari o strettamente indispensabili, per esempio, per la cura di patologie pediatriche, perché, per fortuna dei bambini, delle mamme e dei pediatri, i primi quasi sempre guariscono da soli. Aggiungo che molte prescrizioni vengono fatte dai medici esclusivamente per accontentare i genitori.

Credo pertanto che un grosso passo avanti in termini di risparmio sanitario, di credibilità della gestione sanitaria, lo si faccia attraverso la rivalutazione della professionalità del medico. A quest'ultimo occorre riassegnare una funzione centrale, in tal modo molti problemi verrebbero risolti senza il bisogno di ricorrere a leggi, leggine, balzelli o controbalzelli.

Sono favorevole all'istituzione del brevetto; sul punto le considerazioni fatte dall'onorevole Conti sono largamente condivisibili, anche perché con tale strumento si verrebbero a risolvere diversi problemi e con poca spesa. Sono invece contrario ad una riduzione percentuale ed indiscrimi-

nata del prezzo dei farmaci, secondo quanto ha affermato il ministro.

Qui si rischia di buttare via il neonato con l'acqua calda! Sono dunque contrario ad una simile riduzione, perché credo che essa non vada a colpire il prodotto favorito da una bustarella che ha consentito una lievitazione del suo prezzo, ma ne penalizzi un altro dal prezzo giusto ed adeguato al suo costo commerciale.

Sono invece favorevole ad una riduzione dei prezzi, dopo che siano stati analizzati i prodotti commercializzati, molti dei quali, pur avendo lo stesso principio attivo, hanno prezzi di vendita notevolmente diversi. È lì che probabilmente si determina un grosso margine di guadagno illecito che consente ad un'industria di arricchirsi molto a discapito magari di un'altra che probabilmente ha margini di guadagno molto ridotti.

DANILO POGGIOLINI. Ho ascoltato con molta attenzione ed ho apprezzato l'intervento del ministro Garavaglia, che mi pare abbia affrontato i diversi problemi sul tappeto con molta grinta, impegno ed imboccando la strada giusta. Certo, con ciò non intendo dire che tutto quanto è stato detto sia condivisibile, anche perché sono convinto che la riforma della riforma — chiamiamola così! — del decreto legislativo n. 502 del 1992, ivi comprese quelle parti non oggetto di critica da parte dal Parlamento e date conseguentemente per scontate dal ministro, sia già da considerarsi vecchia, soprattutto alla luce dei recenti avvenimenti.

Valuteremo con attenzione la bozza del testo di modifica del decreto legislativo n. 502. In particolare, per quanto riguarda l'articolo 9, condivido le considerazioni svolte dal ministro della sanità in tema di mutue integrative e non sostitutive. In ordine all'articolo 8, non ho poi ben compreso i termini della questione, che peraltro è assai complessa, relativa ai dipendenti ospedalieri.

A proposito dei farmaci, non è mia intenzione soffermarmi in questa sede sulla vicenda dello scandalo, ma preferisco

ricordare che circa 18 anni fa un sindacato medico iniziò a compiere un certo lavoro, durato alcuni mesi, in collaborazione con l'istituto Mario Negri di Milano. Su tale lavoro fu pubblicato un libro (del quale vennero fatte due edizioni) che non ebbe però seguito perché boicottato. Da esso risultava che con 800 farmaci si poteva praticamente curare ogni malattia; tutti gli altri farmaci erano pertanto da ritenersi superflui o comunque non essenziali.

L'onorevole Beebe Tarantelli ha sottolineato, nel corso del suo intervento, la necessità di una presenza in questa sede di esperti in farmacologia. Alla collega rispondo che questi esperti hanno sempre fatto parte della nostra Commissione, mentre lo stesso non può dirsi per coloro che esercitano effettivamente la funzione di medico. Sono anni che mi batto, ma invano, perché in questa Commissione siano presenti il medico pediatrico, il medico generico e via dicendo, capaci di dirci, sotto il profilo pratico, quali sono gli aspetti problematici connessi al confezionamento ed all'uso di certi farmaci. Credo che si otterrebbe molto di più se riuscissimo ad incidere sulla formazione post-universitaria del medico, perché è senz'altro vero che all'università si sostiene un esame di farmacologia, ma è altrettanto vero che dall'università si esce non conoscendo nemmeno una specialità medicinale. È vero che l'informazione sui farmaci viene fatta dal cosiddetto informatore scientifico (il quale, nelle migliori delle ipotesi, è sempre una persona stipendiata dalla ditta farmaceutica) per lumeggiare i pregi del farmaco, anche quelli che non ci sono, non certo i danni che esso può provocare o i suoi aspetti negativi.

Moltissimi farmaci non sono essenziali. Cosa fare? Credo che l'abolizione del pron-

tuario sia una scelta da compiere, che il concetto del farmaco salvavita vada bene, che la determinazione del prezzo vada lasciata al libero mercato, ferma restando la necessità di introdurre correttivi, come giustamente diceva il ministro, per quanto riguarda la prevenzione e in generale la tutela delle categorie più deboli: i malati cronici, i vecchi e i bambini.

Vi è l'occasione, di fronte allo scandalo che vi è stato ed in relazione ad altri aspetti della vita del paese, di affrontare con più grinta e volontà di incidere su questi problemi.

La federazione dell'ordine dei medici, che è un ente pubblico, ha organizzato recentemente un importante convegno sulla verifica della qualità della prestazione. Mi spiace che non vi abbiano partecipato i giornalisti e che il ministro non sia potuto intervenire, perché era questa un'occasione, sia pure giunta con ritardo — molto ritardo da parte nostra — che meritava attenzione da parte di tutti.

PRESIDENTE. Avendo il ministro illustrato le linee lungo le quali intende muoversi e ascoltato gli orientamenti e le considerazioni di quanti sono intervenuti, possiamo ritenere senz'altro conclusa questa audizione, e ringraziare l'onorevole Garavaglia per la sua disponibilità.

La seduta termina alle 18.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia il 12 luglio 1993.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO