

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 3 FEBBRAIO 1995

RESOCONTO STENOGRAFICO

130.

SEDUTA DI VENERDÌ 3 FEBBRAIO 1995

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE IGNAZIO LA RUSSA

INDICE

	PAG.		PAG.
Interpellanza ed interrogazioni (Svolgimento):		DORIGO MARTINO (gruppo rifondazione comunista-progressisti) .	7757, 7759, 7760
PRESIDENTE	7757, 7759, 7763, 7765, 7766, 7770, 7771, 7774	SCIACCA ROBERTO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	7770
BOGI GIORGIO (gruppo misto)	7774	Ordine del giorno della prossima seduta	7774
CONDORELLI MARIO, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i> 7763, 7766, 7770, 7771		Testo integrale della risposta del sottosegretario di Stato per la sanità Mario Condorelli all'interrogazione Bogi ed altri n. 3-00238	7774
CORCIONE DOMENICO, <i>Ministro della difesa</i>	7757		
CORLEONE FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	7765		

130.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
 Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 3 FEBBRAIO 1995

La seduta comincia alle 9,30.

FRANCO CORLEONE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

PRESIDENTE. Comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'allegato A ai resoconti della seduta odierna.

Svolgimento di una interpellanza e di interrogazioni.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca: Interpellanza e interrogazioni.

Cominciamo dall'interpellanza Dorigo n. 2-00142, sull'attività della procura militare della Repubblica di Padova (*vedi l'allegato A*).

L'onorevole Dorigo ha facoltà di illustrare la sua interpellanza.

MARTINO DORIGO. Rinunzio ad illustrarla, Presidente, e mi riservo di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Il ministro della difesa ha facoltà di rispondere.

DOMENICO CORCIONE, *Ministro della difesa*. Presidente, l'interpellanza in esame è rivolta, oltre che al Presidente del Consiglio, al sottoscritto e al ministro di grazia e giustizia; risponderò pertanto anche a nome di

quest'ultimo, il cui dicastero non dispone di elementi in merito.

Per quanto connesso con l'operato del ministro della difesa *pro tempore*, ritengo doveroso sottolineare preliminarmente che il suo intervento verso il presidente del Consiglio della magistratura militare venne effettuato nel responsabile esercizio dei poteri-doveri legati alla sua carica. Egli, in relazione alle segnalazioni giuntegli circa un notevole incremento dei carichi pendenti nell'ambito della giurisdizione del tribunale militare di Padova, si limitava a chiedere all'organo di autogoverno, con il riconoscimento della notoria efficienza di quella struttura giudiziaria e al fine di un approfondimento conoscitivo a quel punto doveroso, un contributo di riflessione che, previa verifica della reale entità del fenomeno, aiutasse a comprenderne le cause. In relazione a tale richiesta, il presidente del Consiglio della magistratura militare diede al ministro *pro tempore* comunicazione dell'affidamento del compito alla commissione per gli affari generali; iniziative, l'una e l'altra, che si collocano, mi pare, nella più assoluta ortodossia procedurale.

L'assunto degli onorevoli interpellanti in base al quale il ministro *pro tempore* sarebbe stato costretto ad agire nel senso indicato è totalmente destituito di fondamento, così come il presunto invito ai magistrati Pagliarulo e Rosin a non tenere conto del suo operato. Ciò si evince dalla lettura della delibera che il Consiglio della magistratura militare mi ha inoltrato in data 25 gennaio

1995 (anche se essa si riferiva a fatti pregressi). In tale delibera è riportato che il ministro *pro tempore*, senatore Fabbri, in tempi successivi alla pubblicazione dell'interpellanza ha ritenuto di indirizzare al procuratore militare presso la corte militare d'appello una lettera, con la quale esclude che la richiesta a suo tempo avanzata fosse frutto di costrizione, come affermato dagli interpellanti, e precisa altresì che essa era stata la conseguenza (cito testualmente) «di una ponderata riflessione».

Per quanto connesso con il supposto invito a non tener conto del suo esposto che il ministro Fabbri avrebbe formulato nei confronti del dottor Pagliarulo e del dottor Rosin in occasione di una colazione di lavoro a Padova, il suddetto ministro *pro tempore* ha affermato che nell'occasione egli aveva viceversa voluto precisare che il suo intervento (cito ancora testualmente) «non avrebbe dovuto turbare i magistrati nell'esercizio delle loro funzioni istituzionali in quanto il passo che si accingeva a compiere era privo di ogni intento pregiudizialmente critico». D'altro canto, anche in mancanza delle testuali precisazioni del ministro *pro tempore* non si possono sottacere le reazioni di stupore che suscita l'evocazione di una circostanza certamente paradossale, che vedrebbe un ministro costretto ad assumere una certa determinazione per poi invitare i magistrati a non tenerne conto. Tra l'altro, ciò non avrebbe avuto alcun senso, visto che la richiesta del ministro non era diretta al dottor Rosin o al dottor Pagliarulo bensì al presidente del Consiglio della magistratura militare.

Per quanto connesso poi con i presunti comportamenti tenuti nella circostanza dal generale Innecco, nel confermare che fu ricevuto dal ministro *pro tempore* due giorni prima dell'effettivo congedamento, come previsto dal protocollo per gli ufficiali di rango elevato che lasciano il servizio, si precisa che in quell'occasione egli effettivamente ribadì quanto aveva formato oggetto di una lettera personale con la quale manifestava al ministro stesso il suo vivo disappunto per la condanna subita, che giudicava del tutto ingiusta. Non si può a questo punto sottacere la fondatezza delle doglianze del

generale Innecco, ove si consideri che lo stesso, in sede di appello, è stato assolto con la più ampia formula liberatoria e cioè perché il fatto non sussiste. Un'assoluzione avvenuta, fra l'altro, quasi due mesi prima della presentazione dell'interpellanza, che pertanto non sarebbe dovuta sfuggire agli onorevoli interpellanti, i quali invece considerano nel documento predisposto il generale come condannato. Quella dell'assoluzione del generale Innecco non è una situazione anomala, se si considera che su 15 procedimenti iscritti presso la procura militare di Padova a carico di ufficiali nel grado di generale o equivalente, due sono stati archiviati, nove si sono conclusi con assoluzioni, due sono stati trasmessi per competenza all'autorità giudiziaria ordinaria e due, infine, sono pendenti.

Per quanto riguarda il generale D'Avossa, nulla risulta agli atti circa una sua attività di sollecito nei confronti del ministro *pro tempore*. L'affermazione circa l'esistenza di azioni persecutorie addirittura concertate nei confronti di magistrati del tribunale di Padova mi sembra destituita di fondamento, come si evince dal contenuto della delibera del Consiglio della magistratura militare cui ho già fatto cenno, che nello stigmatizzare l'accusa mossa circa il carattere pretestuoso e punitivo dell'ispezione, auspica — cito ancora testualmente — che coloro, evidentemente non estranei all'amministrazione giudiziaria militare, i quali hanno fornito ai giornalisti ed ai parlamentari gli elementi per gli articoli e per le interpellanze, «avvertano la necessità di conformare la loro condotta al generale dovere di riserbo» e comunque a quello di correttezza nella prospettazione dei fatti che li riguardano.

Per ciò che concerne l'ufficio giudiziario militare di Padova, si precisa che non ha fondamento quanto rappresentato nell'interpellanza circa la predisposizione da parte del Ministero della difesa di un disegno legislativo inteso ad abolire tale ufficio. In merito alla questione relativa alla nuova legislazione militare di pace, la commissione a suo tempo istituita e composta da magistrati, professori universitari e dirigenti dell'amministrazione, ha messo a punto uno schema di legge delega, contenente un pro-

getto di radicale riforma del sistema penale militare e della giurisdizione sui reati militari in tempo di pace. Su tale documento non si può per ora registrare la necessaria convergenza da parte del consiglio superiore delle forze armate, nonché delle associazioni di categoria dei magistrati militari, onde l'esigenza di ulteriori approfondimenti in materia.

In occasione della seduta del Consiglio della magistratura militare del 25 ottobre 1994, cui è intervenuto il ministro *pro tempore*, sull'argomento si è inoltre sviluppato un ampio e proficuo dibattito nel corso del quale sono emerse, anche all'interno dello stesso Consiglio, opinioni fra loro marcatamente divergenti sul tipo di riforma da realizzare. Su questo punto, nell'assicurare la completa disponibilità dell'amministrazione, è doveroso sottolineare la delicatezza della tematica che richiede naturalmente un esame più approfondito e meditato, anche in relazione alla realizzazione del nuovo modello di difesa, che porterà innovazioni profonde nel livello qualitativo e quantitativo delle forze armate.

In merito all'emanazione di disposizioni volte a prevedere l'automatica sospensione da ogni incarico di comando degli ufficiali sottoposti a procedimento penale per reati contro il patrimonio e la persona, l'unico atteggiamento consentito è il costante riferimento alle norme legislative che disciplinano lo *status* del militare, al riguardo molto precise e sempre doverosamente rispettate a tutti i livelli di gerarchia. Mi riferisco in particolare alla legge n. 113 del 1954 sullo stato degli ufficiali dell'esercito, della marina e dell'aeronautica ed alla legge n. 1137 del 1955, nota come legge d'avanzamento.

PRESIDENTE. L'onorevole Dorigo ha facoltà di replicare per la sua interpellanza n. 2-00142.

MARTINO DORIGO. Signor ministro, vorrei esprimere la mia non soddisfazione per la sua risposta, ringraziandola comunque per aver voluto presenziare personalmente e fornire le risposte del suo ufficio. Cercherei, nel merito, di spiegare perché tali risposte non risultano a mio avviso esaustive.

Innanzitutto si afferma che l'allora ministro della difesa Fabbri avrebbe negato la circostanza di essere stato costretto ad intraprendere un'azione disciplinare e la conseguente mozione di scuse informali rivolta a coloro che erano oggetto della sua azione disciplinare, cioè i rappresentanti degli uffici giudiziari militari di Padova.

Ebbene, la circostanza che l'ex ministro Fabbri, poco tempo dopo la presentazione di questa interpellanza, si sia sentito in dovere di precisare (con le lettere da lei citate, signor ministro) il fatto di non essere stato costretto all'azione disciplinare, ma di aver effettuato ponderate riflessioni e il fatto di aver parlato con i giudici padovani non per scusarsi, ma solo per dire loro di stare sereni, è l'esatta conferma sostanziale delle mie preoccupazioni e delle mie affermazioni. L'ex ministro, in sostanza, non nega né di aver ricevuto le pressioni da parte dei generali inquisiti per esercitare l'azione disciplinare contro la magistratura militare di Padova, né di avere incontrato e parlato con i magistrati militari che sarebbero dovuti diventare oggetto della sua azione disciplinare. L'ex ministro della difesa Fabbri dice infatti: «A loro ho detto di stare sereni, non ho detto di non tener conto dell'azione disciplinare». Mi pare ovvio che un ministro non possa dire di essere stato costretto all'azione disciplinare o di aver suggerito di non tener conto di tale azione. Ma sostanzialmente Fabbri conferma tutte le circostanze di tempo, di fatto e di luogo.

È questa la sostanza della questione che ha fatto sorgere le nostre preoccupazioni. Non il fatto che, come giustamente sostiene il ministero, un generale abbia diritto, come tutti i cittadini italiani, di lamentarsi di un'azione penale nei suoi confronti, soprattutto quando l'azione penale in questione si sia poi risolta con un'assoluzione; assoluzione che, vorrei precisarlo, nel caso del generale Innecco, avviene in secondo grado, mentre nell'interpellanza noi facevamo riferimento alla condanna di primo grado (non si trattava di essere male informati).

DOMENICO CORCIONE, Ministro della difesa. Due mesi prima!

MARTINO DORIGO. Comunque, ripeto, non si discute il diritto di un alto ufficiale o di un qualsiasi altro cittadino di lamentarsi di un'azione penale nei suoi confronti, perché in quel caso egli è parte e quindi come tale ha il diritto di esprimere le sue lamentele in tutte le sedi. Ci preoccupiamo però quando un alto ufficiale, e non solo un semplice cittadino, non si limita a lamentarsi genericamente di un'azione penale nei suoi confronti e nei confronti di suoi colleghi. Tra l'altro, si tratta di azioni penali che sono sancite nel nostro ordinamento come obbligatorie. Certo, il giudizio si è concluso con un'assoluzione, ma una simile conclusione è propria della dialettica processuale. L'obbligatorietà dell'azione penale comporta per fortuna che a fronte di ogni azione penale ci sia un'accusa, una difesa e poi una sentenza di primo grado, che può anche essere riformulata nel successivo grado di giudizio. La cosa grave, però, è che tutti questi ufficiali della circoscrizione giudiziaria della regione militare nord-est, sottoposti alla giurisdizione degli uffici giudiziari militari di Padova, abbiano agito, come si dice nell'interpellanza, «concertatamente». Perché si dice questo, signor ministro, signor Presidente? Perché il generale Innecco, nell'estate scorsa, ha dichiarato alla stampa di aver addirittura promosso una riunione tra gli alti ufficiali della sua circoscrizione (mi perdoni il termine non ortodosso) per sollecitare proprio la chiusura degli uffici giudiziari militari di Padova in quanto tali uffici, oltre ad essere ridondanti rispetto alle dimensioni degli organici delle forze armate in quella circoscrizione (che non è però argomento per addvenire a conseguenze di questo tipo), svolgevano un'attività inquirente eccessiva.

Signor ministro, vorrei fare una precisazione perché resti agli atti e venga letta dai giudici militari e dagli altri ufficiali che leggeranno tali atti. La casa è di vetro. La nostra è una casa che si avvia ad essere sempre più di vetro, anche nel mondo militare. E questo è necessario e positivo. Non dobbiamo dolercene. Sono cose che si fanno. Avremo modo, in successivi atti parlamentari (perché è giusto che su tali argomenti il dibattito prosegua), di circostanziare ancor di più gli episodi che finora le ho citato e quelli

che richiamerò successivamente. Quello che ci preoccupa è che non si capisca che la trasparenza è un bene per tutti anche per chi si sente lesa in quanto parte in un procedimento penale. La trasparenza, invece, è garanzia per tutti, soprattutto per i comandanti militari che hanno bisogno di sapere che il controllo verso di loro e verso i loro sottoposti è garanzia soprattutto per la tranquillità del loro operato.

Voglio dire che l'altro alto ufficiale citato nell'interpellanza, il generale di brigata Gianalfonso D'Avossa, diversamente dal generale di corpo d'armata Lucio Innecco, è stato poi condannato anche in appello. E a noi risulta che anche lui abbia fatto queste pressioni, indebite non in relazione al diritto di opinione quanto piuttosto alla forma istituzionale, verso il ministro della difesa.

Ho apprezzato le posizioni espresse dal Consiglio della magistratura militare perché sono equilibrate e serie. Esse alla fine hanno portato all'archiviazione di quel procedimento disciplinare, essendo stata riconosciuta la non fondatezza dell'accusa di un'attività persecutoria da parte della magistratura militare padovana.

Devo dire che ho anche apprezzato le argomentazioni in ragione delle quali si riconosce che questo eccesso di attività istruttoria da parte della magistratura militare è un fatto sostanzialmente positivo, perché discende dalla circostanza che essa non è più, come nel vecchio ordinamento, subordinata gerarchicamente o condizionata ambientalmente dalla gerarchia militare, ma si ispira essa stessa a quell'autonomia giudiziaria fondamentale che è tipica del nostro ordinamento.

Questo riconoscimento è importante e lo è anche il fatto che si constati che l'intensità dell'azione inquirente è frutto anche del cambiamento dei tempi, delle pressioni che vengono dalla società e che hanno condizionato tanta parte della vita del nostro paese, attraverso le vicende della magistratura ordinaria. È giusto e necessario che ciò avvenga anche nel mondo militare, il quale non è separato. Certo, tante denunce e tante segnalazioni possono essere infondate, ma è opportuno che, anche a tutela dell'indagato,

vi sia un'attività di verifica più costante ed intensa.

Devo dire — per concludere l'apprezzamento in ordine al merito delle osservazioni del Consiglio della magistratura militare — che l'ultimo richiamo, che lei non ha voluto mancare di fare in quest'aula, signor ministro, quando ha auspicato che chi ha fornito informazioni ai giornalisti e ai parlamentari debba avere più riserbo e maggiore correttezza, è elegante nella forma.

Non voglio non apprezzare tale eleganza, perché nel passato vi sono state azioni e reazioni anche scomposte semplicemente perché qualche informazione usciva dal proprio alveo. Mi consenta tuttavia di dire che quando esse sono raccolte da parlamentari, i quali hanno il dovere di controllare la vita delle istituzioni, le reazioni scomposte appaiono davvero inopportune (e a loro tempo, infatti, sono state contestate). La forma oggi è, dunque, più elegante, ma vi è sempre una contraddizione: se da un lato si invocano riserbo e correttezza, dall'altro occorre tener presente che vi è correttezza se vi è trasparenza e non vi può essere trasparenza se vi deve essere riserbo.

Peraltro non penso che le informazioni siano state fornite dalle parti interessate, ma che esse siano il risultato della trasparenza che ormai connota anche il mondo militare e della permeabilità dalla vita civile. Noi parlamentari ci preoccupiamo di questo, di essere informati e di poterci informare sulla vita delle nostre istituzioni militari, non con l'ottica del sospetto, proprio perché l'idea della separatezza diminuirà in misura proporzionale rispetto all'aumento della trasparenza e della capacità di discutere senza nervosismi ed arroccamenti.

Il ministero dichiara che la minaccia di chiusura degli uffici giudiziari di Padova non ha fondamento. Le anticipo, signor ministro, che verrà sottoposta alla sua attenzione anche una seconda interpellanza, presentata il 15 dicembre 1994, con la quale si sono voluti precisare i contorni tecnici ed amministrativi di tale preoccupazione.

«Nello stato di previsione del Ministero della difesa» — così recita la nostra interpellanza presentata il 15 dicembre scorso — «per l'anno finanziario 1995 (Tabella 12),

(...) nei capitoli 1589, 1590 e 1591, alle voci 'stipendi, retribuzioni ed altri assegni fissi al personale della magistratura militare', 'contributi previdenziali ed assistenziali sugli stipendi', e 'ritenute erariali'» — sempre per il personale della magistratura militare — «si iscrivono per il 1995 tre riduzioni complessivamente previste in più di 3 miliardi di lire, che sono coerenti con la previsione organica indicata nella Nota aggiuntiva allo stato di previsione per la difesa 1995, dove alla voce del personale civile (allegato B5 all'annesso 1), si prevede per il prossimo anno una variazione negli organici da 103 a 78 magistrati militari».

Alla luce di quanto ho appena letto appare evidente come siano fondate le nostre preoccupazioni. Siamo infatti preoccupati del fatto che, nell'ambito di una complessiva riduzione degli organici, si faccia presente il fatto che in questa regione militare vi sarebbe una sostanziale riduzione delle forze ammassate alla soglia di Gorizia per i noti precedenti storici e geopolitici. Ad un tale ordine di considerazioni obiettiamo che è necessario verificare dove siano riscontrabili ridondanze nel numero degli uffici giudiziari militari.

Innanzitutto, sarebbe opportuno riformare la giustizia militare, come auspichiamo nella nostra interpellanza del 15 dicembre scorso, che è stata positivamente considerata anche dall'organo collegiale di autogoverno, il Consiglio della magistratura militare. Lei ha voluto precisare che di fronte a lei si è svolto un dibattito articolato, però io prendo atto del contenuto della delibera, testualmente richiamata nella nostra interpellanza presentata il 15 dicembre scorso, del Consiglio della magistratura militare che si è espresso a favore della formalizzazione di un disegno di legge che preveda una complessiva ed organica riforma della giustizia militare, con conseguente confluenza nella giustizia ordinaria.

Questo è importante, non tanto la posizione che viene sostenuta dalle associazioni di categoria o quella del Consiglio superiore delle forze armate. Certo, anche loro hanno diritto ad esprimere il proprio parere, ma io ritengo che ciò che fa testo è questo parere positivo che mi incoraggia e ci incoraggia ad andare avanti chiedendo la confluenza della

giustizia militare in quella ordinaria, soluzione che risolverebbe anche il problema delle eventuali ridondanze nel numero degli uffici giudiziari militari.

Anche entrando nel merito del problema delle ridondanze, signor ministro, suggerirei di verificare dove esse siano realmente riscontrabili. Infatti, esse non sono ravvisabili negli uffici dove sono numerosi i procedimenti penali aperti, bensì in quelli che non fanno procedimenti penali. Ad esempio, l'avvocato generale della procura generale militare di Verona, dottor Corbo, ha addirittura dovuto chiedere che non si applicasse il patteggiamento nei riti militari perché altrimenti si sarebbero trovati privi di lavoro. Sono sue parole testuali che abbiamo riportato nella nostra interpellanza e che sono state rese ai giornali.

Se prendiamo in esame le statistiche sull'attività giudiziaria degli uffici giudiziari militari effettuate dal Consiglio della magistratura militare, pubblicate in un apposito periodico, possiamo riscontrare che gli uffici di La Spezia e di Padova sono i più attivi. A Padova, infatti, si hanno 121 procedimenti per reati contro la persona, 313 contro il patrimonio, 11 per peculato. A La Spezia 105 procedimenti per reati contro la persona, 152 contro il patrimonio e 15 per peculato.

Se confrontiamo tali dati con quelli delle procure di Palermo o di Napoli, ad esempio, riscontriamo che nella procura di Palermo sono stati aperti solo 9 procedimenti per reati contro la persona, 68 contro il patrimonio e 2 per peculato, quindi i procedimenti sono un decimo rispetto a quelli aperti nelle altre procure; nella procura di Napoli sono stati aperti 20 procedimenti per reati contro la persona, 64 contro il patrimonio e 3 per peculato, anche in questo caso sono 10 volte di meno.

Sono solo queste le differenze da considerare, perché se prendiamo in esame l'attività svolta rispetto ad altri reati più frequenti come la renitenza alla leva, eccetera, ci rendiamo conto che l'intensità dell'attività delle procure militari è uguale. Invece essa è significativamente minore per quanto concerne questo altro tipo di reati.

Possiamo citare il caso della procura ge-

nerale militare presso la Corte di cassazione in cui tre magistrati militari in servizio nel corso del 1992 — l'anno cui fa riferimento la statistica del Consiglio della magistratura militare — hanno dovuto affrontare in tutto solo quattro udienze, tre procedimenti disciplinari oltre a otto pareri di legittimità e cinque elementi di risposta ad interrogazioni parlamentari, perché, per fortuna, devono almeno rispondere alle interrogazioni parlamentari. Noi ne faremo tante in modo da dare un po' di lavoro a questi magistrati.

Da quanto ho detto è evidente che, se si prendono in considerazione le ridondanze, o ci si orienta verso una confluenza della giustizia militare in quella ordinaria, oppure gli uffici da chiudere dovrebbero essere ben altri e non quelli di Padova e di La Spezia, sempre che l'attività istruttoria ed inquirente rappresenti un'attività meritoria e sempre che non si proceda in termini statistici limitandosi a considerare se tale attività si concluda o no con condanne o con assoluzioni. Io sarei anche disposto ad effettuare questo tipo di analisi, ma è noto che rientra nella fisiologia processuale il fatto che si aprano i procedimenti, che abbiano luogo i dibattimenti e che vi siano le archiviazioni, così come i rinvii a giudizio, le condanne e le assoluzioni di primo, di secondo e di terzo grado.

Che l'attività inquirente venga svolta è a mio avviso necessario ed importante! La procura di Padova non può essere quindi indicata come un ufficio giudiziario che sarebbe opportuno chiudere. Ma dalle statistiche e dalle voci che corrono — richiamo ancora la «casa di vetro» — emerge tale preoccupazione, proprio perché alcuni alti ufficiali hanno sollevato la questione.

Devo riconoscere che il nuovo comandante della regione militare nord-est, il generale Solaini, il giorno della sua investitura e del suo arrivo a Padova ha fatto presente al CMM che si rendeva conto che molti prima di lui e con titolo di anzianità e di grado superiori al suo avevano rifiutato tale incarico perché si preoccupavano di venire in questa terra che «scotta» in ragione delle molte inchieste ancora aperte. Egli, invece, ha accettato l'incarico e fin dal primo giorno si è recato presso gli uffici giudiziari militari

per dire loro: «Badate, non siete un mondo estraneo, non siete subordinati gerarchicamente, non siete dei nemici; c'è bisogno di voi, come pure di questo rapporto e di questo rispetto reciproci». Sono affermazioni importanti che danno il segno della necessità di andare avanti su questo terreno, con coraggio e serenità!

Con riferimento alla questione delle sospensioni automatiche — affrontata in maniera schematica nella nostra interpellanza, perché, evidentemente, in un atto di sindacato ispettivo non ci si può dilungare più di tanto — devo dire che essa è ancora molto attuale e preoccupante. È tale perché qui non si considera la necessità di «aggravare» sentenze della magistratura, perché, così come deve, la giustizia è uguale per tutti, sia per i cittadini sia per i militari. Non si pretende, quindi, che le sentenze per i militari siano più gravi di quelle per i civili. Si pone, invece, un pesante interrogativo di opportunità che spetta tutto alla valutazione politica dell'esecutivo. Non si pretende una penalizzazione, ma solo di prestare attenzione alle caratteristiche degli alti ufficiali con responsabilità sugli uomini; e lei, ministro Corcione, sa bene quanto è importante il governo del personale. Come si può mantenere in incarichi di diretto governo del personale alti ufficiali, amministratori dello Stato che hanno subito condanne o che comunque sono in determinate condizioni giudiziarie? E lo dico ferma restando la presunzione di innocenza fino al terzo grado di giudizio nel nostro procedimento penale. Credo, comunque, che opportunità vorrebbe non una penalizzazione di carriera o una degradazione, ma il rispetto delle leggi che regolamentano lo *status* militare e che non intendiamo certamente contestare. Il punto è decidere o meno di assumere un atteggiamento coerente ed omogeneo per tutte le situazioni nelle quali ci si trovi di fronte ad alti servitori dello Stato, in questo caso ad alti ufficiali, al centro di vicende giudiziarie: non è opportuno mantenerli in incarichi di governo del personale che comportano quindi contatti diretti.

Si tratta di una riflessione che a mio avviso meriterà taluni approfondimenti, rispetto alla quale, dunque, la risposta così netta for-

nita dal rappresentante del Governo non è soddisfacente. Intuisco e recepisco, tuttavia, l'esistenza di una disponibilità, anche per le positive osservazioni del CMM delle quali il Governo non potrà non aver tenuto conto. Auspico pertanto che in occasione dei dibattiti su tale materia sia in Commissione difesa sia sulla nostra interpellanza presentata il 15 dicembre scorso, vi sia il modo di andare avanti e di approfondire il confronto.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione Corleone n. 3-00042, sul trattamento sanitario del signor Riccardo Ruta (*vedi l'allegato A*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Signor Presidente, signori deputati, per rispondere sul complesso caso segnalato con l'interrogazione in esame e, più in generale, sull'attuale situazione dell'assistenza psichiatrica in Sicilia, il Ministero della sanità deve necessariamente rifarsi alle valutazioni in materia espresse, nell'ambito delle proprie e dirette specifiche attribuzioni nel settore, dal competente assessorato alla sanità della regione siciliana.

Da quanto si è appreso, risulta che la legge regionale n. 27 del 1975, come modificata dalla legge n. 66 del 1977, ammette in realtà il ricovero in assistenza indiretta presso case di cura private non convenzionate nei soli casi di pazienti cui non sia possibile ottenere la prestazione chiesta per tempi o modalità presso strutture pubbliche della regione. Tale condizione non ricorre nel caso prospettato là dove, anzi, è emerso che la struttura denominata «La Casa» di Lomazzo in provincia di Como, in cui era ricoverato il paziente, non può definirsi un vero e proprio presidio sanitario, né può vantare alcuna autorizzazione in tal senso, ma si identifica piuttosto come una comunità terapeutica con soggiorno per lungodegenti.

Se a ciò si aggiunge che la legge n. 3 del 1991 della regione Sicilia, citata nell'interrogazione, ha innovato rispetto al profilo descritto per le sole competenze trasferite all'unità sanitaria, deve trarsene la conclusione — per spiacevole che possa

apparire — che non l'attuale diniego sia censurabile bensì l'autorizzazione erroneamente rilasciata nell'aprile 1993 dalla precedente commissione sanitaria regionale per il ricovero presso la struttura di Lomazzo.

A quanto viene esposto, è verosimile che l'autorizzazione sia stata allora concessa a causa di un equivoco in cui sarebbe involontariamente incorsa quella commissione sanitaria regionale che, nell'esaminare la certificazione medica rilasciata dalla casa di cura privata «Le betulle» di Appiano Gentile, dovrebbe aver impropriamente identificato quest'ultima con il luogo di cura prescelto, orientandosi a favore dell'autorizzazione per aver ritenuto così sussistente un'esigenza di continuità terapeutica.

Ma l'erroneo rilascio di tale autorizzazione, che ha posto in essere in sostanza un provvedimento illegittimo per violazione di legge, non può costituire — come è evidente — un precedente vincolante per la nuova commissione sanitaria regionale perché non può in alcun modo esimerla dal perseguire il ripristino di una situazione di legittimità amministrativa nel settore affidatole.

Sotto questo profilo, appare ingiustificato interpretare una determinazione giuridicamente dovuta da parte della stessa commissione alla stregua di una soluzione burocratica di comodo, spregiativamente intesa, né dovrebbe configurarsi alcun conflitto con l'indiscutibile salvaguardia del diritto alla salute del paziente in esame. Quest'ultima, anzi, può e deve realizzarsi assicurando allo stesso paziente ricovero e terapia almeno equivalenti a quelli in precedenza goduti presso la struttura di Lomazzo, risultata incompatibile con le disposizioni regionali sull'assistenza psichiatrica indiretta, presso un'altra idonea struttura sanitaria pubblica o privata.

In questo senso, la regione siciliana tiene a sottolineare di aver posto le premesse fin dal 1979 — con la legge regionale n. 215 e poi con l'approvazione del piano regionale — per la programmata realizzazione nel territorio delle strutture del servizio di tutela della salute mentale, tramite deliberazione dell'Assemblea in data 8 luglio 1981 per una progressiva attuazione nell'isola della legge 13 maggio 1978, n. 180, e per la conseguen-

te, graduale riorganizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica.

Con il relativo piano è stata prevista, in particolare, la costituzione in ogni unità sanitaria dei servizi territoriali di tutela della salute mentale e, per meglio tener conto delle esigenze assistenziali quanto mai diversificate dell'utenza psichiatrica, sono state in tal senso previste e sono ormai in fase di avanzata realizzazione strutture molteplici ed opportunamente articolate per erogare la specifica assistenza.

Le iniziative già realizzate riguardano: n. 62 ambulatori centrali su 62 previsti, operanti sia (preferibilmente) in appositi locali propri in sede extraospedaliera, sia — quando tale soluzione non risulti possibile — presso i relativi servizi di diagnosi e cura, abbinando di fatto l'attività loro specifica a quella di sede del coordinamento operativo del servizio di tutela della salute mentale in tutte le unità sanitarie della Sicilia; n. 49 servizi psichiatrici di diagnosi e cura su 59 previsti, per un totale di 471 posti letto attivati su 850 complessivamente previsti; oltre cento ambulatori distrettuali, distribuiti nel territorio di quasi tutte le unità sanitarie, con attività periodica bisettimanale o trisettimanale; 15 *day hospital*, sui 27 previsti, in grado di assistere circa 380 pazienti; 9 comunità terapeutiche assistite (su 20 previste), per complessivi 270 posti letto: 5 di esse sono in funzione presso l'ex ospedale psichiatrico di Palermo, 3 nell'unità sanitaria n. 59, una nella n. 58, una nella n. 62.

È importante rilevare che, secondo le previsioni del piano regionale, proprio le comunità terapeutiche assistite devono costituire strutture per pazienti cronici, con una lunga ospedalizzazione in istituzioni psichiatriche e parapsichiatriche, non autosufficienti. Esse, peraltro, devono essere caratterizzate dall'offerta di prestazioni non esclusivamente assistenziali, ma anche e soprattutto — per quanto possibile — riabilitative. Ciò significa che, in prospettiva, man mano che proceda la loro realizzazione e possano divenire integralmente operanti, spetterà proprio alle comunità terapeutiche assistite accogliere ed assistere in modo finalmente adeguato e clinicamente aggiornati i pazienti ancora ospiti degli ex ospedali

psichiatrici, di cui l'ospedale di Agrigento costituisce certo un esempio dei meno edificanti, ancorché sia destinato a scomparire come tale per essere opportunamente «riconvertito» in diverse e più idonee strutture.

Tutto il quadro dianzi delineato mostra il servizio territoriale di tutela della salute mentale nella regione Sicilia come una realtà in progressiva evoluzione, la cui efficienza ed efficacia in termini di assistenza psichiatrica — già notevolmente aumentata negli ultimi anni in alcuni bacini di utenza — sono destinate a crescere fino a divenire uniformi nell'intero territorio regionale con il completo conseguimento degli obiettivi prefissati dal piano della regione, ponendosi così in condizione di assicurare in ogni zona dell'isola trattamenti adeguati al disagio psichico riscontrabile.

Diverso è il caso, tuttavia, della psicosi schizofrenica cronica — richiamato nell'interrogazione — perché senz'altro assimilabile agli elementi nosografici di più comune riscontro in materia di salute mentale e nei cui confronti, quindi, ogni servizio territoriale deve essere necessariamente preparato a fornire concrete risposte assistenziali e riabilitative. Vero è, d'altra parte, che queste ultime non possono intendersi sempre ed in assoluto risolutive proprio per la cronicità insita nella definizione della patologia, a prescindere dalle concrete risposte soggettive di ciascun paziente psichiatrico nei vari contesti di assistenza pubblica e privata.

PRESIDENTE. L'onorevole Corleone, che certamente avrà gradito la particolareggiata risposta del sottosegretario di Stato per la sanità, ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-00042.

FRANCESCO CORLEONE. Signor Presidente, rivolgo preliminarmente il mio saluto al sottosegretario, professor Condorelli. Sono lieto di poter iniziare con lui un rapporto su temi così delicati con un'interrogazione che pone una questione di carattere non soltanto medico.

Il sottosegretario Condorelli comprenderà che io non posso che dichiararmi insoddisfatto della risposta del Governo. Si prescinde dal fatto che una famiglia soffre, paga

economicamente e moralmente, pensa di essere vittima della burocrazia dopo essere stata colpita dalla malattia: ad essa noi rispondiamo con eccessiva sufficienza rispetto al concreto caso drammatico.

La vicenda del giovane Riccardo Ruta è all'attenzione dei mezzi di informazione ed è stata oggetto dell'interessamento di una trasmissione televisiva come il *Maurizio Costanzo Show*, che costituisce uno dei canali attraverso i quali cittadini vengono a conoscenza di casi particolarmente drammatici.

Signor sottosegretario, la regione siciliana risponde burocraticamente, rilevando di aver sbagliato: la commissione sanitaria regionale precedente aveva dato un'autorizzazione, ma vi è stata una cattiva interpretazione e non si sa bene quale sia stato l'equivoco. La situazione è «microkafkiana».

Forse la regione siciliana vuole addirittura che siano restituiti i denari spesi nel 1993; questo è del tutto inaccettabile, signor sottosegretario. L'errore compiuto ha messo in atto un procedimento terapeutico. In sede scientifica si potrebbe discutere, anche per la giovane età del paziente, sul fatto che per questo caso, configurato come psicosi schizofrenica, si parli di cronicità insita nella malattia.

Non possiamo accettare che si affermi che una comunità terapeutica non è in qualche modo una struttura sanitaria; questo è il primo punto. In secondo luogo, dopo che un'attività terapeutica ha dato buoni risultati non si può considerare il cittadino Riccardo Ruta un pacco postale, che viene spostato da una comunità terapeutica ad una ipotetica comunità, che forse sarà istituita in Sicilia. Questa è la realtà, signor sottosegretario: il paziente da Modica si è recato a Lomazzo, in provincia di Como, perché in Sicilia non aveva trovato una risposta terapeutica. Adesso si parla di progressiva realizzazione di centri; io non dico, come Missiroli, che in Italia di progressivo vi è solo la paralisi, ma rilevo che siamo ancora molto lontani dalla realizzazione dei centri. Infatti, per quanto riguarda il punto in oggetto, le comunità terapeutiche, si sostiene che ne esistono nove su venti previste, di cui cinque a Palermo e nessuna nella USL 24 che ci interessa.

Mi pare che il caso meriti attenzione;

capisco che al sottosegretario è stata fornita la risposta della regione Sicilia, ma credo che il Ministero della sanità avrebbe dovuto rispondere ad un altro quesito che ponevo nell'interrogazione: se, cioè, la specificità siciliana (le USL separano le competenze in campo sociale da quelle nel settore sanitario) comporti una distorsione rispetto a quanto avviene per la sanità e l'assistenza nel resto d'Italia. Forse questo è il nodo su cui intervenire.

Mi scuso, Presidente, se ho usufruito di qualche minuto in più, e chiedo al sottosegretario di riprendere in esame il caso, perché abbiamo bisogno di una risposta che garantisca il diritto alla salute, tutelato per tutti i cittadini dalla Costituzione.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione Saia n. 3-00076, sul riordino del prontuario terapeutico nazionale (*vedi l'allegato A*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Come richiamato nell'interrogazione, la legge 24 dicembre 1993, n. 537, recante interventi correttivi di finanza pubblica, ha apportato profonde modifiche ed introdotto notevoli innovazioni nel settore dell'assistenza sanitaria pubblica, in particolare in quella farmaceutica. Infatti, per effetto dell'articolo 8, comma 9, di tale legge è stato abolito il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, a suo tempo previsto dall'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 — istitutiva appunto del servizio sanitario nazionale — prevedendo la contemporanea classificazione di tutte le specificità medicinali e dei preparati galenici già in commercio alla data del 31 dicembre 1993, ovvero posti sul mercato a decorrere dal 1° gennaio 1994 ad opera della commissione unica del farmaco, di cui all'articolo 7 del decreto del 30 giugno 1993, n. 266, nelle tre fasce previste dal comma 10 del medesimo articolo 8 della legge n. 537 del 1993, allo scopo di garantire che l'onere a carico del servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica durante il 1994 non superasse l'importo massimo di lire 10 mila miliardi.

È importante ricordare, quindi, che in tal

senso la classificazione dei farmaci ha costituito un adempimento fortemente vincolato dal legislatore nei termini esposti ed è stato effettuato utilizzando il diffuso sistema «Anatomico terapeutico chimico» con riguardo ai principi attivi dei preparati e ricorrendo ad un insieme di criteri per l'individuazione di categorie omogenee di farmaci.

Le stesse linee guida adottate dalla CUF sono state più volte apprezzate dal legislatore, da ultimo con un decreto-legge del 21 gennaio 1994, n. 20, recante provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali.

Sempre ai sensi della legge n. 537 del 1993, i farmaci ritenuti essenziali e quelli per la cura di malattie croniche vengono collocati in classe A, a totale carico del servizio sanitario nazionale con il semplice pagamento da parte dell'assistito di una quota fissa per ogni ricetta.

Per i farmaci posti nella fascia B, dato il loro rilevante interesse terapeutico, è prevista un'assistenza farmaceutica pari al 50 per cento del prezzo di vendita al pubblico con una partecipazione alla spesa da parte del cittadino nella misura dell'ulteriore 50 per cento.

Infine i medicinali della classe C sono a totale carico degli assistiti.

Il sistema di assistenza farmaceutica introdotto dalla legge n. 537 del 1993 risulta oggi mantenuto dalla recente legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica, la quale, con riferimento alla materia sanitaria, ha disposto fra l'altro l'abbassamento dell'onere a carico del servizio sanitario nazionale — prefissato in lire 10 mila miliardi dal comma 11 dell'articolo 8 della legge n. 537 del 1993 — determinandolo in lire 9 mila miliardi per l'anno 1995, con ciò imponendo di fatto ulteriori vincoli e condizionamenti alle scelte tecniche della CUF. Inoltre l'articolo 7, comma 4, della legge n. 724 del 1994 ha stabilito che, qualora la spesa per l'assistenza farmaceutica risultasse, sulla base delle proiezioni effettuate al termine del primo semestre del 1995, superiore al limite di spesa ora indicato, la CUF dovrà procedere ad una nuova classificazione dei farmaci sulla base dei consumi farmaceutici del 1994. Peraltro, la

CUF, fin dal proprio provvedimento del 10 dicembre 1993, ha inteso riservare alle strutture ospedaliere la dispensazione di numerose specialità medicinali riclassificate in fascia A) attribuendo loro il simbolo H.

Al di là delle motivazioni di natura economica e delle esigenze di contenimento della spesa farmaceutica, tale distinzione è stata effettuata al fine di assicurare un migliore e più completo controllo sanitario, diagnostico e terapeutico degli stati patologici che richiedono una particolare e costante attenzione. Nel contempo la stessa CUF, dovendo informare le proprie scelte tecnico-sanitarie anche al criterio dell'obiettivo finale di contenimento della spesa farmaceutica, nell'intento di garantire una più mirata ed appropriata utilizzazione delle specialità medicinali destinate alla cura delle più gravi malattie, ha ritenuto necessario individuare le specifiche patologie cui limitare la dispensazione, a totale carico del servizio sanitario nazionale, di taluni prodotti ancorché utilizzabili anche per differenti terapie. Ne consegue che ogni impiego terapeutico diverso da quello espressamente indicato non può comportare oneri per il servizio sanitario nazionale.

Le determinazioni assunte dalla CUF sono state costantemente perfezionate ed incrementate da un'ulteriore serie di provvedimenti emanati dalla stessa commissione nel corso del 1994, e gli organismi regionali e locali, gli operatori sanitari, le associazioni di categorie e di cittadini ne hanno potuto tempestivamente conoscere i contenuti grazie alle comunicazioni e pubblicazioni ufficiali, agli organi di stampa e alla radiotelevisione.

In particolare, le note esplicative contenute nel provvedimento del 30 dicembre 1993 sono state aggiornate e completate dall'ulteriore provvedimento CUF del 18 aprile 1994, che ha dettato puntuali indicazioni relative all'uso di alcuni farmaci, ai compiti del medico prescrittore, alle più rilevanti sintomatologie, alle modalità del controllo dei farmaci prescrivibili con l'attivazione del registro di USL.

Un ulteriore esempio della progressiva evoluzione, pur nella continuità, che ha caratterizzato l'attività della CUF si può

individuare anche nella particolare attenzione prestata all'incidenza terapeutica delle specialità medicinali a base di lattulosio.

In un primo tempo, infatti, queste ultime erano state tutte collocate in classe C; attualmente ne è garantito il completo rimborso da parte del servizio sanitario nazionale, laddove siano prescritte in presenza di encefalopatia portosistemica in corso di cirrosi epatica.

Al momento attuale sta per essere pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* un ulteriore provvedimento appena adottato dalla CUF, con il quale, nell'integrare e migliorare le note esplicative dianzi richiamate, è stata aggiunta, tra le altre, la nota 59, che pone in classe A le specialità medicinali il cui principio attivo è appunto il lattulosio, limitatamente all'indicazione: «Encefalopatia portosistemica in corso di cirrosi epatica».

La stessa nota dispone che la prescrizione di farmaci contenenti lattulosio deve essere sempre accompagnata da una segnalazione ai servizi farmaceutici delle USL, con una precisa indicazione della diagnosi. Gli elementi forniti vengono sottoposti a registrazione.

In base al registro delle patologie, l'USL può attivare le opportune verifiche della correttezza della prescrizione, secondo le procedure previste dalle convenzioni in vigore.

Per agevolare il consumo dei farmaci necessari ai cittadini meno abbienti e a determinate categorie di pazienti affetti da malattie particolarmente gravi o a decorso cronicizzante, l'articolo 1, comma 3, della citata legge 23 dicembre 1994, n. 724, nel sostituire il comma 16 dell'articolo 8 della legge n. 537 del 1993, ha disposto che a decorrere dal 1° gennaio 1995 sono esentati dalla partecipazione alla spesa prevista per l'erogazione dei farmaci collocati in classe B, nonché per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, i cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni, purché il reddito complessivo del loro nucleo familiare non risulti superiore a 70 milioni di lire in riferimento all'anno precedente.

Sono previste ulteriori esenzioni connesse

ai livelli di reddito. Vengono infatti esentati i cittadini appartenenti ad un nucleo familiare dotato di un reddito complessivo, riferito al 1994, inferiore ai 16 milioni di lire, con incremento fino a 22 milioni in presenza del coniuge e con un ulteriore milione per ogni figlio a carico, i titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni, i titolari di pensioni sociali e i disoccupati.

Con particolare riguardo alle forme morbose, sono altresì esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i portatori di patologie neoplastiche maligne e i pazienti in attesa di trapianti di organi, mentre i soggetti affetti dalle patologie e gli appartenenti alle categorie previste dal decreto del Ministero della sanità del 1° febbraio 1991, e successive modificazioni e integrazioni, vengono esentati limitatamente alle prestazioni individuate dallo stesso decreto.

In ogni caso, per poter usufruire della completa gratuità dei farmaci collocati in classe B, i cittadini esenti, con l'esclusione degli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al cento per cento e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta.

Peraltro, il Governo è intervenuto fin dal 30 giugno 1994, con decreto-legge n. 419 recante disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità, al fine di garantire la dispensazione gratuita anche dei medicinali collocati in classe C, ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, agli assistiti del servizio sanitario nazionale che ne abbiano assoluta necessità in ragione della particolare patologia cronica o di lunga durata della quale soffrono.

In questi casi, l'unità sanitaria locale competente provvede appunto alla dispensazione dei farmaci in questione, purché l'assoluta necessità del relativo trattamento venga riconosciuta dalla stessa USL, in conformità ai criteri a tal fine adottati dalla CUF. Lo stanziamento a questo scopo autorizzato in ambito nazionale è pari a lire 76 miliardi.

Il già citato decreto-legge n. 419 è stato più volte reiterato, da ultimo con il decreto-legge 23 dicembre 1994, n. 722, tuttora

operante. Nel frattempo, con proprio provvedimento del 25 luglio 1994, la CUF ha individuato i criteri previsti dal legislatore, conformandoli alla eccezionalità del caso clinico, alla disponibilità di documentazione scientifica e all'impossibilità di alternative terapeutiche. L'operatore sanitario che propone la dispensazione gratuita è il medico di base, mentre è tuttora l'unità sanitaria locale competente ad esprimere il giudizio, affermativo o negativo, circa l'assoluta necessità del trattamento.

In caso di risposta affermativa, l'USL rilascia il modulo personale che garantisce all'assistito, per un periodo di tempo definito, la dispensazione gratuita del farmaco o dei farmaci proposti. Le ricette sono valide in qualsiasi farmacia. Avverso la decisione negativa, invece, il medico può fare appello all'assessorato regionale competente.

L'attività della CUF, anche in relazione alla problematica ora richiamata, non si è interrotta. Infatti, nel corso della seduta del 21 novembre 1994, la commissione, ribadito che l'assoluta necessità, posta dal decreto-legge 23 dicembre 1994, n. 722, quale fondamento del trattamento terapeutico con i medicinali collocati in fascia C di cui all'articolo 8, comma 10, della legge n. 537 del 1993, dispensati gratuitamente, deve riferirsi all'opportunità di garantire all'individuo il maggior grado di salute fisica e psichica, e che la dispensazione gratuita dei medicinali non rimborsabili da parte del servizio sanitario nazionale deve corrispondere ai criteri della eccezionalità del caso clinico, della documentazione scientifica disponibile, della impossibilità di alternative terapeutiche, ha delineato più agevoli e funzionali modalità di dispensazione.

In base a questo ulteriore provvedimento della CUF, recante appunto criteri e modalità innovativi del procedimento adottato per la dispensazione gratuita dei medicinali non rimborsabili, ed attualmente all'esame della Corte dei conti per quanto di competenza, il proponente è un medico dipendente dell'unità sanitaria locale o con essa convenzionato.

La richiesta va inoltrata ad una commissione regionale deputata alla valutazione della congruità o meno dell'iniziativa, e deve

essere accompagnata da una motivata relazione sul singolo caso, con particolare riferimento al piano terapeutico proposto, alla posologia dei farmaci ed alla durata della cura. Ricevuta la richiesta, la commissione regionale provvede ad esprimere il giudizio, positivo o negativo, entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta stessa.

Ogni tre mesi l'assessorato regionale competente invia al Ministero della sanità, e quindi alla commissione unica del farmaco, una nota dei casi di dispensazione gratuita, indicando la sigla del malato, la diagnosi, il farmaco utilizzato, la sua posologia e la durata del trattamento instaurato.

È infine doveroso ricordare che l'accertamento diagnostico, notoriamente soggetto a tecniche e a strumentazioni sempre più sofisticate e complesse, è un fattore insostituibile per l'individuazione degli stati patologici e morbosità e costituisce la prima e necessaria fase nella predisposizione di ogni trattamento terapeutico.

Per quel che concerne l'onerosità delle indagini diagnostiche lamentata nell'interrogazione, non va dimenticato che la legge 23 dicembre 1994, n. 724, ha disposto che tutti i cittadini, tranne quelli esentati dalla partecipazione alla relativa spesa ai sensi del già ricordato articolo 1, comma 3, della suddetta legge, sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, tra le quali la fisiokinesiterapia e le cure termali, fino all'importo massimo di lire 70 mila per ricetta, con assunzione a carico del servizio sanitario nazionale degli importi eccedenti tale limite. Sono altresì esenti le prestazioni diagnostiche, di laboratorio e specialistiche, di cui all'articolo 5, comma 3, ultimo periodo, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, come sostituito dal 16-*quinquies* dello stesso articolo 1, quando siano effettuate in corso di gravidanza presso le strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o accreditate dal servizio sanitario nazionale, e tutte le prestazioni indicate nell'articolo 5 del citato decreto ministeriale del 1° febbraio 1991.

I cittadini esenti, con esclusione degli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, degli invalidi civili al cento per

cento e dei grandi invalidi del lavoro e per servizio, sono tenuti al pagamento di una quota fissa di lire 6 mila per ogni prescrizione relativa a tutte le suddette prestazioni diagnostiche.

Infine, sia per poter mantenere la spesa farmaceutica entro il tetto dei 9 mila miliardi, sia per rendere maggiormente razionale ed omogeneo il confezionamento delle specialità medicinali, con evidenti risultati di ordine terapeutico e pratico, l'articolo 8, comma 1, della legge n. 724 del 1994, ha sottolineato la necessità dell'applicazione ai prodotti farmaceutici di un confezionamento ottimale, con particolare riguardo al ciclo di terapia. Allo stesso fine, il comitato interministeriale per la programmazione economica, avvalendosi sia della CUF che di esperti in economia farmaceutica, è tenuto a fornire al Governo elementi conoscitivi e criteri classificativi ai fini dell'introduzione di un sistema basato sui prezzi di riferimento dei farmaci.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, della stessa legge n. 724 del 1994, il Ministero della sanità, sentito il parere della CUF, è tenuto a definire, entro il 31 marzo 1995, per ciascuna categoria di farmaci destinati alla cura delle patologie indicate nel citato decreto ministeriale 1° febbraio 1991, il confezionamento ottimale per ciclo di terapie, prevedendo fra l'altro *standards* di confezionamento a posologia limitata destinati ad evidenziare sia possibili fenomeni di intolleranza sia la reale efficacia del farmaco. D'altra parte, il primo passo verso il confezionamento ottimale delle specialità medicinali è già stato compiuto con il decreto ministeriale del 19 ottobre 1994, contenente disposizioni rivolte alla razionalizzazione delle confezioni farmaceutiche.

Per evitare ogni tipo di spreco e garantire la copertura della terapia per il periodo medio di degenza, così da facilitare la prescrizione e l'assunzione dei farmaci, e per conseguire, inoltre, una più razionale disponibilità dei prodotti dispensati dal servizio sanitario nazionale, il decreto ministeriale del 19 ottobre 1994 ha inteso indicare, alle aziende farmaceutiche titolari di autorizzazioni all'immissione in commercio di specialità medicinali appartenenti alle classi A e B,

criteri uniformi ed espliciti, prospettando l'esigenza di una standardizzazione dei farmaci contenenti lo stesso principio attivo e della comune adozione di un confezionamento proporzionato ad un determinato periodo di terapia.

Per alcuni casi specifici sono state fornite le appropriate indicazioni: ad esempio, per i sali di calcio si è valutato di collocare in classe A solo le preparazioni contenenti almeno un grammo di calcio. È stato altresì determinato che le dosi dello stesso principio attivo presenti in più preparazioni medicinali dovranno essere unificate e ridotte al minimo possibile. Ad esempio, invece di avere compresse da 5, 10, 20 e 40 milligrammi, si possono avere compresse da 10 e 40 milligrammi divisibili. Contestualmente, lo stesso decreto, per assicurare l'ottimale soddisfacimento di tali esigenze, ha imposto alle aziende farmaceutiche la presentazione di domande dirette ad ottenere, secondo i criteri riportati nel relativo allegato, la modifica delle confezioni già autorizzate.

Per le stesse ragioni, anche per le specialità medicinali già in commercio in confezioni che risultino conformi, le imprese interessate devono inviare una comunicazione che dimostri, sia pure in modo sintetico, la sussistenza di tale conformità ai criteri previsti.

Tutte le domande e le comunicazioni presentate al Ministero della sanità debbono essere sottoposte all'esame della CUF, chiamata a pronunciarsi sulle proposte di modifica della confezione. Le confezioni ritenute non conformi non potranno più essere erogabili dal servizio sanitario nazionale dopo il 30 giugno 1995.

PRESIDENTE. Il tenore del suo complesso e articolato intervento mi induce a chiederle, signor sottosegretario, se esso sia da ritenersi comprensivo anche della risposta alla successiva interrogazione n. 3-00238 dell'onorevole Bogi.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. No, signor Presidente, dispongo al riguardo di ulteriori e molto dettagliati elementi. L'importanza dell'interrogazione merita, infatti, una risposta articolata.

PRESIDENTE. Sta bene, signor sottosegretario.

L'onorevole Sciacca ha dunque facoltà di replicare per l'interrogazione Saia n. 3-00076, di cui è cofirmatario.

ROBERTO SCIACCA. Signor sottosegretario, ho apprezzato il modo dettagliato con cui ha risposto alla nostra interrogazione. Ha sostanzialmente riassunto le attuali normative fotografando, quindi, la situazione esistente ed indicando alcune modifiche in corso o che si prevede di adottare. Credo tuttavia, proprio perché, come già sottolineato nell'interrogazione, si tratta di un problema che riguarda milioni di cittadini italiani ed ha una evidente ricaduta sulla vita di ognuno di noi, che vi sia bisogno di aggiungere qualcosa. Tenterò, pertanto, di svolgere alcune osservazioni per contribuire alla individuazione di ulteriori modifiche in positivo rispetto alla situazione nella quale ci troviamo.

Come ha già ricordato il sottosegretario, i farmaci sono divisi in tre fasce. La fascia A comprende i farmaci a totale carico del servizio sanitario nazionale; la fascia B quelli al 50 per cento a carico del servizio sanitario nazionale; la fascia C quelli a totale carico degli assistiti.

Un problema che a mio avviso va assolutamente affrontato è relativo al fatto che tra i farmaci di quest'ultima fascia ve ne sono molti assolutamente utili; cardiotonici come l'ibopamina, tutti i vasodilatatori, l'acido folico (necessario per le anemie macrocitarie, per i cirrotici, per le donne in gravidanza), il lattulosio (rispetto al quale il sottosegretario ha già preannunciato modifiche), tutti i fluidificanti e balsamici (necessari ai bronchitici), tutti gli antipiretici, anche se di basso costo come il paracetamolo. Tale problema andrebbe affrontato a fondo per trovare una soluzione.

Vi è tuttavia un secondo problema concernente i farmaci di fascia A e B. Per molti di essi vi sono note aggiuntive che ne limitano la prescrivibilità, che appaiono troppo rigide, spesso incomprensibili ed astruse e che obbligano i pazienti a fare una serie di indagini complesse e costose per ottenere la prescrizione del farmaco. Si prenda, per

esempio, il caso degli esami cui occorre essere sottoposti per poter ottenere la prescrizione dell'acido ursodesossicolico, oppure le note relative ai farmaci antiulcera, che ne limitano la prescrivibilità di norma, a sei o otto settimane. Questo significa forse che se il paziente non è guarito i farmaci non si possono più prescrivere?

Vi è poi un terzo problema. Molti farmaci di fascia C vengono prescritti spesso non solo dai medici di base ma anche da ospedali, cliniche universitarie e poliambulatori specialistici pubblici. Essi vengono usati negli ospedali ma al di fuori di tali strutture non vengono dispensati dal servizio sanitario nazionale. Allora ci domandiamo: sono farmaci utili oppure no? Due sono le possibilità: se sono utili, devono essere dispensati dal servizio sanitario nazionale; se non lo sono, non dovrebbero neanche essere commercializzati come farmaci (questo è quanto avviene, ad esempio, negli Stati Uniti d'America), né essere usati in ospedale o negli ambulatori pubblici, né essere prescritti al momento della dimissione dei pazienti dagli ospedali.

Questi sono i quesiti che volevo aggiungere alle cose dette dal sottosegretario. Quello cui ci riferiamo è, infatti, un problema che riguarda la vita di tutti i cittadini italiani. Esso andrebbe dunque affrontato con estrema attenzione per trovare tutte le possibili soluzioni.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione Bogi n. 3-00238, sul mercato farmaceutico europeo (vedi l'allegato A).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Signor Presidente, poiché come ho già detto poc'anzi gli elementi di risposta sono molto dettagliati, io mi limiterei, in questa sede, anche per ragioni di tempo, a soffermarmi solo su alcuni punti, chiedendo alla presidenza di autorizzare la pubblicazione del testo integrale della mia risposta in calce al resoconto stenografico della seduta odierna.

PRESIDENTE. Sta bene, sottosegretario Condorelli. La Presidenza autorizza la pub-

blicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna del testo integrale della sua risposta.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Mi soffermerò dunque ora — ripeto — soltanto su alcuni punti.

La direttiva del Consiglio delle Comunità europee 89/105, emanata in data 21 dicembre 1988, ha inteso dettare una serie di disposizioni riguardanti la trasparenza delle misure adottate autonomamente dagli Stati membri per la fissazione di prezzi delle specialità medicinali per uso umano e la loro inclusione nei propri regimi nazionali di assistenza sanitaria.

In particolare, nel caso in cui la commercializzazione di una specialità medicinale, ovvero la richiesta di aumento del prezzo di una specialità medicinale già posta sul mercato, vengano permesse solo dopo che le autorità competenti dello Stato membro dell'Unione europea abbiano approvato il prezzo del prodotto, la direttiva prevede, appunto, che lo Stato adotti la relativa decisione, comunicandola al richiedente entro un termine di novanta giorni dalla presentazione della domanda. In entrambi i casi la richiesta deve essere corredata delle necessarie informazioni, a cui possono aggiungersi supplementari informazioni particolareggiate.

Se le autorità competenti decidono di non permettere la commercializzazione della specialità medicinale o l'aumento, in tutto od in parte, del prezzo richiesto, la conseguente decisione ne deve esporre i motivi basandosi su criteri obiettivi e verificabili. Il richiedente viene inoltre informato dei mezzi di ricorso di cui dispone in virtù delle leggi in vigore e dei termini entro cui deve introdurre il medesimo ricorso.

Almeno una volta all'anno le autorità competenti redigono un'appropriata pubblicazione e comunicano alla Commissione europea l'elenco delle specialità medicinali per cui sono stati fissati od accordati aumenti di prezzo durante il periodo preso in considerazione con l'indicazione del relativo importo.

Per quel che concerne i criteri secondo cui sottoporre o meno a rimborso le specialità medicinali, la direttiva 89/105 della CEE

prevede per gli Stati membri la possibilità di decidere l'inclusione di ogni singola specialità medicinale nell'elenco dei prodotti sottoposti a regime di assistenza farmaceutica. In ogni caso di decisione, da parte della competente autorità, di non includere ovvero di escludere una specialità dal predetto elenco, questa deve contenere un esposto dei motivi basato su criteri obiettivi e verificabili, compresi gli eventuali pareri o le raccomandazioni degli esperti su cui la decisione sia stata fondata. Anche in tale fattispecie gli interessati sono informati dei mezzi di ricorso e dei termini entro cui sono esperibili. Nel caso in cui le competenti autorità dei paesi membri decidano di escludere singole specialità medicinali od intere categorie di specialità medicinali dalla copertura del proprio regime nazionale di assistenza sanitaria compilando un apposito «elenco negativo», ciascuna decisione di esclusione deve essere basata su criteri obiettivi e verificabili.

Tali decisioni, accompagnate da eventuali pareri e raccomandazioni di esperti, sono comunicate agli interessati insieme alla indicazione dei mezzi di ricorso e dei termini a disposizione per l'impugnativa degli atti.

Gli elenchi delle specialità medicinali escluse dal regime di assistenza farmaceutica e i criteri utilizzati ai fini della classificazione terapeutica per gli scopi del citato regime vengono comunicati alla Commissione europea.

Per quanto riguarda il regime di assistenza sanitaria e di distribuzione dei farmaci attualmente in vigore in Italia, esso, come è noto, è ora fondato sulla legge 24 dicembre 1993, n. 537, come successivamente modificata ed integrata con la recente legge 23 dicembre 1994, n. 724 (misure di razionalizzazione della finanza pubblica). Infatti, per effetto dell'articolo 8 della detta legge n. 537 del 1993, tra le altre disposizioni in materia di sanità è stato abolito, a decorrere dal 1° gennaio 1994, il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, a suo tempo istituito dall'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il preesistente sistema di erogazione di farmaci agli assistiti è stato sostituito dalla classificazione effettuata dalla commissione

unica del farmaco, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 266, relativamente a tutte le specialità medicinali e ai preparati galenici già in commercio alla data del 31 dicembre 1993.

Per quanto riguarda la classificazione dei farmaci, come loro fanno, sono suddivisi in: farmaci essenziali — classe A; farmaci diversi da quelli della classe A ma di rilevante interesse terapeutico — classe B; e farmaci privi delle caratteristiche indicate nelle classi A e B — classe C.

La classificazione viene costantemente operata nel pieno rispetto della legge n. 537 del 1993 e, in particolare, la commissione unica del farmaco nell'attuare, tramite il proprio iniziale provvedimento del 30 dicembre 1993, la riclassificazione delle specialità medicinali già presenti in commercio, ha ritenuto necessario distinguere, tra i farmaci da porre in classe A e i medicinali — a tal fine contraddistinti con il simbolo H — da impiegare nel solo ambito ospedaliero o degli ambulatori specialistici.

Peraltro, la commissione ha ritenuto a suo tempo opportuno prorogare il sistema della duplice via di distribuzione, in regime di servizio sanitario nazionale, sia attraverso le strutture pubbliche, sia per il tramite delle farmacie aperte al pubblico, per le specialità medicinali, già contrassegnate con il simbolo H, ed ora, in base all'articolo 1, comma 7, del provvedimento della commissione unica del farmaco del 18 aprile 1994, incluse «...nell'elenco riportato in calce alla nota 37...».

Inoltre, in linea con quanto richiesto dal legislatore e con i propri criteri, la commissione ha prestato cura al rapporto costo-beneficio più favorevole e alle mitigazioni dei prezzi dei farmaci proposte od accettate dalle aziende farmaceutiche. Nella relazione che ho chiesto di pubblicare in calce al resoconto stenografico della seduta odierna sono specificate tutte le indicazioni seguite dalla commissione unica del farmaco.

Le specialità confrontabili sono quelle con lo stesso principio attivo, ovvero con la stessa associazione di principi attivi ed analoga forma farmaceutica, mentre gli eccipienti possono essere diversi.

All'interno della forma farmaceutica con-

siderata, vengono selezionate le confezioni più vicine per dosaggio a quella italiana e viene poi calcolato il prezzo per unità di principio attivo, dividendo il fatturato totale inerente a quel determinato «dosaggio» per la quantità di principio attivo venduto in confezioni aventi quello stesso dosaggio. La relazione contiene altri dettagli su come viene calcolato il prezzo del farmaco. Si dà anche la possibilità all'impresa, entro 15 giorni dalla notifica della comunicazione, di ricalcolare, sulla base del prezzo medio europeo, il prezzo della propria specialità medicinale ed a ripubblicarlo secondo le modalità previste dalla deliberazione del 25 febbraio 1994.

Vi sono altri aspetti importanti. Per affrontare puntualmente tutti i rilievi dell'interrogazione dell'onorevole Bogi, vorrei precisare alcuni dati che possono essere utili per dare risposta all'interrogante.

Nel corso dell'incontro svoltosi il 26 aprile 1994, con la partecipazione di alcuni membri della Commissione dell'unione europea e di rappresentanti della CUF e del CIPE, le scelte operate dall'amministrazione italiana sui punti controversi sono state spiegate e documentate. Il successivo carteggio intrattenuto fra le parti intervenute alla riunione ha ulteriormente chiarito le motivazioni di tali scelte.

In ogni caso, la deliberazione CIPE del 3 agosto 1994 ha rilevato espressamente la necessità di acquisire dati informativi certi su cui fondare le opportune modifiche tese ad accrescere la razionalità e la coerenza del nuovo sistema di determinazione del prezzo dei farmaci, con particolare riferimento proprio ai punti sollevati.

Quanto al blocco dei prezzi dei farmaci non rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, già il decreto-legge 19 settembre 1994, n. 544, aveva stabilito che, per tutto il 1994, i prezzi dei medicinali collocati nella classe C, di cui all'articolo 8, comma 10, della legge n. 537 del 1993, non avrebbero potuto subire variazioni in aumento rispetto ai prezzi in vigore al 15 settembre 1994. Adesso vi è stata un'ulteriore proroga con nuovo provvedimento.

Dopo aver ricordato che l'ambito di applicazione della delibera del CIPE riguarda

tutte le specialità medicinali ed i farmaci preconfezionati prodotti industrialmente, in quanto rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, e che le riduzioni del 2,5 per cento e del 5 per cento si applicano sui prezzi al pubblico, compresi di IVA, pubblicati dalle imprese sulla base dei criteri e delle disposizioni contenute nelle deliberazioni dianzi illustrate, il CIPE ha sottolineato inoltre che i ricavi di cui all'articolo 7, comma 2, della legge n. 724 del 1994, vanno riferiti alle vendite in Italia, rilevabili dalle fatture emesse, dei prodotti classificati nelle fasce A, B e C ottenuti dalle imprese che, in quanto titolari di autorizzazione all'immissione in commercio o in regime di concessione, abbiano appunto realizzato le vendite nei distinti periodi del 1° settembre 1993 e del primo semestre 1994.

Per quanto riguarda le effettive modalità applicative della riduzione del prezzo dei farmaci, il CIPE ha disposto che i prezzi di ogni confezione vengano diminuiti del 2,5 per cento con arrotondamento alle 100 lire, ed alle 10 lire per i prodotti con prezzo inferiore alle 2 mila lire, ed entrino in vigore dal quinto giorno successivo alla pubblicazione della stessa delibera.

I nuovi prezzi vanno applicati direttamente alla clientela fino ad esaurimento delle scorte dei medicinali disponibili.

Per quanto riguarda la riduzione del 5 per cento, sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, a cura del Ministero del bilancio e della programmazione economica (servizio per l'attuazione della programmazione economica), l'elenco delle aziende che dovranno subire la diminuzione del prezzo dei propri prodotti. Tali prezzi entreranno in vigore il quinto giorno successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* dell'elenco ora indicato.

Infine, i titolari dei prodotti di nuova autorizzazione all'immissione in commercio, erogabili dal servizio sanitario nazionale, sono tenuti a far pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* il prezzo calcolato in base ai criteri precedentemente stabiliti in materia dalla delibera CIPE, indicando altresì che tale prezzo è soggetto alle diminuzioni del 2,5 per cento ovvero del 5 per cento, effettuate secondo le disposizioni contenute nella

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 3 FEBBRAIO 1995

medesima deliberazione CIPE del 10 gennaio 1995.

Mi scuso di aver risposto forse frammentariamente all'interrogazione dell'onorevole Bogi, ma il testo a mia disposizione è molto dettagliato. Devo dire che il Governo ha apprezzato il contenuto dell'interrogazione dell'onorevole Bogi. D'altra parte, si tratta di una materia che è attualmente oggetto di revisione. Il Governo proprio per cercare di operare nel migliore dei modi è assai lieto di ogni contributo che potrà venire dal Parlamento.

PRESIDENTE. L'onorevole Bogi ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-00238.

GIORGIO BOGI. Ringrazio il sottosegretario Condorelli per la sua risposta. Devo dire di concordare con lui sul fatto che quella in esame è una materia su cui si dovrà tornare. Quanto alle recenti dichiarazioni in materia rese dal ministro in Commissione, mi ero riservato di giudicare l'ipotesi del Governo di una nuova classificazione di farmaci — ove l'esecutivo intenda affrontare la questione —, soprattutto con riferimento al fatto che il provvedimento collegato alla finanziaria aveva sospeso le nuove ipotesi di classificazione. Ribadisco, pertanto, che si dovrà tornare ad esaminare la materia nel suo complesso.

Ringraziando il sottosegretario Condorelli anche per la dichiarata disponibilità a collaborare con il Parlamento, mi limiterò a fare due sole osservazioni. Quando nella mia interrogazione parlo della modificazione delle modalità di distribuzione di farmaci, in realtà non mi riferisco ai farmaci di categoria H, ma ad una serie di iniziative che ipotizzavano la possibilità di distribuire il farmaco in esercizi diversi dalle istituzioni sanitarie e dalle farmacie. Nonostante diversi paesi del mondo abbiano adottato tale sistema, io lo considero un errore e per certi versi, date le condizioni della farmacovigilanza in Italia, dell'educazione sanitaria e dell'informazione diffusa, anche un elemento di rischio. È infatti notorio che i meccanismi di automedicazione portano spesso il cittadino all'assunzione di una quantità di

farmaci non indispensabile per le sue condizioni, il che può anche provocare seri danni.

Signor sottosegretario, questo è l'unico aspetto della sua risposta che ho trovato carente. Per il resto, la ringrazio nuovamente e le confermo la piena disponibilità ad interloquire in materia con il Governo.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento della interpellanza e delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della prossima seduta.

Lunedì 6 febbraio 1995, alle 17:

Interpellanze ed interrogazioni.

La seduta termina alle 11,5.

TESTO INTEGRALE DELLA RISPOSTA DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO PER LA SANITÀ MARIO CONDORELLI ALL'INTERROGAZIONE BOGI ED ALTRI N. 3-00238.

MARIO CONDORELLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* La direttiva del Consiglio delle comunità europee n. 89/105/CEE, emanata in data 21 dicembre 1988, ha inteso dettare una serie di disposizioni riguardanti la trasparenza delle misure adottate autonomamente dagli Stati membri per la fissazione di prezzi delle specialità medicinali per uso umano e la loro inclusione nei propri regimi nazionali di assistenza sanitaria.

In particolare, nel caso in cui la commercializzazione di una specialità medicinale, ovvero la richiesta di aumento del prezzo di una specialità medicinale già posta sul mercato vengano permesse solo dopo che le autorità competenti dello Stato membro dell'Unione Europea abbiano approvato il prezzo del prodotto, la direttiva prevede, appunto, che lo Stato adotti la relativa decisione, comunicandola al richiedente entro un termine di novanta giorni dalla presentazione della domanda.

In entrambi i casi la richiesta deve essere corredata delle necessarie informazioni, a cui possono aggiungersi supplementari informazioni particolareggiate.

Se le autorità competenti decidono di non permettere la commercializzazione della specialità medicinale o l'aumento, in tutto od in parte, del prezzo richiesto, la conseguente decisione ne deve esporre i motivi basandosi su criteri obiettivi e verificabili. Il richiedente viene inoltre informato dei mezzi di ricorso di cui dispone in virtù delle leggi in vigore e dei termini entro cui deve introdurre il medesimo ricorso.

Almeno una volta all'anno le autorità competenti redigono una appropriata pubblicazione e comunicano alla Commissione europea l'elenco delle specialità medicinali per cui sono stati fissati od accordati aumenti di prezzo durante il periodo preso in considerazione, con l'indicazione del relativo importo.

Per quel che concerne i criteri secondo cui sottoporre o meno a rimborso le specialità medicinali, la direttiva 89/105/CEE prevede per gli Stati membri la possibilità di decidere l'inclusione di ogni singola specialità medicinale nell'elenco dei prodotti sottoposti a regime di assistenza farmaceutica. In ogni caso di decisione, da parte della competente autorità, di non includere, ovvero di escludere una specialità dal predetto elenco, questa deve contenere un esposto dei motivi basato su criteri obiettivi e verificabili, compresi gli eventuali pareri o le raccomandazioni degli esperti su cui la decisione sia stata fondata. Anche in tale fattispecie gli interessati sono informati dei mezzi di ricorso e dei termini entro cui sono esperibili. Nel caso in cui le competenti autorità dei paesi membri decidano di escludere singole specialità medicinali od intere categorie di specialità medicinali dalla copertura del proprio regime nazionale di assistenza sanitaria compilando un apposito «elenco negativo», ciascuna decisione di esclusione deve essere basata su criteri obiettivi e verificabili.

Tali decisioni, accompagnate da eventuali pareri e raccomandazioni di esperti, sono comunicate agli interessati, insieme alla indicazione dei mezzi di ricorso e dei termini a disposizione per l'impugnativa degli atti.

Gli elenchi delle specialità medicinali escluse dal regime di assistenza farmaceutica ed i criteri utilizzati ai fini della classificazione terapeutica per gli scopi del citato regime vengono comunicati alla Commissione europea.

Per quanto riguarda il regime di assistenza sanitaria e di distribuzione dei farmaci attualmente in vigore in Italia, questo, come noto, è ora fondato sulla legge 24 dicembre 1993, n. 537, come successivamente modificata ed integrata da ultimo con la recente legge 23 dicembre 1994, n. 724 (misure di razionalizzazione della finanza pubblica).

Infatti, per effetto dell'articolo 8 di detta legge n. 537 del 1993, tra le altre disposizioni in materia di sanità, è stato abolito — a decorrere dal 1° gennaio 1994 — il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, a suo tempo istituito dall'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il preesistente sistema di erogazione dei farmaci agli assistiti è stato sostituito dalla classificazione effettuata dalla commissione unica del farmaco, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 266, relativamente a tutte le specialità medicinali ed ai preparati galenici già in commercio alla data del 31 dicembre 1993, ovvero posti sul mercato successivamente.

Tale classificazione, attuata in modo da garantire che l'onere a carico del servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica nell'anno 1994 non superasse l'importo di lire 10 mila miliardi sulla base dei consumi del periodo 1° settembre 1992-31 agosto 1993 — tetto massimo di spesa ora ridotto a 9 mila miliardi per il 1995 e ciascuno dei due anni successivi ai sensi dell'articolo 7, commi 4 e 5, della recente legge 23 dicembre 1994, n. 724 —, ha comportato la distribuzione di tutti i farmaci nelle seguenti classi:

- a) farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche;
- b) farmaci, diversi da quelli di cui alla lettera a), di rilevante interesse terapeutico;
- c) altri farmaci privi delle caratteristiche indicate alle lettere a) e b).

I farmaci collocati in classe A permangono a totale carico del servizio sanitario nazionale con la corresponsione, da parte dell'assistito, di una quota fissa.

Per i farmaci posti in classe B è dovuta invece una partecipazione alla spesa nella misura del 50 per cento del prezzo di vendita al pubblico.

Infine i farmaci della classe C sono a totale carico dell'assistito.

La classificazione viene costantemente operata nel pieno rispetto della legge n. 537 del 1993 e tenendo conto sia degli aspetti eminentemente farmacologici (attività terapeutica, tossicità, rapporto rischio/beneficio), che delle esigenze socio-sanitarie, economiche e finanziarie indicate dalla medesima legge.

In particolare la Commissione unica del farmaco (CUF), nell'attuare, tramite il proprio iniziale provvedimento del 30 dicembre 1993, la riclassificazione delle specialità medicinali già presenti in commercio, ha ritenuto necessario distinguere, tra i farmaci da porre in classe A, i medicinali — a tal fine contraddistinti con il simbolo H — da impiegare nel solo ambito ospedaliero o degli ambulatori specialistici.

Tale distinzione trova motivazione, da un lato, nell'opportunità di richiamare all'attenzione degli operatori sanitari che alcune specialità medicinali, da qualificare essenziali e, quindi, appartenenti alla classe A, possono trovare impiego soltanto in ambiente ospedaliero (si pensi, a titolo di esempio, agli anestetici generali, la cui presenza in commercio è essenziale per la quotidiana attività chirurgica), dall'altro dalla necessità di prevedere, per talune specialità precedentemente erogate dal servizio sanitario nazionale attraverso l'ordinario canale delle farmacie, un diversa forma distributiva, per il tramite degli ospedali e delle strutture pubbliche, ritenuta più idonea ed appropriata ad assicurare un migliore e più assiduo controllo sanitario e terapeutico ed a garantire un maggiore contenimento della spesa farmaceutica, data l'inderogabile esigenza di mantenere il livello di quest'ultima entro il rigoroso «tetto» stabilito dal legislatore.

Senza aver alcuna intenzione di «sovertire» la disciplina della distribuzione dei medicinali attraverso le farmacie, la CUF, ponendo a presupposto del proprio modo di procedere criteri ed aspetti di esclusiva natura terapeutica e farmacologica, osservan-

do nello stesso tempo i limiti di natura economica e finanziaria imposti dal legislatore ed operando, parimenti, nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia sanitaria, ha attribuito al concetto di «cura ospedaliera» una validità maggiormente funzionale nei confronti della concreta risoluzione delle esigenze imposte dalla assistenza clinica, farmaceutica e sanitaria.

Peraltro la Commissione ha ritenuto a suo tempo opportuno prorogare il sistema della duplice via di distribuzione, in regime di servizio sanitario nazionale, sia attraverso le strutture pubbliche, che per il tramite delle farmacie aperte al pubblico, per le specialità medicinali, già contrassegnate con il simbolo H ed ora, in base all'articolo 1, comma 7, del provvedimento CUF del 18 aprile 1994, incluse «...nell'elenco riportato in calce alla nota 37...».

Tale proroga, — che ai sensi del provvedimento CUF del 26 luglio 1994 era operante sino al 31 dicembre 1994 e sarà probabilmente estesa sino alla data del 30 giugno 1995 — si è resa necessaria sia per superare definitivamente le comprensibili difficoltà ingeneratesi nel sistema sanitario in seguito alla fattiva attuazione delle disposizioni in materia contenute nella legge n. 537 del 1993, sia al fine di consentire alle competenti autorità regionali e locali l'adozione ed il perfezionamento delle misure più idonee alla corretta e puntuale distribuzione agli assistiti dei prodotti suscettibili, appunto, di impiego domiciliare.

Quanto al cruciale problema dello spostamento delle specialità medicinali dalle classi soggette a rimborso alla classe C, va detto che le relative determinazioni della CUF sono avvenute ed avvengono in osservanza sia dei criteri indicati dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 537 del 1993 che — ovviamente — di quelli contenuti nelle linee guida adottate dalla stessa commissione ai fini della riclassificazione dei medicinali e più volte apprezzati dal legislatore (da ultimo con decreto legislativo del 21 gennaio 1995, n. 20, tuttora vigente).

Fermo restando che in alcuni casi anche il prodotto precedentemente classificato in fascia C è stato ammesso al rimborso, le ragioni di questi spostamenti possono ravvi-

sarsi, da un lato, nella evidente concitazione con cui la CUF ha originariamente dovuto assolvere il compito attribuitole dalla legge 24 dicembre 1994, n. 537, nonché nelle comprensibili difficoltà derivate dalla stessa attività riclassificatoria; dall'altro, nel costante ed approfondito aggiornamento di ogni tipo di tematica relativa alla problematica del farmaco, effettuato utilizzando in particolare articoli, documenti, letteratura scientifica nazionale ed estera, nonché ogni dato disponibile.

Inoltre, in linea con quanto richiesto dal legislatore e con i propri criteri, la commissione ha prestato cura al rapporto costo/beneficio più favorevole ed alle «mitigazioni» dei prezzi dei farmaci proposte od accettate dalle aziende farmaceutiche.

Per quel che concerne la nuova procedura di determinazione del prezzo delle specialità medicinali, lo stesso articolo 8, comma 12, della legge n. 537 del 1993 ha stabilito a suo tempo che, a decorrere dal 1 gennaio 1994, i prezzi delle specialità medicinali, esclusi i prodotti da banco, venissero sottoposti a regime di sorveglianza secondo le modalità indicate dal CIPE e non potessero superare la media dei prezzi risultanti per prodotti simili ed inerenti al medesimo principio nell'ambito della CEE: se inferiori, l'adeguamento alla media comunitaria non poteva avvenire in misura superiore al 20 per cento annuo della differenza.

Nello stesso tempo veniva privato il CIP di ogni precedente competenza in materia di fissazione e revisione del prezzo delle specialità medicinali.

Con la propria prima deliberazione del 25 febbraio 1994 il CIPE individuava, così, i criteri per la determinazione del prezzo medio europeo d'acquisto delle specialità medicinali.

La scelta del metodo di calcolo del prezzo medio europeo risulta operata sulla base di criteri obiettivi e verificabili, in modo da assicurare la massima chiarezza e trasparenza al sistema, in coerenza con i principi delineati dalla citata direttiva 89/105/CEE.

Il CIPE ha ritenuto opportuno far riferimento ai regimi di determinazione dei prezzi in uso nei quattro paesi europei più significativi per dimensione di mercato e popola-

zione, nonché rappresentativi dei due differenti sistemi di determinazione dei prezzi.

Sulla base di tali considerazioni sono stati prescelti due paesi a «prezzo amministrato» (Francia e Spagna) e due paesi a prezzo libero (Inghilterra e Germania).

Dopo aver sottolineato che l'ambito di applicazione della propria delibera si riferisce alle sole specialità medicinali rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, mentre per quelle poste in fascia C sussiste un regime di prezzo libero, il CIPE ha delineato le modalità di calcolo del prezzo medio europeo.

Le specialità confrontabili sono quelle con lo stesso principio attivo ovvero con la stessa associazione di principi attivi ed analoga forma farmaceutica, mentre gli eccipienti possono essere diversi. Per ciascun principio attivo vengono presi in considerazione i cinque prodotti farmaceutici più venduti per fatturato nei singoli paesi, considerando tutte le forme farmaceutiche. Fra queste ultime vanno subito escluse quelle non analoghe alle forme del prodotto italiano considerato.

All'interno della forma farmaceutica considerata vengono selezionate le confezioni più vicine per dosaggio a quella italiana e viene poi calcolato il prezzo per unità di principio attivo, dividendo il fatturato totale inerente a quel determinato «dosaggio» per la quantità di principio attivo venduto in confezioni aventi quello stesso dosaggio.

La media aritmetica semplice dei quattro prezzi unitari così calcolati nei quattro paesi europei assunti come «campioni di riferimento» costituisce il prezzo medio europeo unitario della specifica confezione italiana considerata, indipendentemente dal numero di unità elementari in essa contenute.

Quanto alle specialità non confrontabili secondo i criteri ora descritti, tale deliberazione ha previsto che l'azienda farmaceutica di volta in volta interessata, al fine di poter procedere anche in questo caso con il metodo consueto, debba chiedere alla CUF, in via preliminare, l'individuazione dei prodotti per il confronto.

Quanto all'entrata in vigore dei prezzi così stabiliti, essa, prevista originariamente per il giorno successivo alla pubblicazione, a carico delle imprese, nel foglio delle inserzioni

della *Gazzetta Ufficiale*, dei nuovi prezzi al pubblico delle specialità medicinali soggette a rimborso da parte del servizio sanitario nazionale, è stata individuata, dalla ulteriore deliberazione CIPE del 13 aprile 1994, nel quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

Con la stessa deliberazione del 25 febbraio 1994 venivano preannunciate le determinazioni in merito alle procedure per la sorveglianza contenute nella successiva deliberazione CIPE del 16 marzo 1994.

Quest'ultimo provvedimento, infatti, dopo aver individuato nel Ministero del bilancio e della programmazione economica — Segreteria CIPE — l'organo incaricato della sorveglianza, ha stabilito che le aziende debbono inviare a tale organo una scheda autocertificativa con la relativa documentazione, contestualmente alla pubblicazione del nuovo prezzo nella *Gazzetta Ufficiale*.

Nel caso in cui l'organo di sorveglianza riscontri scostamenti nei criteri di calcolo del prezzo, esso provvederà a comunicare all'impresa i propri rilievi qualora il prezzo pubblicato dalla stessa risulti superiore a quello medio europeo.

L'impresa, entro quindici giorni dalla notifica della comunicazione, provvederà a ricalcolare, sulla base del prezzo medio europeo, il prezzo della propria specialità medicinale e a ripubblicarlo secondo le modalità previste dalla deliberazione del 25 febbraio 1994.

In merito al regolare funzionamento della «banca dati» sui farmaci espressamente indicata nelle premesse della deliberazione CIPE del 3 agosto 1994, deve precisarsi che presso il Ministero della sanità è attualmente operante un sistema informativo telematico in costante collegamento sia con la «banca dati» comunitaria di Ispra (VA), che con quella attivata dall'OMS ad Uppsala in Svezia, quest'ultima con specifico riguardo agli effetti secondari connessi alla somministrazione dei farmaci.

Alle deliberazioni del CIPE hanno fatto riferimento e riscontro gli interventi legislativi del Governo.

Con successivi interventi, l'ultimo dei quali tramite il decreto-legge 23 dicembre 1994, n. 722, tuttora vigente, il Consiglio dei mi-

nistri ha ribadito che spetta al CIPE la competenza di fissare criteri per la definizione del prezzo medio europeo delle specialità medicinali rimborsabili dal servizio sanitario nazionale e di emanare la conseguente disciplina, stabilendo le procedure relative al regime di sorveglianza applicabile.

Il decreto-legge 21 gennaio 1995, n. 20, recante «Provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali», ha inteso ribadire che il prezzo al pubblico dei farmaci non dispensabili con oneri a carico del servizio sanitario nazionale è libero, mentre, per i preparati collocati nelle predette classi A e B — e dunque erogabili in regime di assistenza farmaceutica —, in attesa della determinazione dei prezzi ai sensi della deliberazione del CIPE sui criteri per la fissazione del prezzo medio dei farmaci, la commercializzazione deve avvenire ai prezzi indicati dalle aziende titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio, ove ritenuti dalla CUF compatibili con i vincoli di spesa farmaceutica previsti dalle disposizioni finanziarie già richiamate.

La deliberazione CIPE datata 25 febbraio 1994 è stata resa nota alla Commissione dell'Unione europea ai sensi della direttiva 89/105/CEE.

La stessa Commissione ha chiesto chiarimenti su alcuni punti specifici della deliberazione CIPE.

Tali punti riguardano esclusivamente: l'inclusione anche dei prodotti generici nei riferimenti ai prezzi esteri; la scelta di soli quattro paesi membri per il calcolo del prezzo medio europeo ed il cambio da utilizzare per la conversione in lire dei prezzi locali (cambio della parità di potere d'acquisto).

Nel corso dell'incontro svoltosi il 26 aprile 1994, con la partecipazione di alcuni membri della Commissione dell'Unione europea e di rappresentanti della CUF e del CIPE, le scelte operate dall'amministrazione italiana sui punti controversi sono state spiegate e documentate.

Il successivo carteggio intrattenuto tra le parti intervenute alla riunione ha ulteriormente chiarito le motivazioni di tali scelte.

In ogni caso, la deliberazione CIPE del 3 agosto 1994 ha rilevato espressamente la necessità dell'acquisizione di dati informati-

vi certi su cui fondare le opportune modifiche tese ad accrescere la razionalità e la coerenza del nuovo sistema di determinazione del prezzo dei farmaci, con particolare riferimento proprio ai punti sollevati.

Quanto al «blocco» dei prezzi dei farmaci non rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, già il decreto-legge 19 settembre 1994, n. 544, aveva stabilito che, per tutto il 1994, i prezzi dei medicinali collocati nella classe C di cui all'articolo 8, comma 10, della legge n. 537 del 1993, non avrebbero potuto subire variazioni in aumento rispetto ai prezzi in vigore al 15 settembre 1994.

Il predetto decreto-legge è stato reiterato, da ultimo, dal già citato decreto-legge 21 gennaio 1995, n. 20, il quale ha esteso il divieto di maggiorazioni del prezzo dei farmaci a regime di vendita libera fino al 20 marzo 1995. Nel frattempo è sopraggiunta la legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica». Tale legge ha dettato numerose disposizioni in materia di spesa ed assistenza farmaceutica. Fra le altre determinazioni, la legge n. 724 del 1994, nel mantenere il sistema di assistenza farmaceutica basato sulla classificazione dei farmaci in tre classi introdotta dalla precedente legge n. 537 del 1993, ha abbassato il «tetto» della relativa spesa a 9 mila miliardi. Peraltro, qualora la spesa per l'assistenza farmaceutica risultasse, sulla base delle proiezioni effettuate al termine del primo semestre del 1995, superiore al predetto limite, la CUF dovrà procedere ad una nuova classificazione dei farmaci sulla base dei consumi dell'anno 1994.

Al fine di mantenere la spesa farmaceutica entro il termine previsto, l'articolo 8, comma 1, di tale legge attribuisce al Ministero della sanità il compito di predisporre i controlli più adeguati per verificare l'assidua applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, da parte delle USL e dei medici di base.

Nel contempo il ministero è chiamato a curare l'applicazione delle norme più idonee al conseguimento di un confezionamento ottimale, per ciclo di terapia, dei prodotti farmaceutici. Allo stesso fine il CIPE, avvalendosi della CUF e con il concorso di esperti

in economia farmaceutica, dovrà fornire al Governo i necessari elementi conoscitivi ed i criteri classificativi utili in vista della possibile introduzione di un sistema basato sui prezzi di riferimento dei farmaci, proponendo inoltre un progetto di sperimentazione relativo alla applicabilità di tale sistema.

L'articolo 9, comma 1, della legge n. 724 del 1994 ha intanto stabilito di limitare, salvo specifiche eccezioni, la prescrizione delle specialità medicinali e dei prodotti generici rimborsabili dal servizio sanitario nazionale al numero massimo di due confezioni per ricetta.

Per quanto riguarda, in particolare, il prezzo dei farmaci, l'articolo 7, comma 2, della legge n. 724 del 1994 ne stabilisce una riduzione con onere a carico del servizio sanitario nazionale. Il prezzo viene ridotto del 2,5 per cento rispetto al prezzo medio europeo vigente al 15 ottobre 1994, calcolato come dianzi illustrato. La riduzione sale al 5 per cento per le aziende farmaceutiche che abbiano ottenuto nel corso del primo semestre del 1994, dalla commercializzazione dei farmaci collocati tanto nelle classi A e B, quanto nella stessa classe C, di cui all'articolo 8, comma 10, legge n. 537 del 1993, un incremento dei profitti in misura pari o superiore al 10 per cento rispetto allo stesso periodo del 1993.

Spetta al CIPE illustrare le modalità applicative di tali riduzioni.

Sempre ai sensi dello stesso articolo 7, qualora l'effetto della riduzione dei prezzi alla data del 30 giugno 1995 risulti inferiore a 450 miliardi annui sulla base delle proiezioni relative ai consumi del primo trimestre 1995, lo stesso comitato interministeriale, sulla proposta del ministro della sanità, provvederà a determinare le ulteriori riduzioni sui prezzi, ove necessarie al conseguimento del risparmio prescritto.

Inoltre, a decorrere dal 1° giugno 1995 verrà applicata l'aliquota IVA del 4 per cento ai prodotti farmaceutici, secondo quanto stabilito in sede europea. Tale abbattimento dovrà applicarsi direttamente sul prezzo di vendita dei farmaci, in modo da ridurlo ulteriormente.

Alla legge n. 724 del 1994 ha fatto seguito la deliberazione del 10 gennaio 1995, pub-

blicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 20 del 25 gennaio 1995, con cui il CIPE ha indicato le modalità applicative riguardanti la riduzione del prezzo dei farmaci.

Dopo aver ricordato che l'ambito di applicazione della propria delibera riguarda tutte le specialità medicinali ed i farmaci preconfezionati prodotti industrialmente in quanto rimborsabili dal servizio sanitario nazionale e che le riduzioni del 2,5 per cento e del 5 per cento si applicano sui prezzi al pubblico, comprensivi di IVA, pubblicati dalle imprese sulla base dei criteri e delle disposizioni contenuti nelle deliberazioni dianzi illustrate, il CIPE ha sottolineato che i ricavi di cui all'articolo 7, comma 2, della legge n. 724 del 1994 vanno riferiti alle vendite in Italia, rilevabili dalle fatture emesse, dei prodotti classificati nelle fasce A, B e C ottenuti dalle imprese che, in quanto titolari di autorizzazione all'immissione in commercio o in regime di concessione, abbiano appunto realizzato le vendite nei distinti periodi del 1° settembre 1993 e del 1° semestre 1994.

Per quanto riguarda le effettive modalità applicative della riduzione del prezzo dei farmaci, il CIPE ha disposto che i prezzi di ogni confezione vengano diminuiti del 2,5 per cento, con arrotondamento alle 100 lire, ed alle 10 lire per i prodotti con prezzo inferiore alle duemila lire, ed entrino in vigore dal quinto giorno successivo alla pubblicazione della stessa delibera. Il titolare dell'autorizzazione od il concessionario alla vendita è tenuto ad indicare il relativo prezzo nella confezione del prodotto esterna al bollino ottico autoadesivo a lettura automatica disciplinato dal decreto ministeriale 6 dicembre 1994.

I nuovi prezzi verranno applicati diretta-

mente alla clientela fino ad esaurimento delle scorte dei medicinali già disponibili.

Le imprese debbono trasmettere al CIPE, entro cinque giorni dalla data di pubblicazione della delibera, a mezzo raccomandata una scheda autocertificativa dei fatturati aziendali.

Per quanto riguarda la riduzione del 5 per cento, sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, a cura del Ministero del bilancio e della programmazione economica — Servizio per l'attuazione della programmazione economica — l'elenco delle aziende che dovranno subire la diminuzione del prezzo dei propri prodotti.

Tali prezzi entreranno in vigore il quinto giorno successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* dell'elenco ora indicato.

Infine, i titolari dei prodotti di nuova autorizzazione all'immissione in commercio, erogabili dal servizio sanitario nazionale, sono tenuti a far pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* il prezzo calcolato in base ai criteri precedentemente stabiliti in materia dalla delibera CIPE, indicando, altresì, che tale prezzo è soggetto alle diminuzioni del 2,5 per cento ovvero del 5 per cento, effettuate secondo le disposizioni contenute nella medesima deliberazione CIPE del 10 gennaio 1995.

IL CONSIGLIERE CAPO
DEL SERVIZIO STENOGRAFIA
DOTT. VINCENZO ARISTA

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DOTT. MARIO CORSO

Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 14.