

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 144<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 26 LUGLIO 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE,  
indi del vice presidente TEDESCO TATÒ

### INDICE

<b>CONGEDI E MISSIONI</b> .....	Pag. 3	d'iniziativa del senatore Ranalli e di altri senatori ( <i>Relazione orale</i> )	
<b>DISEGNI DI LEGGE</b>		<b>BOMPIANI (DC)</b> .....	Pag. 20
Annunzio di presentazione .....	3	<b>BOTTI (PCI)</b> .....	15
Autorizzazione alla relazione orale per il disegno di legge n. 828:		* <b>JERVOLINO RUSSO (DC), relatore</b> .....	4
<b>PRESIDENTE</b> .....	4	<b>RANALLI (PCI)</b> .....	8
* <b>JERVOLINO RUSSO (DC)</b> .....	3	<b>ROSSANDA (PCI)</b> .....	27
Inserimento nell'ordine del giorno del disegno di legge n. 743 e autorizzazione alla relazione orale:		<b>SELLITTI (PSI)</b> .....	14
<b>PRESIDENTE</b> .....	8	<b>GOVERNO</b>	
<b>Discussione:</b>		Richieste di parere per nomine in enti pubblici .....	3
«Conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, recante misure urgenti in materia sanitaria» (828) ( <i>Relazione orale</i> );		<b>INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI</b>	
«Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e prestazioni diagnostiche» (743),		Per lo svolgimento:	
		<b>PRESIDENTE</b> .....	35
		<b>CONSOLI (PCI)</b> .....	34
		* <b>JERVOLINO RUSSO (DC)</b> .....	35

N. B. — L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.



## Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 10).  
Si dia lettura del processo verbale.

CONSOLI, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del 24 luglio.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

### Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Anderlini, Avellone, Berlinguer, Cuminetti, Curella, Damagio, Della Briotta, Fanti, Ferrari-Agradi, Genovese, Giugni, Grassi Bertazzi, Melandri, Papalia, Parrino, Ricci, Tanga, Tomelleri, Valiani.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: D'Amelio, Flamigni, Frasca, Martorelli, Mitrotti, Segreto, Taramelli, in Calabria, per attività della Commissione parlamentare sul fenomeno della mafia.

### Disegni di legge, annuncio di presentazione

PRESIDENTE. In data 25 luglio 1984, sono stati presentati i seguenti disegni di legge:

*dal Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato:*

«Disposizioni integrative del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1982, n. 955, concernente la disciplina dell'imposta di bollo» (876);

*dal Ministro dei lavori pubblici:*

«Nuove norme per la disciplina della costruzione e dell'esercizio di linee elettriche aeree esterne» (877);

*dal Ministro dell'interno:*

«Disposizioni integrative del decreto-legge 6 settembre 1982, n. 629, convertito, con modificazioni, nella legge 12 ottobre 1982, n. 726, concernente misure urgenti per il coordinamento della lotta contro la delinquenza mafiosa» (878).

### Governo, richieste di parere per nomine in enti pubblici

PRESIDENTE. Il Ministro dei lavori pubblici ha inviato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 24 gennaio 1978, n. 14, le richieste di parere parlamentare concernenti:

la proposta di nomina del dottor Giampietro Quarantini a Presidente del Consorzio dell'Oglio (n. 37);

la proposta di nomina dell'ingegner Pier Maria Pellò a Presidente del Consorzio del Ticino (n. 38);

la proposta di nomina del dottor Luigi Speciale a Presidente del Consorzio dell'Adda (n. 39).

Tali richieste, ai sensi dell'articolo 139-bis del Regolamento, sono state deferite alla 8<sup>a</sup> Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni).

### Autorizzazione alla relazione orale per il disegno di legge n. 828

JERVOLINO RUSSO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* JERVOLINO RUSSO. A nome della 12<sup>a</sup> Commissione permanente chiedo, a norma

dell'articolo 77, secondo comma, del Regolamento, che sia concessa l'autorizzazione alla relazione orale per il disegno di legge n. 828, recante: «Conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, recante misure urgenti in materia sanitaria».

**PRESIDENTE.** Non facendosi osservazioni, la richiesta avanzata dal senatore Jervolino Russo si intende accolta.

#### Discussione del disegno di legge:

**«Conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, recante misure urgenti in materia sanitaria» (828) (Relazione orale)**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, recante misure urgenti in materia sanitaria», per il quale è stata autorizzata la relazione orale.

Pertanto ha facoltà di parlare il relatore.

\* **JERVOLINO RUSSO, relatore.** Signor Presidente, la Commissione sanità ha terminato i suoi lavori ieri sera dopo aver esaminato l'atto Senato 828 che ha come oggetto la conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, e nella sostanza, sia pur sotto forma di emendamenti, ha esaminato anche l'atto Senato 743, di iniziativa del senatore Ranalli e di altri senatori, che contiene norme relative alla stessa materia.

Per quanto riguarda il disegno di legge sul quale riferisco, voglio brevemente inquadrare la materia e precisare che il decreto della cui conversione noi stiamo discutendo si inserisce nell'ambito delle più recenti decisioni legislative in materia di politica dei farmaci e di spesa farmaceutica. Vorrei brevemente richiamare le più significative tra queste decisioni, le quali danno appunto il quadro all'interno del quale stiamo operando.

Mi riferisco in particolare al decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con

modificazioni nella legge n. 638 del 1983, ed in particolare all'articolo 12 di questo provvedimento, il quale stabilisce tempi e modalità relativi al nuovo metodo di determinazione dei prezzi dei medicinali.

Credo che per inquadrare bene la materia di cui oggi ci occupiamo occorra aver presente anche la legge 27 dicembre 1983, n. 73, la legge finanziaria del 1983, ed in particolare l'articolo 32, soprattutto per la parte prospettica, in quanto prevede la relazione sulla evoluzione della spesa farmaceutica, nonché un piano di settore per la ristrutturazione di tutto l'ampio comparto produttivo dei farmaci, piano di settore che deve essere presentato dai Ministri dell'industria, della sanità, della ricerca scientifica, del commercio con l'estero, sentite le organizzazioni sindacali.

Come è logico, tutta questa materia della politica dei farmaci va sempre vista ed inquadrata facendo preciso riferimento agli articoli 28, 29, 30 e 31 della legge n. 833 del 1978 — la legge di riforma sanitaria — che devono costituire e costituiscono un punto di riferimento costante per il nostro lavoro, nella logica di una politica del farmaco con chiare caratterizzazioni sociali. Infatti, se vi è la indubbia urgenza dell'emanazione del decreto-legge della cui conversione oggi stiamo discutendo, anche per tener fede — come rileverò più avanti — a parti notevoli e significative dell'accordo tra le parti sociali ed il Governo stipulato il 14 febbraio del 1984, è tuttavia necessario — come del resto ha esplicitamente osservato anche il CNEL nelle sue osservazioni e proposte sulla politica del farmaco nel luglio 1982 — giungere al più presto ad un esame globale della politica farmaceutica e del suo assetto legislativo, per sciogliere tra l'altro alcuni nodi di fondo quali, ad esempio, quello fondamentale della brevettabilità dei farmaci. Che si tratti di una necessità impellente si può rilevare anche da altri documenti, in quanto lo stesso suggerimento è stato avanzato, e si può ricavare, da una attenta lettura degli interessanti capitoli dedicati alla politica farmaceutica nelle relazioni CENSIS sulla situazione sociale del paese, sia nella relazione del 1982, sia nella relazione del 1983.

Da tali relazioni si evincono, infatti, dati ed andamenti interessanti, dei quali certamente avremo modo di occuparci in sede di discussione della relazione sulla spesa sanitaria e del piano di ristrutturazione di settore, nonchè in sede di discussione della relazione riguardante l'applicazione del nuovo metodo di determinazione dei prezzi dei medicinali che è previsto dal comma 15° dell'articolo 12 del decreto-legge n. 463, convertito nella legge n. 638. Mi riferisco, in particolare, a tutta quella problematica sollevata sull'andamento della spesa farmaceutica (che, appunto in base alle relazioni CENSIS, risulta essere la più rilevante dopo quella ospedaliera, all'interno del comparto sanitario), della spesa farmaceutica *pro capite*, della ripartizione ancora disomogenea della spesa farmaceutica tra le varie regioni, della spesa per la ricerca, dei problemi dell'esportazione, del problema della pubblicità (l'influenza della pubblicità ed anche dei *mass media* sulla spesa farmaceutica e sul consumo), dei problemi dell'autoprescrizione, dell'iperprescrizione da parte dei medici, per esempio dell'incidenza delle malattie iatrogene e, quindi, della necessità, del resto più volte rilevata in Commissione, di una educazione sanitaria che sia ampia e globale e comprenda sia i medici che i cittadini.

Si tratta, quindi, di un'ampia problematica sulla quale avremo modo di discutere, che va considerata come sfondo, che la Commissione ha tenuto presente all'atto della discussione, in sede referente, del disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 280 e che in questo clima di attenzione alla politica del farmaco si pone come momento necessario, urgente e di rilevanza sociale.

Venendo in modo più preciso al contenuto del decreto-legge n. 280, della cui conversione in legge oggi discutiamo, va anzitutto riferito all'Assemblea che il decreto stesso reitera il decreto-legge n. 101 del 1984, del quale la Commissione sanità del Senato aveva iniziato la discussione, che poi si è interrotta per la scadenza dei termini. Il decreto n. 280 contiene però alcune integrazioni di rilievo sulle quali riferirò brevemente esaminando i singoli articoli, rispetto al decreto n. 101: esse sono contenute soprat-

tutto negli articoli 1 (ai commi 1, 2 e 3), all'articolo 3 dove l'integrazione è, direi, dovuta, proprio per il collegamento con il decreto-legge n. 101, e al primo comma dell'articolo 4.

Passando ad un esame analitico dei singoli articoli, l'articolo 1 del decreto-legge n. 280 contiene una prima integrazione relativa alla proroga fino al 31 dicembre del 1984 dell'incarico al personale del servizio sanitario nazionale e dei rapporti convenzionali instaurati dalle USL. Il testo del Governo prevedeva che la proroga fino al 31 dicembre 1984 interessasse il personale in servizio fino al 31 maggio del 1984, ma la Commissione sanità del Senato, esaminando il problema in sede referente, ha ritenuto, come risulta dall'emendamento proposto, di anticipare il termine dal 31 maggio 1984 al 31 dicembre 1983, al fine di evitare qualsiasi riformarsi di sacche di precariato ed anche al fine di armonizzare nel modo più pieno e completo il decreto-legge n. 280 con il disegno di legge n. 451, relativo alla sanatoria riguardante il personale sanitario, anch'esso già discusso dalla Commissione sanità del Senato in sede referente, del quale dovremmo oggi stesso iniziare l'esame in sede deliberante.

Il decreto-legge n. 280 si fa anche carico di estendere questa proroga al personale che presta delle collaborazioni straordinarie retribuite presso i policlinici universitari anche a gestione diretta (i cosiddetti «gettonati») ricollegandosi, anche su questo punto, a quanto la Commissione sanità del Senato ha previsto in sede di discussione del disegno di legge n. 451 sulla sanatoria, in quanto anche in questo disegno di legge — sia pure con un meccanismo particolare — ci si è fatti carico del problema del futuro dei «gettonati» che prestano servizio nelle nostre università.

Il comma 4 dell'articolo 1 — dove ricomincia quella parte del decreto-legge n. 280 che reitera il precedente provvedimento — si ricollega direttamente all'articolo 32 della legge finanziaria del 1983 che prevede infatti una revisione straordinaria del prontuario terapeutico, stabilendo, per quanto concerne la fascia esente, l'inclusione dei soli farmaci ad azione specifica prescrivibili unicamente

per la terapia di forme morbose di grave pericolosità. In conseguenza di ciò il Ministro della sanità ha provveduto, col suo decreto del 13 aprile 1984, alla revisione del prontuario terapeutico, riducendo sensibilmente la fascia dei farmaci esenti da ogni partecipazione economica dei cittadini. Tale operazione, che comporta indubbiamente dei sacrifici finanziari per alcune categorie di cittadini, è bilanciata dalla previsione, contenuta all'articolo 4 del decreto-legge n. 280, della detrazione della somma annua di 4 milioni e mezzo di reddito da lavoro dipendente e da pensione ai fini della determinazione del limite massimo per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e da quella per prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. In base alle nuove disposizioni, cioè a questo comma quarto del decreto-legge n. 280 che per questa parte si lega direttamente all'accordo Scotti-sindacati, cioè all'accordo del 20 gennaio 1983, si avranno, secondo calcoli forniti dal Ministero della sanità alla Commissione, 3.951.126 nuovi cittadini esentati dall'obbligo del pagamento di *tickets*. Il relatore vuole sottolineare questa cifra perchè il fatto che vi siano quasi 4 milioni di nuovi cittadini esentati dal pagamento del *ticket*, solo in base al comma quarto dell'articolo 1 del decreto-legge n. 280, credo sia la conferma del carattere di questo provvedimento che, senza dubbio, è legato anche alla necessità di contenere, entro termini accettabili, la spesa farmaceutica, ma che però, non per questo, non ha anche una attenzione e un rilievo sociale, naturalmente nei limiti di ciò che è concretamente fattibile in una difficile situazione di bilancio.

Andando avanti in questa rapida esposizione, il comma quinto dell'articolo 1 del decreto-legge prevede che il limite massimo di reddito per l'esenzione dai *tickets* sia elevato, per quanto riguarda i pensionati ultrasessantacinquenni, da lire 4 milioni e mezzo — è il tetto di cui al comma precedente — a lire 6 milioni e mezzo nel caso di reddito personale e da 4 milioni a 6 milioni ove venga considerato il nucleo familiare.

Anche a questo riguardo non possiamo non sottolineare il rilievo sociale di questo prov-

vedimento. Infatti, in un momento nel quale, come ci dicono tutte le più recenti statistiche e anche i primi dati che abbiamo a disposizione dopo le elaborazioni del censimento del 1981 — e ci possiamo riferire anche a dati recentissimi quali quelli forniti dall'apposita commissione della Presidenza del Consiglio che si sta preparando per la Conferenza della popolazione indetta dall'ONU a Città del Messico per l'agosto del 1985 — dicevo nel momento in cui da tutti questi dati viene evidenziato un progressivo invecchiamento della popolazione, questa particolare attenzione, in termini di esenzione dai *tickets*, per i soggetti ultrasessantacinquenni è un'altra conferma del carattere sociale di questo provvedimento. In base a questa misura gli ultrasessantacinquenni che beneficeranno della nuova esenzione, sempre secondo calcoli fornitici dal Ministero della sanità, saranno circa 2 milioni, per l'esattezza 1.862.483, che si aggiungono ai circa 4 milioni che godranno dello stesso beneficio in base al comma quarto. Anche questa particolare attenzione per gli ultrasessantacinquenni era stata già pattuita nell'accordo tra il Governo e i sindacati del 20 gennaio dello scorso anno.

Proseguendo, il comma sesto dell'articolo 1 stabilisce che il Ministero della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, individui, con proprio decreto, le forme morbose di particolare rilevanza sociale o di peculiare interesse per la salute pubblica, con particolare riferimento — secondo la proposta di modifica apportata ieri dalla Commissione sanità del Senato — per la patologia neonatale e pediatrica. Modificando il testo originario del Governo che faceva invece riferimento alle patologie dell'età da zero a tre anni, per questi soggetti è prevista l'esenzione dai *tickets*.

Quindi anche nel decreto-legge n. 280 si incrocia quel sistema di esenzioni soggettive ed oggettive secondo il sistema già usato nel decreto-legge n. 463. Direi che anche questa norma va apprezzata nel suo rilievo e non relegata nei limiti di un ripescaggio di logiche di categorizzazione.

Vorrei ricordare in proposito a questo ramo del Parlamento che nella sostanza e

nello spirito questa norma del decreto-legge n. 280 si ricollega proprio all'ottica che ha guidato il Senato in sede di conversione del decreto-legge n. 463. Mi riferisco in particolare al comma 9-ter dell'articolo 10 della legge n. 638 di conversione del decreto-legge n. 463, relativo alle esenzioni dai *tickets* per l'assistenza alla maternità, e al comma quinto dell'articolo 11 della stessa legge che prevede esenzioni in caso di forme morbose di particolare rilievo sociale.

Quindi mi sembra che vada apprezzata una norma che si pone nell'ottica di quelli che sono stati i suggerimenti e le integrazioni operati dallo stesso Senato all'atto della conversione del decreto-legge n. 463 nel novembre scorso.

Il comma settimo dell'articolo 1 prevede che fino alla data di approvazione del nuovo metodo di determinazione dei prezzi dei medicinali prodotti industrialmente, previsto appunto dall'articolo 12 del decreto-legge n. 463, sia sospeso ogni aumento del prezzo dei singoli medicinali. A questo proposito va ricordato che non si tratta, come del resto abbiamo chiarito in sede di discussione nella stessa Commissione affari costituzionali, per la verità non sul decreto n. 280, ma sul decreto-legge n. 101, di un blocco senza un termine finale perchè il nuovo metodo di determinazione dei prezzi dei medicinali prodotti industrialmente deve essere approvato dal CIPE entro un anno dall'entrata in vigore del decreto-legge n. 463 che è appunto dell'ottobre 1983. Quindi, in sostanza, si tratta di un blocco fino al settembre 1984.

Va altresì ricordato che anche questa disposizione è stata concordata con i sindacati nel lodo De Michelis del 14 febbraio 1984.

Il comma ottavo riguarda materie relative alle certificazioni e nella sostanza — come magari avrò modo di spiegare meglio discutendo di un emendamento in questa materia — si tratta di una norma che è stata inserita con lo scopo preciso di aiutare e di rendere più semplici le autocertificazioni da parte dei cittadini esenti, secondo un meccanismo che dia la possibilità di mettere in rilievo non soltanto il reddito personale, ma anche quello familiare perchè, ai fini della esenzio-

ne, il decreto n. 280 dà rilievo anche a quest'ultimo.

Il comma decimo dell'articolo 1 prevede che il Ministro della sanità possa disporre l'accesso agli uffici delle USL e alla relativa documentazione. Non si tratta certamente di un potere ispettivo o di controllo, ma della semplice possibilità di acquisizione di dati ai fini di una conoscenza dell'andamento della politica sanitaria e della logica della spesa sanitaria. Anche ieri, in sede di audizione dei presidenti delle regioni, abbiamo rilanciato, come Commissione sanità, la necessità di avere, per programmare la spesa e per poter verificare concretamente l'incidenza dei servizi, le informazioni e i dati necessari. Quindi mi sembra che sia una norma utile, opportuna e funzionale rispetto alle necessità più volte evidenziate dallo stesso Parlamento.

Il comma seguente riguarda il sistema di copertura dell'onere che viene ad essere quantificato in 150 miliardi e al quale si prevede di far fronte per 60 miliardi con le economie di spesa derivanti dall'articolo 2, sul quale riferirò brevemente tra poco, e per 90 miliardi mediante riduzione del capitolo 6858 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1984 che praticamente riguarda il fondo da ripartire in relazione alle misure dell'indennità integrativa mensile da corrispondere al personale statale in attività ed in quiescenza. Questo riutilizzo, al fine della concessione di esenzioni *tickets* ai lavoratori dipendenti ed ai pensionati, di parte di questo fondo mi sembra una misura notevole.

Per quanto riguarda l'articolo 2, sul quale ampiamente si è soffermata ieri la Commissione sanità giungendo anche a stabilire di proporre all'Assemblea due emendamenti, esso prevede che i soggetti che intendano fruire di detrazioni o agevolazioni di qualsiasi natura debbano computare, all'interno dei limiti di reddito, anche prestazioni di carattere assistenziale purchè siano superiori a due milioni di lire.

In sede di Commissione abbiamo elaborato due emendamenti. Il primo tende ad eliminare praticamente un effetto perverso e credo certamente non voluto da parte di

questo stesso decreto che veniva a colpire coloro i quali avevano accumulato del reddito ai fini dell'acquisizione della prima casa. Inoltre abbiamo proposto un altro emendamento, che credo rivesta una particolare importanza e un pari rilievo di carattere sociale, che prevede che queste disposizioni non si applicano alle pensioni, alla indennità ed agli assegni erogati ai ciechi civili, ai sordomuti, agli invalidi civili e a coloro che percepiscono pensioni di guerra. Nella sostanza la Commissione non ha voluto che queste categorie portatrici di *handicaps* e che quindi hanno diritto a una particolare tutela perdano il beneficio dell'esenzione del *ticket* proprio in nome di quelle indennità e di quelle prestazioni di natura economica che vengono loro erogate in base alla menomazione di cui soffrono. Vorrei proprio sottolineare il rilievo sociale di questa norma che tempera il principio dell'articolo 2, indubbiamente severo, reso necessario per coprire parte dell'onere del provvedimento; per la precisione, 60 miliardi dei 150 del costo complessivo del provvedimento.

Non mi soffermo, signor Presidente, nel senso che li ritengo praticamente conseguenti con la logica di tutto il decreto e quindi in un certo qual senso norme dovute, sugli articoli 3 e 4 del provvedimento e a nome della Commissione chiedo la conversione in legge del decreto-legge n. 280.

#### **Inserimento nell'ordine del giorno del disegno di legge n. 743 e autorizzazione alla relazione orale**

PRESIDENTE. La 12ª Commissione, ai sensi dell'articolo 51 del Regolamento, ha esaminato congiuntamente i disegni di legge n. 828, di conversione in legge del decreto n. 280, e n. 743, che verte sulla stessa materia.

Il disegno di legge n. 743 può, pertanto, considerarsi iscritto all'ordine del giorno, ai sensi dell'articolo 56, quarto comma, del Regolamento.

Se non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

#### **Discussione dei disegni di legge:**

**«Conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, recante misure urgenti in materia sanitaria» (828) (Relazione orale)**

**«Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e prestazioni diagnostiche» (743), d'iniziativa del senatore Ranalli e di altri senatori (Relazione orale)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, dunque, la discussione dei disegni di legge: «Conversione in legge del decreto-legge 29 giugno 1984, n. 280, recante misure urgenti in materia sanitaria» e «Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e prestazioni diagnostiche», d'iniziativa dei senatori Ranalli, Imbriaco e Rossanda, per i quali è autorizzata la relazione orale che deve intendersi già svolta dal senatore Jervolino Russo.

Sui due disegni di legge, che riguardano oggetti strettamente connessi, si svolgerà un'unica discussione generale. La dichiaro aperta.

È iscritto a parlare il senatore Ranalli. Ne ha facoltà.

RANALLI. Signor Presidente, onorevole Ministro, credo che si possa dire che il decreto in esame sia fratello del decreto-legge n. 101, decaduto, come è stato ricordato, perchè non convertito in legge entro 60 giorni. Ambedue i decreti possono considerarsi figli di altro decreto del solo Ministero della sanità, autore l'onorevole Costante Degan.

Il decreto del 13 aprile, meno noto alle Aule parlamentari perchè strumento autonomo del Ministro, non è stato sottoposto in alcuna fase all'esame delle Commissioni e dell'Aula. Ho voluto ricordare questo primo passaggio per sottolineare che il decreto ministeriale del 13 aprile è di una gravità sconvolgente per gli effetti che ha provocato nel campo della politica dei farmaci. Il 101 dunque e il 280 debbono essere letti e considerati come dipendenti dal decreto ministeriale del 13 aprile, cioè il 101 prima e il 280



oggi non si sarebbero avuti se non ci fosse stato questo decreto ministeriale. Infatti le misure del decreto al nostro esame, il 280, mirano a mitigare le asprezze introdotte con il decreto ministeriale del 13 aprile e tendono, in qualche modo, a ridurre l'area del malcontento, a contenere la rabbia dei sindacati che si è espressa su questo argomento. Questi sentimenti sono stati ampiamente suscitati nella società civile, soprattutto — occorre ricordarlo — nel grande comparto dei lavoratori dipendenti, nella grande massa dei pensionati, proprio perchè il decreto ministeriale del 13 aprile, con i suoi effetti, ancora una volta colpisce le grandi categorie dei lavoratori del nostro paese e questa crescente massa di pensionati e di anziani.

Potrebbe dirsi che il Governo, e principalmente il Ministro della sanità, abbiano scritto un dramma in due tempi: «Colpa e pentimento» o, se più vi piace: «Prima ti sbrano e poi ti piango». Infatti con il decreto ministeriale si sono imposti *tickets* generalizzati e adesso con il 280 si cerca di attenuarne gli effetti negativi e nefasti.

Di che si tratta dunque, onorevole Presidente? A quale operazione politica ci troviamo di fronte? In quale contesto sociale, e soprattutto politico, è maturato il decreto ministeriale del 13 aprile? Queste mi paiono le domande da porre, alle quali cercherò brevemente di rispondere.

L'articolo 32, come ha anche ricordato il relatore, senatore Jervolino, della legge finanziaria di quest'anno in verità impegnava il Governo a procedere entro il 30 aprile ad una cosiddetta revisione generale del prontuario terapeutico nazionale. Ai più tale obiettivo, nel suo significato di rinnovamento, di superamento di una politica tradizionale del farmaco che si è condotta per lunghi anni nel nostro paese, appariva non solo necessario, non solo doveroso, ma semmai tardivo, quindi cosa giustamente e sicuramente da farsi.

Era tuttavia lecito attendersi che finalmente, attraverso questa revisione del prontuario terapeutico nazionale si andasse ad una coraggiosa bonifica del prontuario stesso, cioè ad una sua correzione nel senso di acquisire e di rendere prevalente la funzione

sociale del farmaco, di dare finalmente cittadinanza, nelle leggi ordinarie dello Stato, agli articoli 29 e 30 della legge n. 833, quelli appunto che fissano i criteri per ristrutturare e riorganizzare la produzione e la distribuzione del farmaco nel nostro paese.

Era cioè lecito attendersi, attraverso la revisione del prontuario terapeutico, e quindi attraverso una corretta applicazione della norma dell'articolo 32 della legge finanziaria dello Stato, l'avvio di un nuovo rapporto tra produzione del farmaco e sua distribuzione, superando la storica dipendenza, che vi è sempre stata al riguardo nel nostro paese, nei confronti dell'industria farmaceutica delle multinazionali e stabilendo dunque una centralità nuova del servizio sanitario nazionale.

Debbo dire, signor Presidente, che su questi punti, su questi contenuti, sarebbe stato sicuramente possibile, nell'ambito della Commissione sanità del Senato, realizzare e registrare ampie convergenze, perchè da parte nostra, da parte dei senatori comunisti, queste cose sono state più volte sollecitate e semmai siamo stati costretti a constatare il loro rinvio, la protrazione nel tempo della determinazione di un efficace volontà politica al riguardo. Credo dunque, signor Presidente, di dover ribadire che quell'articolo 32 avrebbe potuto consentire l'avvio di una cultura nuova nella politica del farmaco se, appunto, per revisione generale del prontuario terapeutico si fosse inteso — come noi abbiamo inteso e continuiamo a intendere — il riferimento ai punti precisi che sono contenuti nella legge n. 833.

Probabilmente credo di poter rilevare che anche nella maggioranza, molti, o pochi che fossero, si attendevano proprio la realizzazione di questa svolta. Io credo che i più avvertiti della maggioranza quando votavano l'articolo 32 della legge finanziaria dello Stato probabilmente guardavano ad un'ipotesi come quella che sto delineando e non alle scelte concrete che in base al decreto ministeriale del 13 aprile il Ministro e il Governo hanno poi ritenuto di poter fare. Dunque così non è stato.

Si è fatta cosa assai diversa che noi giudichiamo socialmente ingiusta ed iniqua. La

socialità, infatti, di cui parla il relatore, propria del decreto in esame, il n. 280, va letta sempre in relazione al decreto ministeriale del 13 aprile. Noi dunque abbiamo criticato questa scelta e l'abbiamo condannata. Confermiamo questa nostra posizione politica perchè si è avuto un peggioramento generale delle misure che erano state introdotte il 12 settembre 1983 con il decreto n. 463. Queste misure, come i colleghi ricordano, riguardano il *ticket* percentuale del 15 per cento che all'epoca era previsto solo per alcune centinaia di farmaci, e l'introduzione della quota fissa di lire 1.000 sulla ricetta che, come è noto, è strumento amministrativo obbligatorio che dà luogo al ritiro, presso la farmacia, del farmaco.

Dopo il 13 aprile i farmaci assoggettati al regime introdotto dall'ex decreto n. 463 mi sembra che siano 7.120, cioè solo 111 farmaci sono rimasti esclusi da quel regime e sono erogati gratuitamente dal servizio sanitario nazionale. Questi farmaci esclusi avrebbero la caratteristica essenziale di farmaci salvavita.

Abbiamo dunque avuto un vero sconvolgimento in senso negativo del prontuario terapeutico. Abbiamo avuto l'abolizione delle fasce che prima esistevano e abbiamo avuto soprattutto l'addossamento ai cittadini di un nuovo balzello, di quella che abbiamo sempre chiamato — e ci sembra un'espressione felice — una tassa ingiusta sulla salute.

L'11 novembre 1983 si disse in quest'Aula, onorevole Presidente, proprio da parte di alcuni qualificati esponenti della maggioranza, del Gruppo della Democrazia cristiana in particolare, e ce lo siamo sentito ripetere anche ieri nel dibattito svoltosi in sede di 12<sup>a</sup> Commissione, che il *ticket* deve ritenersi misura straordinaria ed eccezionale, imposta dalle particolari condizioni finanziarie dello Stato: in sintesi, una misura dolorosa che deve ritenersi transitoria in attesa di poter tornare a tempi migliori, ad una condizione di gratuità nella distribuzione del farmaco. Questo veniva detto l'11 novembre del 1983. Sembrava quasi che da parte della maggioranza si volesse attenuare la responsabilità politica che si assumeva trasformando in legge il decreto n. 463. Trascorsi però alcuni

mesi, il ripensamento non vi è stato; la riflessione su questa materia non è andata nella direzione che anche all'interno della maggioranza, in qualche misura, sembrava volersi.

Il Ministro ha scelto, invece, la generalizzazione del *ticket* e della tassa sui farmaci. Si è quindi, di un colpo, in una sola volta, onorevole Presidente — si valuti anche l'intensità della misura e del provvedimento — provveduto ad estendere il *ticket* a 7.120 farmaci. Allora domandiamoci: come può spiegarsi una scelta di questa natura, che pure all'interno della maggioranza — ho avuto modo più volte di rilevarlo e di farlo osservare — produce qualche disagio e qualche imbarazzo? Ecco, una spiegazione può nascere dal fatto che nel giro di poco tempo questo Governo ha compiuto, per quanto riguarda le questioni della sanità, due errori contestualmente. Nel corso dell'esame della legge finanziaria dello Stato noi abbiamo avuto da una parte il taglio di ben 2.600 miliardi della spesa per l'assistenza farmaceutica, un taglio che tutti hanno giudicato irrealizzabile, velleitario, perchè non accompagnato da un insieme di misure che potessero in qualche modo renderlo credibile e, contemporaneamente, sempre nella legge finanziaria dello Stato, il Governo ha deciso un taglio più complessivo del fondo sanitario nazionale di 4.500 miliardi.

Si badi bene, è lo stesso Ministro della sanità che nella sua relazione presentata al Parlamento dichiara che tutti sapevano — ed egli per primo — che i 34.000 miliardi erano inadeguati ed insufficienti rispetto alle reali esigenze della sanità. Tuttavia, pur sapendo questo, per superiori esigenze della compatibilità del fondo sanitario nazionale con le risorse e le finanze dello Stato, sembra quasi di capire, da quanto il Ministro della sanità scrive, che egli si sia in qualche modo assoggettato ai 34.000 miliardi. Ecco, onorevole Presidente, questa è una delle ragioni di fondo entro cui si colloca il decreto ministeriale del 13 aprile. Il Governo ha avvertito, man mano che trascorrevano i mesi del 1984, che l'inadeguatezza di quel fondo si scontrava e si scontra proprio in queste settimane drammaticamente con quanto fanno sapere le regioni, le unità sanitarie locali,

con quanto denuncia l'ANCI nei suoi convegni; siamo cioè in una situazione al limite della salvaguardia di alcuni servizi sanitari essenziali.

Ancora ieri, ricevendo alcuni assessori regionali alla sanità, nell'ultima audizione promossa dal presidente Bompiani per quanto riguarda l'indagine, finalmente conclusa, sullo stato di attuazione complessivo del servizio sanitario nazionale, sentivamo ripetere, da assessori peraltro di posizione e collocazione diversa della Toscana e del Lazio, la drammaticità raggiunta dall'inadeguatezza finanziaria per le scelte consapevolmente sbagliate — ci è dato di sapere — compiute dal Governo e riconosciute anche dal Ministro della sanità. Ecco allora, onorevole Presidente, che il decreto del 13 aprile rappresentava una misura rivolta a rastrellare soldi nel modo — diciamo noi — peggiore e più impopolare, quello cioè di caricare addosso ai cittadini questo balzello iniquo del *ticket*. Nello stesso tempo — e qui vi è probabilmente un disegno più sottile sul quale desidero richiamare l'attenzione dei colleghi di quei Gruppi che molto spesso fanno riferimento al dissesto della finanza pubblica e alla necessità di arrestarlo — esso tendeva a dimostrare che il Governo stava facendo tutto quello che era necessario per procedere al risanamento e ad una più oculata gestione della spesa sanitaria, a tal punto da essere costretto a ricorrere ad un provvedimento impopolare di cui però non poteva fare a meno perchè altre misure non si sarebbero rivelate adeguate allo scopo del risanamento e del contenimento della spesa.

Noi vogliamo contestare, onorevole Presidente, il fatto, supposto ma non reale, che vi siano davvero state altre misure tendenti a rimuovere i cosiddetti meccanismi perversi che sono la causa della moltiplicazione della spesa sanitaria e che riguardano il controllo sui generatori di spesa. Che cosa è stato fatto, in verità, di significativo, di valido, in questa direzione? Non è forse vero che solo in questi giorni — mi rivolgo al presidente della 12<sup>a</sup> Commissione — riusciremo ad esaminare un'ipotesi di piano sanitario nazionale, a causa dell'ulteriore ritardo che abbiamo registrato da parte del Ministero della sanità

nel farci pervenire l'indicazione di quei livelli, di quegli *standards* riguardanti le prestazioni ed i servizi da erogare uniformemente in tutto il paese? Quando si vuole, quindi, assumere il *ticket* come dissuasore e deterrente dell'incremento della spesa in questo delicato e nevralgico campo della assistenza farmaceutica, bisognerebbe prima davvero compiere un approfondito esame di quello che si è fatto, o che piuttosto non si è voluto fare, per porre mano a mutamenti di fondo in questa direzione ed in questo campo.

Io che sono di Roma voglio al riguardo citare come esempio significativo alla attenzione di quei pochi colleghi presenti a questo dibattito il fatto che nella regione Lazio — nonostante quello che si è tentato di fare — ancora oggi il controllo delle ricette dei farmaci viene effettuato da una struttura denominata C.E.R. (Centro elettronico romano) che è una struttura privata, voluta tra l'altro da numerosi farmacisti di cui gestisce la contabilità, alla quale per convenzione è affidato il compito pubblico di stabilire se i soldi dovuti ai farmacisti sono giusti o meno. Desidero ricordare, onorevole Presidente, che fino ad oggi questa situazione non è stata rimossa nonostante tutto quello che si è più volte tentato di fare, a tal punto che proprio il sottoscritto è dovuto ricorrere, suo malgrado, anche su questa vicenda alla procura della Repubblica. Avete letto proprio in questi giorni sui giornali che si sta evidenziando un nuovo capitolo di deteriori fenomeni che evidentemente legano minoranze di medici e di farmacisti privi di scrupoli che realizzano, per questa via, il trasferimento di soldi non dovuti dello Stato e delle regioni nelle aziende private, di persone appunto che, sotto questo profilo, ormai meritano soltanto di essere considerate penalmente perseguibili.

Vorrei, per avviarmi ad alcune considerazioni finali, ricordare in quale contesto sociale il decreto ministeriale del 13 aprile è venuto a collocarsi, perchè nella società civile, nelle scelte politiche contano anche i momenti, le fasi storiche, le epoche in cui si prendono i provvedimenti, con ciò volendo dire che da questa parte non vi è la teorizzazione dell'esclusione per principio del *ticket*,

ma vi è piuttosto l'esigenza di andare alla verifica, nel concreto della situazione che si è determinata nel nostro paese.

Perchè il *ticket* è culturalmente rifiutato dalla gran massa di cittadini? Perchè il nostro è un paese nel quale il sacrificio, se qualcuno lo deve fare, è richiesto a chi lavora, a chi ha un rapporto di lavoro dipendente, a chi è pensionato. In un contesto di prevalenti ingiustizie sociali l'applicazione del *ticket* diventa una provocazione e come tale è considerata da tutti coloro che hanno combattuto e si esprimono energicamente contro questo tipo di politica. E, si badi bene, la data del 13 aprile era proprio nel cuore di quella grande battaglia che ha visto anche quest'Aula impegnata in un confronto e in uno scontro sociale e politico che ardeva nel paese, nelle fabbriche e nelle piazze: quella sul taglio dei punti di contingenza e dei salari. Era un momento nel quale il *dossier* Visentini faceva esplodere l'evasione e l'erosione fiscale. Il decreto si colloca oggi in un momento nel quale una casa a prezzi accettabili è introvabile, in un giorno nel quale il gettone telefonico sale a 200 lire e le tariffe telefoniche vengono aumentate, nel quale il gasolio da riscaldamento viene aumentato come necessità impellente, quasi per attutire il vantaggio, peraltro sostanzialmente ridotto, derivante dai prelievi fiscali modificati sulle liquidazioni in favore dei lavoratori. Abbiamo un contesto sociale drammatico con 2.438.000 disoccupati censiti dall'ISTAT e resi pubblici proprio in questi giorni. Ecco perchè il *ticket* è respinto, ecco perchè nella popolazione italiana una operazione del tipo di quella condotta il 13 aprile è inaccettabile. Ci sono poi ovviamente le questioni proprie del servizio sanitario nazionale, la sua inefficienza, la sua inadeguatezza, i suoi squilibri territoriali e regionali. Vi è purtroppo il commercio dei posti letto che fa indignare giustamente l'opinione pubblica, vi è il doppio lavoro che molto spesso si esercita in danno del lavoro nelle strutture sanitarie pubbliche. Ecco perchè, onorevole Presidente, l'opposizione che abbiamo portato avanti e che abbiamo affidato a un autonomo disegno di legge di iniziativa comunista (il n. 743) riguarda la

revoca del decreto del Ministero della sanità del 13 aprile, perchè a noi pare che bisogna ripartire da lì, bisogna cioè ripristinare la situazione esistente in quel momento, bisogna riprendere il protocollo di intesa del 14 febbraio che, nella nomenclatura dei temi da negoziare e da approfondire, inseriva anche il prontuario terapeutico. Da quello che si sa, però, il decreto del 13 aprile è stato adottato all'insaputa delle organizzazioni sindacali, senza averle consultate e sentite.

Bisogna inoltre, onorevole Presidente — questo è un nostro giudizio — fare una verifica più attenta e complessiva della politica del farmaco del nostro paese. Affermava ieri il senatore Bompiani che noi siamo ormai a sei anni suonati dall'applicazione del primo *ticket* nel nostro paese, avvenuta nel 1978. Egli diceva — e se ne intende — che ormai siamo in una fase che può dirsi utile storicamente ai fini di un esame approfondito di quello che ha significato il *ticket* nel nostro paese, quali ricavi se ne sono davvero avuti, anche sotto il profilo finanziario, cosa ha significato di carico organizzativo aggiuntivo alle unità sanitarie locali. Se — come è stato detto — il Consiglio sanitario nazionale reputa che questa operazione rappresenterebbe una fonte integrativa di finanziamento pari a 90 miliardi (ed io non so se è vera questa cifra), voi comprendete benissimo che si fa tutto questo senza neppure ricavarne, peraltro, un sensibile vantaggio di ordine finanziario rispetto ai 2.600 miliardi tagliati nell'assistenza farmaceutica e alle più complessive esigenze del fondo sanitario nazionale.

Ci pare dunque di dover propugnare la necessità di un riordino generale delle idee su questa materia, di una scelta fondata su una cultura di rinnovamento in questo campo. Quindi, ci siamo battuti nel corso di queste settimane e ci batteremo ancora in quest'Aula, attraverso i nostri emendamenti, perchè evidentemente abbiano a prevalere queste idee, che a noi sembrano le più consona a superare questi tempi sincopati di cui si lamenta anche qualcuno della maggioranza, nonchè quei provvedimenti a singhiozzo che vengono presi, un decreto dopo l'altro, nel corso del tempo e che lasciano evidente-

mente la situazione nelle condizioni di peggioramento graduale che noi conosciamo.

Detto questo, onorevole Presidente, sulla vera sostanza dei problemi che sono al nostro esame, data la stretta connessione che fin dall'inizio ho stabilito tra il decreto-legge n. 280 ed il decreto amministrativo del 13 aprile, mi rimane da dire qualcos'altro sullo specifico del decreto n. 280.

In primo luogo, vorrei criticamente sollevare il problema della sua disomogeneità. Se non è un *omnibus*, in qualche misura gli rassomiglia: al suo interno, infatti, sono contenute materie che certo riguardano il comparto generale della sanità, ma che, tuttavia, tra loro sono scarsamente paragonabili. Ad esempio, la proroga — necessaria, certo, a nostro giudizio e in tal senso ci siamo espressi già nelle sedi competenti — del precariato fino al 31 dicembre 1984 poco ha a che fare con le misure di esenzione e di esonero di cui si occupa il decreto-legge n. 280 rispetto alle misure gravi introdotte con il decreto del 13 aprile.

Quindi bisognerebbe evitare di comprendere nello stesso strumento legislativo materie diverse sulle quali esistono anche posizioni politiche diverse, nel senso che per quanto ci riguarda, ad esempio, eravamo e siamo d'accordo sulla proroga dei contratti di precariato ma siamo invece nettamente contrari a tutto il resto, salvo qualche rarissima eccezione proposta dalla Commissione su questo decreto.

La seconda osservazione che vogliamo fare, anche questa di metodologia, è la seguente. Ieri più di un collega, non solo di parte comunista ma anche di maggioranza, ha dovuto sorprendersi di formulazioni scientificamente aberranti, così sono state definite da professionisti della maggioranza, come nel caso in cui si volesse affidare al Ministro la responsabilità di individuare le medicine per la cura dei bambini da zero a tre anni. E per il quarto anno? Giustamente dicevano con competenza i medici presenti; dal che l'iniziativa della presentazione dell'emendamento che parla di età «neo-natale e pediatrica». Anche questa è una motivazione che si aggiunge alle altre, più di contenuto, per rilevare come si tenga in scarso rilievo la

professionalità dei parlamentari, la loro dignità. Si sciorinano cioè provvedimenti non sufficientemente ponderati anche sotto il profilo, me lo lasci dire, onorevole Presidente, della loro esattezza scientifica e del loro rigore filologico perchè anche queste cose devono contare a questo livello di responsabilità.

Vogliamo poi sottolineare, come senatori comunisti, che in questo provvedimento ci sono alcune aggravanti sociali. Chi ha letto il decreto, e credo che a questo punto lo abbiamo fatto tutti, potrà osservare che, ai fini di calcolare il reddito complessivo per essere ammessi o meno all'esonero del *ticket*, bisogna mettere sul piatto della bilancia ed in conto anche i redditi esenti ai fini fiscali; vale a dire che ciò che lo Stato ritiene di poter esentare ai fini fiscali non ritiene di doverlo prevedere ai fini del pagamento del *ticket*.

Invito il Senato ad una riflessione più complessiva su questa che, a nostro giudizio, non è solo una incongruenza ma è anche una scelta che accentua quel carattere penalizzante che tutto il provvedimento esprime e determina.

Desidero osservare ancora, sempre sul decreto n. 280, che noi abbiamo rilevato anche un espediente, una prova di furbizia prima delle elezioni, di cui desideriamo dar conto a tutto il Senato. Chi ha letto il decreto n. 101, lettura consigliabile in quanto il 101 è coordinato col 280 essendo questo fratello di quello, si sarà accorto che quel decreto, emanato il 2 maggio, per quanto riguarda la procedura per ottenere l'esonero dal pagamento del *ticket*, prevedeva 45 giorni di tempo. In questo modo dal 2 maggio si è arrivati al 17 giugno. Si era pensato perfino di non rendere coscienti e consapevoli i cittadini prima, nel timore, da parte del Governo, che questo fatto avrebbe potuto accentuare malessere e malcontento con ripercussioni anche sulla espressione del voto.

Rilevo questo perchè evidentemente fa parte, a nostro giudizio, di un comportamento che non è orientato ai fini veri e propri della regolamentazione della materia che si discute ma che risente di elementi esterni,

estranei, che rispondono ad altri scopi. In questo caso, sia ben chiaro, lo scopo è certamente importante poiché è quello di non far perdere voti non so se alla Democrazia cristiana o ad altri partiti della maggioranza, anche se poi c'è da osservare che il 17 giugno ha fatto giustizia di questa posizione.

Desidero sottolineare che in virtù della nostra posizione, perchè vi era anche un emendamento comunista, e poi della posizione più generale emersa nei Gruppi della maggioranza e divenuta quindi volontà comune della 12ª Commissione, è stato possibile non calcolare, sempre ai fini del non pagamento del *ticket*, quanto meno le pensioni di guerra alle quali si riferiva, del resto, anche il decreto del Presidente della Repubblica n. 915 del 1978 e gli assegni, le indennità e le pensioni riservate ai ciechi civili, ai sordomuti e ad altre categorie di invalidi civili.

Queste ed altre osservazioni, signor Presidente, si sommano a quelle di ordine politico e culturale che abbiamo sviluppato nel corso di questi giorni e che abbiamo introdotto nel disegno di legge n. 743 che, nella specifica procedura legislativa del disegno di legge n. 828, abbiamo anche tradotto in emendamenti che verranno esaminati e che ripropiniamo dunque per cambiare l'ottica generale del provvedimento, per migliorarlo.

Quindi, ricapitolando: revoca del decreto ministeriale del 13 aprile, ripristino delle condizioni di partenza, esistenti al momento del protocollo d'intesa del 14 febbraio, riconsiderazione politica attenta e generale della questione del farmaco nell'ambito delle correzioni che dobbiamo complessivamente apportare, possibilmente sulla base di un comune denominatore, esoneri più estesi sia per quanto riguarda i cittadini al di sotto dei 60 anni che per quanto riguarda quelli al di sopra di questo limite di età, abolizione dei redditi esenti ai fini del calcolo del reddito complessivo e qualche altra questione.

Vorrei fare un'ultima considerazione, onorevole Presidente, prima di concludere, che scaturisce dalla lettura dei giornali di questa mattina. A Villa Madama, da parte dei Gruppi di maggioranza e dello stesso Presidente del Consiglio dei ministri, si è fatto

riferimento alla necessità o alla opportunità di un serio miglioramento e di un più costruttivo rapporto con le forze dell'opposizione, in particolare con il Partito comunista italiano. Questo si diceva ieri a Villa Madama. Il nostro giornale oggi sottolinea il valore politico di questa espressione, tutta da verificare sulla base dei fatti. Ed ecco il primo fatto: non a Villa Madama, ma a Palazzo Madama ha avuto luogo ieri, nella sala Cavour, un confronto su tale questione tra maggioranza e opposizione. In tale confronto abbiamo visto prevalere «grettamente» — lo dico tra virgolette — l'allineamento della maggioranza alle posizioni del Governo, respingendo tutti i contenuti innovatori portati avanti dal Gruppo comunista. Questo — permettetemi di dirlo — non è buon inizio rispetto alle dichiarazioni della stessa maggioranza. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Sellitti. Ne ha facoltà.

SELLITTI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, i contenuti del provvedimento in esame si impongono come misure necessarie al funzionamento della complessa macchina rappresentata dal servizio sanitario nazionale. Si tratta infatti di norme urgenti e composite che da un lato consentono la proroga di istituti essenziali all'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria — è il caso dei rapporti di lavoro relativi al personale precario con incarichi in corso — e dall'altro ridisegnano le condizioni di accesso gratuito ai servizi di assistenza farmaceutica.

Il complesso di aggiustamenti prodotti e proposti, muovendosi poi nella logica di contenimento della spesa e tenendo conto del dibattito e delle misure già in corso presso le varie sedi istituzionali, corrisponde proprio agli obiettivi presi a base della politica sanitaria del nostro Governo. Il consenso sul provvedimento è pertanto pressochè totale.

Nel dettaglio, si condivide l'opportunità di assicurare una proroga agli incarichi di lavoro conferiti nell'ambito delle unità sanitarie locali in deroga alle imposizioni previ-

ste dalle più recenti leggi finanziarie, e ciò non soltanto per corrispondere alle esigenze di funzionalità del servizio, ma anche per equità di trattamento nei confronti del precariato del 1984 rispetto agli incarichi del 1983. Peraltro, in un momento come l'attuale, che vede impegnato il nostro Parlamento proprio ad esaminare la proposta organica di disciplina transitoria di inquadramento del personale delle unità sanitarie locali (atto Senato n. 451), di non minore efficacia agli effetti della compatibilità tra economicità e funzionamento del servizio sanitario nazionale risultano le misure proposte di innalzare i limiti di reddito per la gratuità di talune prestazioni, nonché quelle dirette ad integrare le già varate disposizioni restrittive in materia di prontuario terapeutico con la delega al Governo ad individuare proprio i casi di morbosità che esentano *ad personam* dal pagamento del *ticket*. Il blocco temporaneo dei prezzi dei prodotti farmaceutici, la facoltà concessa al Ministro della sanità di disporre l'accesso alle strutture delle unità sanitarie locali per ogni accertamento connesso alle esigenze della programmazione sanitaria nazionale, così come le disposizioni che meglio chiariscono gli aspetti della fiscalità individuale collegata ai benefici e alle detrazioni previste per l'eventuale accesso agevolato alle prestazioni sanitarie risultano certamente in linea con il quadro normativo entro cui evolve il sistema sanitario nazionale.

Il nostro Gruppo, in rappresentanza del quale intervengo, concorda sulla opportunità e sulla validità delle misure proposte, pur non nascondendosi i problemi che tuttora affliggono questo delicato comparto istituzionale. Siamo certamente consapevoli della necessità di ulteriori ed importanti misure per il buon governo della nostra sanità nazionale. Esse dovranno però impegnare, praticamente senza soluzione di continuità, l'azione governativa e parlamentare della legislatura in corso.

In tale contesto e in tale veduta il nostro voto è favorevole al provvedimento in esame. *(Applausi dalla sinistra)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Botti. Ne ha facoltà.

BOTTI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, già in occasione del primo decreto sul costo del lavoro e successivamente con il decreto n. 690, che di questo primo decreto rappresenta uno stralcio, recante misure urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di prestazioni sanitarie, il Gruppo comunista — lo ha ricordato il compagno senatore Ranalli — ha avuto modo di dire e di dimostrare che questa operazione di riduzione della spesa farmaceutica che questi decreti definivano come imposta dalle esigenze, in sostanza altro non era che un'operazione maldestra ed inefficace, oltre che ingiusta, di rastrellamento di risorse economiche che si sarebbe dovuto ottenere — questo sì con urgenza — con altri e ben diversi strumenti, come in seguito dirò.

Innanzitutto vorrei precisare che noi comunisti riteniamo che questo contenimento della spesa farmaceutica, in un solo anno, da 6.500 a 4.000 miliardi — ed a questo proposito devo ricordare che molti esperti di economia sanitaria e gli stessi rappresentanti della Farindustria in Commissione sanità hanno riferito di non rendersi conto sulla base di quali elementi sia stato formulato questo tetto di 4.000 miliardi — rappresenta di fatto un aggravio tanto assurdo quanto iniquo della tassa aggiuntiva sulla salute. Perché tale è la natura di questi provvedimenti in materia di assistenza farmaceutica.

Ridurre l'eccessiva spesa farmaceutica, si dice, per ridurre l'eccessiva spesa sociale, di cui la spesa farmaceutica fa parte, allo scopo di diminuire il grosso buco del bilancio. Noi respingiamo questa logica del Governo perché la spesa sociale, di cui quella farmaceutica fa parte, è solo un aspetto, una voce, e certamente non la più rilevante, della crisi economica e sappiamo, d'altra parte, che nella spesa sociale la spesa complessiva sanitaria incide sul prodotto interno lordo meno della media europea e che questa spesa non è cresciuta negli ultimi anni. E perché poi questo obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica, come prima dicevo, non mira alla salvaguardia della salute dei cittadini, che è lo spirito della riforma sanitaria, e non rappresenta nemmeno una misura di carattere sanitario. E questo, cioè che la riduzione

della spesa farmaceutica con la revisione del prontuario terapeutico non rappresenti una misura di carattere sanitario, non lo diciamo soltanto noi comunisti, ma lo ha detto anche il ministro Degan in Commissione sanità in occasione della discussione del decreto-legge n. 10 del febbraio 1984.

Infine perchè il termine proposto dal Governo è troppo breve per poter permettere la presentazione di un piano di settore che consenta la ristrutturazione della produzione dei farmaci, così come previsto dall'articolo 32, terzo comma, della legge n. 730 del 1983. Noi comunisti non ci siamo mai opposti e non ci opponiamo ad una razionale diminuzione della spesa sociale, e quindi anche della spesa farmaceutica, per cercare di ridurre il disavanzo pubblico, ma diciamo altrettanto chiaramente che questa non è la chiave del risanamento, e non accettiamo queste manovre se prima o congiuntamente non si aggrediscono le cause vere, strutturali, del disavanzo pubblico complessivo da una parte — cioè il debito accumulato, il basso livello sulla imposta indiretta e sulle rendite parassitarie, una diversa organizzazione del lavoro e della produttività, eccetera — e, dall'altra, le cause vere, strutturali, della spesa sociale, e quindi anche di quella farmaceutica.

La spesa farmaceutica, occorre subito dirlo, è normativamente una delle voci più controllate perchè, onorevoli colleghi, nessun farmaco può essere immesso sul mercato nazionale senza un'autorizzazione alla produzione e/o al consumo, ma di fatto è la spesa più ingovernabile. Ed a questo proposito occorre rilevare che l'iperconsumo dei farmaci non è un fenomeno soltanto italiano, ma esiste in tutti i paesi occidentali industrializzati. In Italia questo consumo eccessivo e irrazionale dei farmaci è più importante e clamoroso perchè i tentativi di ridurre il fenomeno dell'iperconsumo sono stati effettuati in modo prevalente a livello dell'offerta, ovvero del consumo, e non della domanda, cercando cioè di orientare e di correggere le richieste con adeguati programmi di informazione e di educazione sanitaria, volti ad un uso corretto dei farmaci.

Questa educazione è stata ed è tuttora assente, sia a livello della popolazione, cioè dei cittadini che sono i consumatori dei farmaci ma che per questo pagano talvolta questo iperconsumo, sia a livello dei medici. Questi ultimi — è bene ricordarlo e sottolinearlo — sono stati completamente avulsi dalla responsabilità della prescrizione farmaceutica, in quanto nell'ultima convenzione è stato soppresso l'obbligo di essi ai cosiddetti protocolli terapeutici. Per il problema farmaci, dunque, si riscontra, nonostante la riforma, un peggioramento dei problemi che esistevano prima della riforma, peggioramento che, oltre a quanto già detto, è anche determinato in modo importante dalla presenza, nel prontuario terapeutico, di farmaci obsoleti, cioè vecchi, di farmaci di dubbia efficacia (alludo alla schiera degli epatoprotettori, che anche di recente sono stati rispolverati, degli epatostimolanti, dei digestivi, dei farmaci cosiddetti metabolici e così via la cui inutilità o dubbia efficacia è sancita da una ricca documentazione sperimentale clinica), oppure di farmaci addirittura dannosi. Una quota di farmaci, di specialità — badate bene — che vengono stimati complessivamente attorno al 60 per cento di quelli esistenti nell'attuale prontuario terapeutico, un prontuario terapeutico, occorre ricordarlo, che comprende oltre 8.000 specialità, mentre l'Organizzazione mondiale della sanità ha sancito che è possibile svolgere pienamente e con responsabilità l'attività medica con non più di 300-350 principi attivi. Concetto, questo, che è stato ribadito di recente in Commissione sanità dal presidente dell'Ordine dei medici e dal presidente della Federazione nazionale dei medici di medicina generale che è il rappresentante dei medici di base, cioè di coloro che hanno il primo impatto con ogni tipo di malattia.

Certo, il problema del prontuario terapeutico non è dei più semplici e non è di facile ed immediata attuazione e soluzione, come stanno a dimostrare i fatti. Ma molti, e tra questi noi comunisti, hanno l'impressione, o meglio la convinzione, che il prontuario terapeutico sia di fatto condizionato e gestito più dall'industria farmaceutica che dal Ministero della sanità. Un'industria farmaceutica che è



fiorita e che ha lucrato in tanti anni di medicina facile e che poi si vanta di guidare uno dei pochi settori scampati alla crisi. Ma non è facile scampare alle crisi, mi chiedo e le chiedo, signor Presidente, quando si può disporre di uno Stato che ti garantisce di comprare il 90 per cento di quello che produci, in una epoca in cui il potere di mercato è passato dalle mani di chi sa o può produrre alle mani di chi sa che può vendere?

Anche noi comunisti abbiamo serie preoccupazioni che la revisione del prontuario terapeutico abbia negative ripercussioni sul piano economico ed occupazionale, preoccupazioni che invece pare non nutrire la Farmindustria — lo ha detto il rappresentante in Commissione sanità — a patto che le misure cosiddette correttive di esclusione siano graduate nel tempo e congiuntamente si esamini il piano per la riorganizzazione del settore dell'industria dei farmaci. I provvedimenti governativi, invece, riducono a poco più di cento — per la precisione a 111 — i farmaci esenti da *tickets*, tutti farmaci che, per ammissione degli stessi organi governativi, sono in stragrande maggioranza di uso ospedaliero, e concentrano la quasi totalità dei farmaci (oltre 7.000) di uso più frequente nella pratica medica nella fascia in cui vige il *ticket* del 15 per cento, oltre alla quota di 1.000 lire per ricetta.

Questo significa più che triplicare la quota di spesa che spetta agli utenti sul totale spesa per farmaci, perchè da una quota dell'11,1 per cento qual è la quota di 600 miliardi per il 1983 su un totale di 5.400 miliardi, si passa, con questi provvedimenti sul *ticket*, ad una quota del 34,6 per cento, quale risulta dal calcolo di 2.350 miliardi su 6.500 miliardi complessivi previsti per il 1984. Ciò, a nostro avviso, rappresenta la più irrazionale e selvaggia privatizzazione della spesa pubblica farmaceutica che si possa immaginare. Altro che piano di settore e politica di equità! I più colpiti da questo provvedimento — e si ha anche il coraggio di scriverlo in questo disegno di legge — sarebbero ancora una volta i soggetti che versano in stato di bisogno, le classi più deboli e quelle meno abbienti, i malati cronici, gli anziani e quei pazienti affetti da malattie

che hanno bisogno di trattamenti terapeutici prolungati.

Con i *tickets* si tende ad una riduzione della spesa farmaceutica, ma chi opera nel settore sanitario sa, ad esempio, che con l'introduzione dei *tickets* sulle analisi si è registrato un aumento dei ricoveri proprio per poter fare questi esami nelle strutture ospedaliere, senza pagare il *ticket*. Si è cioè instaurata una sorta di partita di giro che ha visto la spesa diminuire da una parte ed aumentare dall'altra. Ma ammesso e non concesso che nel corso di quest'anno, con i ritardi e le insufficienze dei controlli predisposti — alludo ai controlli a campione da affidare alle USL ed a quelli che dovrebbero derivare dalla normativa sulla fustellatura a lettura automatica non ancora operante a causa dei cavilli della Farmindustria — e dati anche i ritmi della pubblica amministrazione, si possa portare la spesa farmaceutica a 4.000 miliardi, si è pensato quali saranno gli effetti indotti e quali le conseguenze immediate ed a distanza?

Mi chiedo, e chiedo agli onorevoli colleghi, scusandomi per il riferimento specifico, se è giusto che siano gravati da *tickets* i farmaci specifici monouso, quali quelli che vengono impiegati nella prevenzione e nella cura dell'ipertensione arteriosa e della cardiopatia ischemica, cioè dell'angina e dell'infarto del miocardio, malattie che per la loro rilevanza sociale riguardo a frequenza, mortalità e invalidità sono considerate il vero flagello dei nostri tempi. C'è forse bisogno di ricordare che le malattie cardiovascolari rappresentano il 37 per cento di tutte le morti e che l'infarto miocardico rappresenta da solo il 30 per cento della cause di morte per gli uomini in età produttiva dai 35 ai 55 anni? C'è bisogno di ricordare, per sottolineare ancora la rilevanza sociale di queste malattie, che già nel 1958 il 37 per cento di tutte le pensioni per invalidità in età produttiva è stato concesso per malattie cardiovascolari? Ed allora come possiamo arginare questa brutale tendenza dei nostri tempi se gli indispensabili interventi di prevenzione primaria, cioè di educazione sanitaria volti ad una più razionale e igienica condotta di vita sotto ogni profilo, alimentare, voluttuario e com-

portamentale non sono sorretti anche da tutte quelle misure di prevenzione meno primaria, ma altrettanto importanti, come quelle che ci vengono offerte oggi da farmaci sicuramente specifici e altamente efficaci? Ed ancora, come si possono includere nella fascia dei farmaci con *tickets* farmaci di uso tanto frequente per la patologia che colpisce la nostra popolazione: alludo ai farmaci antiulcerosi, agli antidiabetici, agli antibronchitici? Anche questi — tengo a sottolinearlo per i tecnici del Ministero della sanità — sono tutti farmaci monouso, specifici e non utilizzabili per altre malattie. Escludere tutti

questi farmaci da quelli esenti da *ticket*, mi chiedo e vi chiedo, onorevoli colleghi e inserirli e, quindi, confonderli con tutta una serie di farmaci veramente inutili o di molto dubbia efficacia?

E sempre a questo proposito desidero dire e ricordare che ai componenti della 12ª Commissione è stato inviato, nello scorso gennaio, un documento a firma del direttore dei servizi farmaceutici del Ministero della sanità, ma controfirmato dallo stesso Ministro, che riassume i giudizi e le proposte del comitato di esperti nominato dal Ministero per la ristrutturazione del prontuario terapeutico.

### Presidenza del vice presidente TEDESCO TATÒ

(Segue BOTTI). Al punto 3 del documento si dice: «il comitato non ha condiviso le ipotesi di escludere dalla fascia B per motivi economici diverse categorie di farmaci, sia per considerazioni socio-sanitarie» — e mi chiedo quali siano — «sia per l'impossibilità» — e questo è già più spiegabile — «di accertare l'ordine di priorità per le eventuali esclusioni». E ancora al punto 4: «il comitato ritiene che, attuando la suddetta ristrutturazione, fermi restando per tutto il 1984 i fattori che concorrono all'evoluzione della spesa, considerato da un lato il maggior introito derivante dal nuovo assetto delle partecipazioni e dall'altro gli effetti indotti di dissuasione dei consumi...». Allora mi chiedo e vorrei chiedere a voi, onorevoli colleghi: dissuasione dei consumi derivante da che cosa? La risposta non viene data dal documento, ma se ne possono ragionevolmente intuire due. La prima è che i cittadini sono dissuasi dal consumo perchè sono resi partecipi con il *ticket* all'acquisto dei farmaci. E questa è una iniquità a dir poco bestiale che si aggiunge all'iniquità del *ticket*. Ho già detto infatti che sono stati gravati da *ticket* farmaci monouso, essenziali e specifici per tante malattie e in particolare per le

malattie cardiovascolari; ho già detto della rilevanza sociale di queste malattie; ho già detto della necessità di questi farmaci nei programmi di prevenzione di queste malattie. La seconda risposta intuibile di dissuasione dai consumi ventilata dal comitato di esperti è che si è fatto, oppure si sta facendo, un programma di informazione e di educazione sanitaria sui farmaci. Il che corrisponde al falso perchè non si è fatto e non si fa nulla in questo importante settore, in quanto non può essere ritenuta un'iniziativa in questo senso la pubblicazione da parte del Ministero della sanità del cosiddetto bollettino farmacologico. E ciò quando la stessa pubblicità sui farmaci è regolata dal testo unico delle leggi sanitarie del 1934 che, a sua volta, è integrativo di norme contenute in un altro testo del 1927. E ciò è semplicemente assurdo.

Ora, se queste misure finanziarie non incideranno — come pare sia stato dimostrato — sulle cause vere, strutturali della spesa farmaceutica, alla stessa stregua delle misure congiunturali adottate con il decreto sulla scala mobile, che non ha intaccato le cause vere dell'inflazione e del disavanzo pubblico, mi chiedo e chiedo a voi, onorevoli colleghi,

quando affronteremo le cause vere, sostanziali e strutturali di questa anomala spesa farmaceutica.

Quando faremo opera di pulitura, cioè quando elimineremo dal prontuario terapeutico — come prima dicevo — la quota di farmaci vecchi, inutili, od addirittura dannosi, che — come ricordavo — è stimata attorno al 60 per cento?

Quando valuteremo il problema dei costi di terapia, in Italia notevolmente più alti che negli altri paesi? In molti paesi infatti il prezzo di un farmaco viene contrattato in base a requisiti ben precisi, quale la sua efficacia in rapporto al ciclo di terapia per cui esso è necessario.

Quando affronteremo il problema del costo piuttosto elevato, attorno al 37,5 per cento, di distribuzione dei farmaci rispetto al loro costo effettivo?

Quando valuteremo il fatto che nel nostro mercato nazionale oltre il 50 per cento dei farmaci proviene dall'industria straniera o multinazionale?

Quando faremo un'attenta verifica dei requisiti tecnico-scientifici della produzione dei farmaci, della loro successiva immissione in commercio? Sappiamo tutti — o meglio gli addetti ai lavori — quante volte vecchi farmaci vengono reimmessi in commercio soltanto dopo qualche piccolo ritocco alla formula chimica, come è successo per i farmaci collocati dal Ministero nei cosiddetti Doc 1 e Doc 2. A questo proposito, devo aggiungere che, mentre il Governo si preoccupa dell'incremento della spesa farmaceutica, ha però permesso che nel prontuario terapeutico entrassero, spesso con prezzi più elevati, oltre 600 nuove confezioni di farmaci, di cui circa l'80 per cento si riferisce a specialità corrispondenti ad altre già incluse: e ciò in evidente violazione del principio dell'economicità del prodotto.

Ed ancora: quando opereremo per un serio monitoraggio dei farmaci, cioè per una verifica attenta e seria della loro reale efficacia, dei loro effetti collaterali e del loro più o meno razionale consumo? Quando arriveremo, anche in Italia, come in tutti i paesi della Comunità europea, al brevetto dei farmaci, senza attestarci sulle posizioni espresse

dal direttore del servizio farmaceutico del Ministero della sanità il quale, in Commissione, si è espresso dicendo che l'industria farmaceutica italiana, in tema di brevetto si è dato un codice di comportamento, il che fa semplicemente sorridere?

Ed allora con tutti questi problemi non risolti è il cittadino che deve pagare l'iperconsumo dei farmaci, oppure è lo Stato che è l'unico e vero responsabile dell'uso sconsigliato di medicinali. Perché, signor Presidente ed onorevoli colleghi, è lo Stato che da un lato stabilisce quali farmaci possono essere messi in commercio, quali gratuitamente, con il *ticket* o a totale carico ed a quale prezzo e dall'altro, per il tramite del sistema sanitario nazionale, è sempre lo Stato l'acquirente quasi unico della produzione dell'industria farmaceutica. Ricordo: il 90 per cento del fatturato delle medicine gratuite e il 90 per cento di quelle gravate da *ticket*.

C'è allora da chiedersi. Perché lo Stato, con questo potere contrattuale, ha lasciato crescere per anni, senza alcun controllo, questa giungla di medicinali? Perché lo Stato, che dovrebbe salvaguardare la salute dei cittadini, un diritto sancito dalla Costituzione, in un campo squisitamente sanitario, si muove ed opera solo sulla base di preoccupazioni puramente finanziarie che nulla hanno di sanitario e che vanno a colpire, guarda caso, i redditi più bassi ed a triplicare di fatto la tassa sulla salute? C'è da meravigliarsi, chiedo, se, a questo punto, la gente scende in piazza per protestare perché costretti — consentitemi la definizione letteralmente non molto corretta — dalla prepotenza violenta dei fatti?

Per concludere, il Governo cerca di far avanzare in un modo surrettizio soluzioni che rispondono alla sua logica di politica finanziaria che, lungi dal risolvere la crisi economica che travaglia in generale il paese ed in particolare il settore sanità, la aggrava ancora più. Riteniamo anche che, prima di approvare qualunque provvedimento, il Parlamento debba essere informato, a norma di legge, della situazione reale esistente nel settore sanitario.

Per queste ragioni e per quanto abbiamo sempre sostenuto tutte le volte che il

Governo ha presentato provvedimenti simili, noi comunisti riteniamo che questo disegno di legge sia profondamente sbagliato sul piano politico. In particolare riteniamo che questo settore della spesa farmaceutica, che va visto nell'ambito di tutto il problema sanità, certamente delicato e complesso e che ha seri e negativi riflessi economici e sociali su una larga parte di cittadini, deve essere regolato con un disegno di legge organico che, da una parte, permetta di non discutere più provvedimenti settoriali e marginali, ancorchè insufficienti ed iniqui come questi, e dall'altra consenta al Parlamento una adeguata, ampia ed esauriente discussione su tutto il terreno della sanità. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Bompiani. Ne ha facoltà.

**BOMPIANI.** Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, intervengo anch'io in questo dibattito con qualche considerazione, ma innanzitutto per rivolgermi al relatore e complimentarmi per la relazione che, sia pure fatta a braccio, ha saputo indicarci tutti gli elementi importanti, sia giuridici che politici, per il discorso che stiamo svolgendo.

Credo di dovere alla cortesia del senatore Ranalli anche una serie di citazioni su opinioni che ho più volte espresso nella prima parte, e del resto ricorrente, di questo dibattito: la questione dei farmaci da tempo è alla nostra attenzione. Devo senz'altro riconoscere la *vis* polemica particolare del senatore Ranalli e il suo appassionato argomentare. Forse le mie argomentazioni saranno più pacate: del resto ciascuno di noi ormai ha una mente formata attraverso l'assorbimento di elementi di vita vissuta diversa, ed io — come medico — nelle mie argomentazioni sarò forse più affine al senatore Botti, anche nel modo pacato di esposizione.

Questa occasione di dibattito in Assemblea ci consente di riprendere il dialogo che si è concluso ieri nella 12ª Commissione e di far conoscere anche in una sede solenne come quella di un'Assemblea parlamentare alcune puntualizzazioni che mi sembra opportuno vengano registrate.

Debbo in primo luogo con molto compiacimento dare atto al senatore Ranalli di aver affermato che la questione del prontuario e quella del *ticket* risalgono a molto tempo fa. Dico questo con particolare soddisfazione perchè spesso nelle polemiche che si svolgono non in sede di Commissione, ma a livello di opinione pubblica, questo fatto non viene riconosciuto. Ritengo opportuno dire oggi qualche parola sull'evoluzione del prontuario terapeutico e su quella del *ticket*. Osservo innanzitutto che non si tratta della stessa materia, si tratta di due questioni molto diverse. La prima riguarda la registrazione, su un particolare elenco, di farmaci immessi tutti regolarmente nel commercio nel nostro paese. Di questi solo alcuni vengono introdotti in un elenco che si chiama prontuario terapeutico. La seconda questione, cioè il problema del *ticket*, consiste in un contributo personale richiesto dallo Stato al momento dell'acquisto del farmaco, a meno che non ci si trovi in regime di esenzione. Si tratta quindi di due problemi diversi.

È vero che storicamente questi due problemi sono in un certo senso coincidenti e integrati. Questo, così come è avvenuto in altri paesi — ricorderò più avanti la situazione internazionale — è avvenuto anche in Italia.

Andando per ordine, si può riconoscere (tralasciando di citare il vecchio prontuario INAM che era già in vigore prima della riforma sanitaria) nella legge 17 agosto 1974, n. 386, che segna l'avvio del processo riformistico in Italia in quanto attribuisce molte funzioni alle regioni, l'origine del problema del prontuario terapeutico nazionale.

Facciamo ora un'altra precisazione che mi sembra opportuna per l'opinione pubblica che di queste cose sente parlare poichè legge i giornali, ascolta dichiarazioni di questo o di quello, più o meno avventate. Ma qual è il livello scientifico delle notizie riportate sulla stampa?

Esistono prontuari terapeutici ospedalieri che limitano l'acquisto e la prescrizione dei farmaci all'interno degli ospedali. Esistono prontuari terapeutici regionali. Questo di cui parliamo è invece il prontuario terapeutico nazionale, destinato sin dall'origine a rendere possibile l'acquisto di medicinali, con

particolari facilitazioni, fino alla gratuità, ai cittadini in regime di libero scambio professionale medico-paziente, cioè al di fuori della degenza ospedaliera.

L'articolo 9 della legge n. 386 prescrive che, a partire dal 1° agosto 1974, il prontuario INAM è esteso agli enti, alle casse mutue aziendali e alle gestioni degli istituti di assistenza, ferme restando le modalità di prescrizione e che, a partire dal 1° gennaio del 1975, il prontuario INAM è esteso a soggetti che si avvalgono dell'assistenza farmaceutica in forma diretta. Come voi sapete, era largamente in vigore a quell'epoca l'assistenza indiretta. Viene concessa quindi questa facoltà: si tratta di una anticipazione notevole rispetto alla riforma stessa. Inoltre tale legge prevede che, entro il 30 giugno del 1975 ed entro il 30 giugno degli anni successivi, il prontuario terapeutico sia rivisto con decreto del Ministero della sanità, sentito il Consiglio superiore della sanità ed un comitato di esperti. Viene istituita quindi, in questa fase, la commissione per l'aggiornamento del prontuario terapeutico che poi è quella che ha in tutti questi anni presieduto al problema della revisione periodica del prontuario terapeutico.

Passiamo al decreto ministeriale 19 ottobre 1976. È importante perchè viene a ripartire le 10.156 confezioni che allora esistevano nel prontuario terapeutico, ereditate, come vi ho detto, da quello INAM, in una fascia A pari a 3.712 unità e in una fascia B pari a 6.844 unità. Questa suddivisione successivamente muta con un ulteriore decreto ministeriale — sempre emanato sulla base del parere formulato da questa commissione di esperti — decreto del 26 agosto 1978, che riduce le confezioni a 6.952, con un calo quindi di circa 4.000 unità, ripartendole in 1.629 per la fascia A — sarebbero quelle esenti da ogni carico, fornite gratuitamente da parte di qualsiasi mutua di allora — e per la fascia B in 5.323 unità.

Si arriva quindi — questo è importante, è il momento della congiunzione, chiamiamolo così del prontuario con il *ticket* — alla legge 5 agosto 1978, n. 484 (di pochi mesi anteriore alla riforma sanitaria che, come tutti sapete, è del 23 dicembre 1978), con la quale si

introduce la politica del *ticket*. L'istituzione del *ticket* quindi è coeva, si voglia o non si voglia, si accetti o non si accetti, alla riforma sanitaria. E da allora le due problematiche (prontuario terapeutico da un lato — sul quale ci sono gli articoli 29 e 30 della legge n. 833 che danno indicazioni su quello che si deve fare per la revisione del prontuario stesso — e politica del *ticket* dall'altro) sono state abbinare. Nel nostro paese quindi c'è questo abbinamento a partire dal 1978, del resto coevo a quello che si è verificato in tutti gli altri Stati europei sia dell'Est come dell'Ovest, e questo lo richiamerò tra breve.

Certo, la normativa non è rimasta del tutto costante. Il primo *ticket* rappresentava circa il 20 per cento del prezzo al pubblico ed era progressivo a seconda del prezzo del farmaco. Poi vi è stata tutta una serie di integrazioni e modificazioni sia del prontuario che del *ticket*. La vita di questi due strumenti è stata tormentata, sono d'accordo, l'ho riconosciuto apertamente, in più occasioni, e del resto fa parte della storia, del dopo riforma. Basta leggere i vari decreti, soprattutto l'ultimo, quello del 13 aprile 1984, che fa la cronistoria di tutti i decreti che l'hanno preceduto, quindi nulla viene a noi taciuto sotto tale aspetto.

Ma cosa ci dice questa storia? Che è estremamente difficile assumere in questa materia delle posizioni che raggiungano i complessi scopi che si attribuiscono al prontuario da un lato e al *ticket* dall'altro. In un certo senso, è più difficile abbinare questi due principi che non tenerli distinti, di per sè potrebbero essere anche non abbinati. L'Inghilterra, per esempio, non ha un prontuario terapeutico, però ha il *ticket*. Tutti i medicinali che sono riconosciuti idonei per la cura o la prevenzione di malattie godono di libera circolazione. Il problema del rimborso di una aliquota personale al servizio sanitario nazionale che distribuisce i farmaci è risolto in forma diversa a seconda del medicamento, ma tutti i medicinali sono compresi in questa disciplina in quanto non esiste un prontuario terapeutico. Si deve anzi riconoscere che nella primitiva formulazione del National Health Service inglese esisteva un prontuario terapeutico che dopo qualche

anno è stato abbandonato perchè ha dato luogo più a inconvenienti che a vantaggi.

Allora noi dovremmo molto onestamente valutare se nelle circostanze storiche nazionali, con un servizio sanitario nazionale come il nostro, che è diverso dal National Health Service inglese, abbiamo la medesima utilità ad abbandonare il principio del prontuario terapeutico oppure quello del *ticket*. Questo è un discorso aperto sul quale avremmo effettivamente bisogno di dati, diciamo così, *a posteriori*, scientifici, storici — non so come volete chiamarli — di maggiore meditazione.

Se dodici sono stati i diversi interventi sul prontuario terapeutico fino al momento attuale, fino all'ultimo decreto — e non ve ne faccio la cronistoria perchè vi annoierei citando passaggio per passaggio — cinque sono stati invece i decreti ministeriali che hanno regolato la materia del *ticket*. Vi è stato un momento in cui — lo ricorderete molto bene — il *ticket* è stato superiore al 15 per cento; vi è stato un momento in cui il *ticket* è stato riportato al 15 per cento ed è stata introdotta quella vasta politica di esenzioni per le cosiddette fasce deboli della popolazione, della quale anche con il decreto-legge che stiamo esaminando ci interessiamo. Questo va sottolineato.

Naturalmente, al punto in cui siamo giunti bisognerebbe valutare sul piano economico, da un lato, e sul piano sociale, dall'altro, i vantaggi e gli svantaggi della politica del *ticket* e di quella del prontuario. Questo, secondo me, è ragionare in quei termini che sono richiesti per qualsiasi questione che interessa la nazione. Ogni argomento, ogni problema ha il suo metodo specifico per essere affrontato. In materia di sanità bisogna adottare come metodo principale quello del costo-beneficio, cioè del risultato che si ottiene a parità di investimento, oppure dell'entità di investimento necessaria per ottenere un determinato risultato.

Se abbandoniamo questo, che è l'unico metodo scientifico per quanto riguarda la sanità, e introduciamo altri tipi di valutazione, ad esempio quelli di tipo macroeconomico, non approdiamo a nulla. Mi rendo conto che abbiamo anche un problema di compati-

bilità generale con il bilancio dello Stato delle spese per la Sanità, ma entrando nella macroeconomia del bilancio dello Stato c'è il rischio che abbandoniamo la microeconomia della sanità con le sue esigenze. Diciamo la verità; il servizio sanitario nazionale rappresenta un capitolo che gli economisti ritengono di microeconomia nell'ambito della macroeconomia del bilancio dello Stato; ma se in questa microeconomia abbandoniamo il metodo scientifico — che è l'unico applicabile in sanità — del costo-beneficio, è chiaro che non potremmo produrre qualcosa di utile al fine della stessa sanità, cioè del settore di cui stiamo discutendo.

Oggi, quindi, ci vengono proposte due ipotesi. Una riguarda il ritorno al vecchio prontuario, secondo la richiesta avanzata dall'opposizione, bocciando questo decreto-legge: è chiaro che in questo modo verrebbe ripristinato il prontuario precedente, di questo ci rendiamo perfettamente conto. L'altra ipotesi consiste nell'adozione di questo nuovo tipo di prontuario, associato ad un meccanismo più rigoroso ed estensivo del *ticket*. Il dilemma è quale di queste due strade percorrere.

È chiaro che il Governo e la maggioranza che lo sostiene accolgono la seconda ipotesi, pur con tutte le difficoltà che questo comporta e le facili ripercussioni sul piano cosiddetto psicologico-sentimentale, sentimentale nel senso del «buon sentimento», cioè della giusta valutazione di tanti altri aspetti. Infatti la sanità non è semplicemente un problema economico, vi sono sicuramente molte altre dimensioni che devono essere considerate.

In un momento così difficile, però, in un momento in cui il problema si pone per un settore microeconomico nell'ambito di una macroeconomia disestata e che si cerca di riportare a migliore governabilità, non resta altro che ragionare nelle ristrettezze e nelle angustie attuali cercando di fare il meglio con i mezzi a disposizione. Proprio a tal riguardo, a mio parere, nascono problemi di ordine internazionale ed europeo, oltre che nazionale, nel settore dei farmaci.

C'è gente che afferma che si può esercitare molto bene la medicina anche con 300 far-

maci. Personalmente ne uso 20 o 25 e non ne conosco più di tanti. Il discorso però non è questo. Si tratta di stabilire se valgono o no, nel nostro paese, quelle norme di libera circolazione delle merci cui siamo tenuti dal rispetto all'economia di mercato, sancita dalla Comunità europea. Infatti il farmaco è ricompreso tra le merci in quanto ha un meccanismo di produzione di tipo industriale ed ha alle spalle una serie di problemi di ordine industriale, come ad esempio l'occupazione. Quindi bisogna decidere se quelle norme valgono o meno anche in questo delicato settore. Sul piano giuridico abbiamo ratificato il trattato della Comunità europea che introduce queste norme anche per i farmaci e da queste non possiamo prescindere. Certo il tubo di ferro è molto diverso dal farmaco, e tutti lo riconoscono, ma anche il farmaco è un prodotto industriale che è condizionato e contingentato dalle regole della Comunità europea.

In questo contesto veramente risulta molto difficile quella operazione di discriminazione che si vorrebbe fare nell'ambito del prontuario terapeutico, tra farmaci pari, cioè farmaci che rispondono ai medesimi principi, tra farmaci che hanno la medesima attività terapeutica. Anche qui cerchiamo di chiarirci bene le idee sul significato semantico autentico e non cerchiamo di attribuire un significato politico delle parole, perchè bisogna tener conto anche dei principi giuridici che hanno espresso la semantica più adatta.

Quando diciamo «efficacia terapeutica» — comma primo dell'articolo 30 della legge n. 833, del 1978 — abbiamo certo un'intuizione diretta di cos'è l'efficacia terapeutica, noi medici in maniera particolare. Noi medici sappiamo difatti riconoscere se un farmaco è più o meno utile, più o meno risolutivo di un altro in una certa condizione, se, ad esempio, consegue il risultato dello sfebbramento più rapidamente di un altro. Tutto questo è il tecnico che lo valuta. Ma in che cosa consiste la funzione del medico anche sotto l'aspetto economico? È la funzione di intermediario tra lo Stato che dà il medicamento, o che lo mette a disposizione poichè ne riconosce in qualche modo l'utilità, o ne riconosce anche quella particolare

utilità sociale (per cui viene fornito più o meno gratuitamente alle persone), ed il paziente il quale non sa la differenza ad esempio tra tetraciclina, eritromicina, penicillina e così via.

È chiaro che è difficile formare una coscienza sanitaria così perfezionata da far sì che lo stesso paziente possa distinguere tra una denominazione e l'altra, tra un prodotto e l'altro in termini di efficacia per il proprio problema. Il medico, allora, assume in questa fase la funzione del garante di questo rapporto fra Stato e cittadino, fra chi dà e chi riceve ed ha responsabilità — lo riconosciamo tutti — anche sotto l'aspetto della spesa, sotto l'aspetto dell'economia. Ma il concetto di «efficacia terapeutica» ha anche delle implicazioni di ordine giuridico in base alle norme internazionali, in base alla dichiarazione del 1965 — se non vado errato — della Comunità europea che stabilisce cosa si deve intendere con questa espressione. Si definisce cosa si intende per «specialità medicinale», cosa si intende per «medicinale» e, nell'articolo 5, si prendono in considerazione i problemi dell'efficacia, quindi della possibilità di essere compreso o meno nel prontuario, e quelli della nocività, quindi della necessità della sua non iscrizione. Si vieta, comunque, all'articolo 11, una qualsiasi discriminazione in rapporto all'efficacia terapeutica presa come parametro differenziale per introdurre od escludere determinati farmaci da una lista, cioè da un prontuario; mentre si richiede che il farmaco corrisponda ad una «dichiarata» efficacia scientificamente provata.

Cosa significa questo? Significa che il problema del *quantum* di efficacia è molto discutibile, perchè in determinati casi il medico stesso può anche rilevare l'utilità di usare un farmaco che, pur avendo, a parità di condizioni solamente il 10-20 per cento di efficacia rispetto ad un altro, consente però una maggiore maneggevolezza, un minor rischio e così via. Molte volte c'è anche un rapporto diretto tra la cosiddetta efficacia terapeutica e la pericolosità del farmaco, la quale a sua volta è un concetto non assoluto. Vi possono, sì, essere concetti assoluti di pericolosità per quanto riguarda ad esempio

i veleni veri e propri (il cianuro si fa il caso e così via), che escono chiaramente dalla categoria del farmaco, ma vi sono concetti di efficacia e di pericolosità relativi all'impiego che si fa del farmaco e alle normali condizioni di uso, come dice la Comunità europea.

Allora dobbiamo deciderci, signor Ministro, a ratificare la nostra piena adesione a questi principi della Comunità europea, che di fatto si verifica, dal momento che tutti i decreti ministeriali recepiscono questa linea di indicazione. Ma in concreto non c'è una legge di ratifica del Parlamento italiano di questi principi della Comunità europea. È questo un altro problema legislativo che abbiamo davanti e mi auguro che alla ripresa della nostra attività potremo valutarlo seriamente.

Sentiamo molto spesso delle polemiche sul cosiddetto «farmaco inutile». Tra di noi ci intendiamo benissimo sul significato di utilità o meno del farmaco: ma di fronte all'opinione pubblica cosa significa farmaco inutile? Vi è qui una grossa ambiguità, in quanto un farmaco può essere inutile se non ha alcun effetto, o ha un effetto troppo basso da giustificare il suo inserimento nel prontuario. A questo punto sorge anche il problema dell'evoluzione della scienza: man mano che progredisce la ricerca scientifica — è questo un elemento fondamentale sul quale dobbiamo aprire gli occhi — numerosi farmaci sono superati, ma c'è anche il rischio che pure noi veniamo gradatamente esclusi dalla ricerca farmacologica. Vi è già adesso l'invasione delle multinazionali che vendono i loro prodotti innovativi in Italia ed abbiamo solo poche e striminzite aziende nazionali che fanno ricerca. Tra pochi anni non avremo più alcuna partecipazione industriale italiana al concerto dei ricercatori. Già oggi appena il 7 per cento della produzione di nuovi farmaci nasce dalle nostre 5 o 6 aziende che sono in grado di fare ricerca ed è questa una dimensione che dobbiamo tenere presente, non solo per l'economia nazionale. Anche se da un punto di vista quantitativo il problema può essere considerato minore, data la piccola aliquota di occupazione su cui incide il settore (infatti anche con una espansione del settore rivolta al Terzo

mondo potremo avere appena 5.000 nuovi addetti in cinque anni), tuttavia è certo che dal punto di vista del potenziale della ricerca nazionale il problema è molto rilevante. Stiamo infatti svendendo questo potenziale alle multinazionali che hanno un programma fondato sull'evoluzione della società e del mondo industrializzato. Nel 1990 il fatturato generale dei farmaci in tutto il mondo è destinato a raddoppiare, perchè ci sarà una crescente domanda nei paesi del Terzo mondo che non saranno in grado per molti anni di realizzare una loro industria nazionale competitiva e si dovranno quindi servire di queste grandi imprese multinazionali. Se noi oggi fossimo in grado di recuperare una parte di terreno (vi dico questo come italiano e non perchè abbia un particolare interesse per l'industria farmaceutica) creando una multinazionale mediante l'unione delle industrie nazionali e ci organizzassimo per poter promuovere una capacità di presa nei paesi in via di sviluppo aiutando l'inizio dell'industria altrui, come in tanti altri settori è stato fatto dal nostro paese, potremmo ribaltare una posizione di sudditanza e potremmo anche fare una politica del farmaco molto più intelligente.

Tornando ai problemi dei principi comunitari ed al concetto di utilità o inutilità del farmaco, non si può sostenere che vi siano in commercio in Italia farmaci inutili perchè privi di efficacia. Si potrà sostenere — se mai — che non è opportuno che alcuni farmaci vengano introdotti nel prontuario nazionale perchè maggiormente costosi rispetto ad altri — si aggancia qui il problema dello scatto del secondo comma dell'articolo 30 della legge n. 833 sull'economicità del prodotto — ma in questo caso dovremmo stare molto attenti a non ledere le norme internazionali sulla libera circolazione delle merci. Anche altri paesi hanno adottato questa *need clause*, cioè la clausola di necessità: quando vedono che per l'economia nazionale esistono delle condizioni per cui determinati prodotti possono essere a detrimento dell'economia nazionale invocano la *need clause*; ma questo si può fare quando non solo si è ratificato un trattato ma c'è già una legge nazionale sull'argomento, che fino



a questo momento non esiste, che consenta eventualmente l'applicazione del principio della *need clause*.

Vorrei concludere questo brevissimo intervento — che come vedete è tecnico e non vuole entrare nella problematica e nella conflittualità politica che si è creata su questo problema e che a mio parere è anche esagerata rispetto all'entità reale delle cose — dicendo che in tutti i paesi esiste il *ticket*. Nel Belgio, per esempio, sono esenti da *ticket* i farmaci per malattie molto gravi o croniche, però su tutti gli altri farmaci c'è il 25 per cento del prezzo al pubblico.

In Danimarca vi sono farmaci fondamentali di provata efficacia contenuti in uno specifico elenco esenti da *ticket* e su tutti gli altri, pur importanti per altre terapie e pur monocomposti, vi è un *ticket* variabile dal 25 al 50 per cento.

In Germania vi è un *ticket* di due marchi per ogni confezione, indipendentemente dal numero delle prescrizioni e si applica quindi il principio che potremmo chiamare della *tassa d'acquisto*, come esiste anche da noi.

In Inghilterra vi è la stessa *tassa d'acquisto* di 1,4 sterline, secondo il dato del maggio 1983, per ogni specialità prescritta e sono esenti da *ticket* le prescrizioni per i minori (cosa che abbiamo introdotto con questo decreto, per lo meno per le fattispecie delle malattie più importanti, per le malattie croniche e molte volte congenite), per le persone di età superiore a 65 anni, per le donne in stato di gravidanza e per pazienti afflitti da particolari malattie croniche.

In Francia, che forse è il paese che maggiormente ha ispirato i provvedimenti governativi applicati in Italia, circa 700 specialità hanno un *ticket* del 60 per cento, 109 specialità sono prive di *ticket* e su tutti gli altri farmaci, che sono mutualistici (in Francia vige ancora il sistema assicurativo), c'è un *ticket* del 30 per cento.

In Spagna si applica il *ticket* del 40 per cento del prezzo al pubblico.

In Svezia si pagano 25 corone per ogni ricetta: sono però escluse le prescrizioni per un certo numero di malattie delle quali abbiamo fornito un elenco alla Commissione.

In Giappone sono gratuite le medicine solamente per i titolari dell'assicurazione

sociale, mentre si applica un *ticket* del 70 per cento per tutti i familiari e sono gratuiti i farmaci dopo i 70 anni di età.

In Bulgaria sono gratuiti i farmaci solo per una lista di 39 malattie o gruppo di malattie e sono esentati dal pagamento dei farmaci gli «eroi della lotta anticapitalistica», i bambini fino a tre anni, le donne in stato di gravidanza.

In Romania i farmaci sono gratuiti su presentazione di ricetta solo per i pensionati, i bambini fino a 14 anni, i ricoverati in ospedale e i malati cronici.

In Cecoslovacchia tutti i farmaci prescritti con ricetta medica sono gratuiti per tutti i cittadini e c'è un *ticket* simbolico su ogni ricetta pari ad una corona.

In Ungheria c'è un *ticket* fino ad un massimo del 15 per cento del prezzo al pubblico con un minimo di 2 fiorini e sono esonerati dal pagamento gli invalidi, i malati di tubercolosi, di diabete e di epilessia solamente per i farmaci inerenti a queste malattie.

In pratica, da questa esemplificazione può risultare l'ampio spettro di possibilità di regolamentazione della materia. Ci dobbiamo allora chiedere quali sono i motivi per cui è stato introdotto e mantenuto il *ticket* e per i quali è stato introdotto il prontuario. Abbiamo certamente divergenze, ma sono ormai divergenze dottrinali, in un certo senso. Per il prontuario si è detto che deve servire a contenere la spesa farmaceutica. Questa è, secondo me, un'espressione generica e opinabile: un prontuario particolare, associato ad un *ticket* molto esteso e sufficientemente sostenuto, forse riesce a ridurre la spesa farmaceutica, se questo è l'obiettivo che si vuole conseguire, ma altrimenti, se non vi sono queste condizioni, è chiaro che l'affermazione che il prontuario terapeutico riduce la spesa è priva di quella valutazione di favorevole rapporto costo-beneficio che prima ho indicato come metodo specifico per il settore sanità.

In secondo luogo, il prontuario può servire anche a razionalizzare l'uso del farmaco — questo è stato affermato — e a fare una selezione tra farmaci, eliminando dal prontuario pubblico un certo numero di medicinali di vecchia concezione la cui efficacia è meno forte rispetto ad altri più moderni.

Anche questa può essere un'indicazione. Il prontuario — si è detto — può essere inoltre il supporto informativo per il costante aggiornamento degli operatori sanitari, affermazione questa già discutibile perchè la cultura sanitaria non si forma su un prontuario *standard*, ma in ben altre condizioni. Intanto si forma con la diretta ricerca sul farmaco e con l'esperienza personale; certo questo problema coinvolge anche l'informazione scientifica sul farmaco, il valore didattico-formativo dell'università, quello della scuola, nonché la capacità di recepire dalla professione tutto ciò che rappresenta uno stimolo favorevole al proprio acculturamento e alla propria esperienza. Affidarsi però ad un prontuario terapeutico prestabilito per fare cultura medica è veramente una deformazione del concetto di prontuario il quale ha solo significato se è limitato ad indicare quei farmaci che è conveniente — non utile o inutile — allo Stato mettere a disposizione del cittadino, fermo restando che gli altri — una volta constatata la loro efficacia e innocuità (non pericolosità) — possono e debbono rimanere ugualmente in commercio.

Le funzioni del *ticket* sono quelle, da un lato, di riequilibrare il processo offerta-domanda e, dall'altro, di limitare il carico sulla collettività di un costo che essa, in determinati momenti storici, ritiene di non essere in grado di sopportare. Questo è il problema vero perchè con questa ulteriore edizione del prontuario terapeutico — voluta dal decreto ministeriale 13 aprile 1984 — è stata prevista una fascia maggiore di oneri che ricade dallo Stato alle famiglie e all'individuo. «Su questo non dobbiamo nasconderci dietro ad un dito», come si dice in gergo politico: infatti siamo tutti consapevoli che questo si verifica ed allora dobbiamo giudicare il perchè si debba ricorrere a tale processo. Il discorso — dunque — si allarga sulle compatibilità finanziarie dello Stato, sul momento che stiamo vivendo, sul valore — qui sì che potremmo iniziare un dibattito culturale, magari in un altro momento — del *Welfare State* (lo stato della sicurezza sociale), ossia fino a che punto debba essere lo Stato a dare tutto a tutti gratuitamente. È questo il vero discorso culturale che abbiamo di fronte: fino a che punto cioè debba esserci e in quale

misura una partecipazione della gente a costruire il *Welfare State*, ciò che significa anche partecipazione contributiva volta a volta, entro certi limiti, agli oneri. Questo è il vero nocciolo del problema.

Pertanto non mi straccerei le vesti di fronte alla tematica del *ticket*, dato che essa è coeva alla riforma sanitaria, se non antecedente. Valuterei invece positivamente lo sforzo attuale che è quello di ampliare la fascia della esenzione per le categorie deboli. A questo riguardo sì che esiste un discorso nuovo ed importante. È chiaro infatti che in proposito entra in gioco il concetto di socialità del farmaco. In questo senso il valore sociale del farmaco non sta tanto nel fatto se sia più o meno corrispondente a quella molecola di largo impiego o all'ampiezza della patologia nel quale vi è impiegato; ma nel fatto che possa essere accessibile a tutti. Questo è il punto ed allora quando ci si trova di fronte ad un condizione di indigenza, ecco che si applica il principio del valore sociale del farmaco, che a mio parere è male specificato nell'articolo 30 della legge n. 833. Perchè dunque non ci decidiamo a riscrivere questo articolo 30, a definire un po' meglio la questione regolata nei quattro punti di tale norma che sono stati frutto di compromesso, come ci ricordiamo tutti noi che eravamo in quest'Aula? Pertanto, se i tempi sono maturi, se veramente abbiamo fatto un progresso ed abbiamo capito qualcosa di più della riforma sanitaria, se abbiamo speso molti sforzi anche nella nostra indagine conoscitiva per capire i motivi di fondo per cui siamo arrivati ad una condizione simile, di incompleta, distorta applicazione della riforma, allora facciamo anche uno sforzo per precisare meglio che cosa è giuridicamente l'efficacia terapeutica, l'economicità del prodotto. Definiamoli una volta per tutte, cosicchè non avremo questo continuo ribollire, in ben 12 decreti ministeriali, del problema del *ticket* e del prontuario: ambedue sono evoluti in maniera piuttosto caotica perchè siamo andati avanti sempre con aggiustamenti rispetto ad una legge che, sotto alcuni aspetti, non era chiara e dava luogo a equivoci.

Mi sembra che in questo argomento dovremo operare tutti volenterosamente e

riconoscere intanto, provvisoriamente, il valore del decreto che ci accingiamo a votare perchè per lo meno viene incontro, sia pure nei tempi brevi, all'esigenza di rendere più sociale l'uso del farmaco aumentando quindi le fasce di esonero.

Rimane sempre da valutare — lo dico proprio per onestà e per coerenza rispetto al principio che ho assunto — il rapporto costo-beneficio, alla fine della operazione, che impone un *ticket* solo del 15 per cento ma su tutti i farmaci (perchè in pratica ormai è chiaro che non trattandosi di farmaci salvavita si tratterà per lo meno del 70 per cento circa del consumo). Qui il Governo deve essere veramente impegnato a dirci in termini economici — poichè il problema del *ticket* è solamente di economia sanitaria — fra qualche tempo, non appena avrà la documentazione, quale reale vantaggio c'è stato nel porre un *ticket* del 15 per cento. Anche qui per onestà mentale dobbiamo dire, affinché la gente non creda che siamo dei suchiasangue, che questo è il *ticket* più basso di tutta l'Europa, e con un margine in ampiezza di esenzioni che non si registra in alcun altro paese dell'Europa.

A parte il valore della partecipazione, che rimane sempre, e il valore di dissuasione contro l'iperconsumo, che pure può sempre rimanere (si può dubitare se esista o non esista questo «messaggio» in una società così smaliziata e progredita in cui ogni giorno ciascuno prende varie pillole) dobbiamo riconoscere che almeno questo è un tentativo di concorrere all'educazione sanitaria usando uno strumento che possiamo ritenere ancora valido ed opportuno, così come tale viene valutato in tanti altri paesi.

Quando riprenderemo questo discorso lo faremo in termini allargati. Su questa valutazione mi trovo perfettamente d'accordo con quanto da più parti è stato sollevato e lo abbiamo detto in Commissione ed è stato ripetuto dai colleghi che hanno parlato sino a questo momento e dal relatore stesso nella sua introduzione. C'è il piano di settore, c'è il nuovo metodo di determinazione dei prezzi dei medicinali (che è un elemento molto delicato), ci sono i problemi dell'educazione sanitaria sui farmaci e c'è quello della speri-

mentazione clinica dei farmaci. Per ciò che riguarda quest'ultimo punto abbiamo modalità ancora molto personalistiche e antiquate di verifica della sperimentazione clinica e questo è un altro argomento da mettere a fuoco. Non possiamo rincorrere, come vorrebbero anche i nostri economisti, la produzione internazionale se non ci accingiamo a fare una seria ricerca farmacologica e questa comporta anche l'esame in sede clinica del farmaco con tutte le sue tematiche, con le implicazioni di grosse responsabilità.

Esiste poi il problema della distribuzione dei farmaci con tutto ciò che vi è connesso (ed è stato in parte affacciato in quest'Aula) e quello del monitoraggio degli effetti da farmaci: riconosco che si tratta di questioni reali.

Credo che si arriverà ad avere i dati statistici che ho chiesto e si lavorerà nella piena consapevolezza delle reciproche posizioni, ma anche nell'intento di raggiungere il bene comune, che in sanità non può essere dissociato dalla valutazione del rapporto costi-benefici, allora a mio parere avremo fatto un'opera veramente seria. (*Applausi dal centro e dalla sinistra*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Rossanda. Ne ha facoltà.

**ROSSANDA.** Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, il senatore Bompiani ha fatto un commento abbastanza ampio su un tema sul quale tornerò nell'ultima parte del mio intervento, cioè la politica farmaceutica. Infatti egli ha riproposto in termini un po' provocatori discussioni che abbiamo più volte fatto in Commissione, ma che evidentemente non sono esaurite.

Vorrei iniziare il mio intervento su questo decreto commentando un punto sul quale, ritengo, la collega Jervolino non sarà in disaccordo, il fatto cioè che ci troviamo di fronte ancora una volta ad un decreto-legge che riguarda materie piuttosto rilevanti di interesse sanitario.

Vorrei rifarmi alle osservazioni da noi fatte ripetutamente nell'VIII legislatura sulla estrema negatività della decretazione di urgenza che ha costituito prassi costante

nella passata legislatura e che evidentemente permane, nonostante i contrari pronunciamenti del Governo e dello stesso Parlamento. Nella passata legislatura, un po' prima della sua fine, abbiamo contato ben 44 decreti-legge in materia sanitaria i quali contenevano in larga parte norme sanitarie assieme ad altre norme, previdenziali, sul collocamento, sull'occupazione, sulla finanza locale, per cui si è creata una situazione di sostanziale illeggibilità della materia che sicuramente non produrrà effetti positivi.

Approfitto della discussione su questo ennesimo decreto-legge per sollevare formalmente il problema di come poter lavorare, anche nella Commissione di merito, senza disporre della produzione legislativa ordinata per argomento. Infatti nella legge di riforma globale del 1978 è contenuta la maggior parte delle norme sanitarie. Ma molte norme sono contenute anche in leggi precedenti che non sono state abrogate dalla legge di riforma sanitaria del 1978: se ne trovano in questa sessantina di decreti-legge a contenuto per lo più misto ed in una dozzina di leggi specifiche. Inoltre sono largamente sparse nelle leggi finanziarie ed in provvedimenti relativi, ad esempio, al terremoto, al Mezzogiorno, eccetera. Abbiamo sollevato questo problema in Commissione, ma vorrei sollevarlo formalmente in questa sede perchè mi sembra impossibile che non si riesca a trovare una soluzione al problema della leggibilità.

So che la richiesta di una organizzazione delle norme legislative per argomento è così pressante da parte di tutti gli operatori del servizio sanitario nazionale che ad un certo punto era stata avviata una ricerca dall'Istituto per gli studi dell'amministrazione pubblica di Milano il quale aveva preparato un progetto e aveva avuto un contratto dal Ministero della sanità. Ebbene, questo contratto, che proponeva di fare una schedatura sistematica della materia legislativa, è stato bocciato dalla Corte dei conti la quale ha dichiarato che il Ministero stesso, avendone gli strumenti, doveva compiere tale operazione.

Ma io mi chiedo e chiedo anche al nostro Presidente in questo momento se è soltanto

dovere del Governo procurare il materiale legislativo ordinato. Secondo me è anche nostro dovere, del Senato e del Parlamento nel suo complesso, fare uno sforzo per dotarsi di questo strumento che andiamo chiedendo con energia fin dall'inizio della legislatura, ma che non si riesce ad ottenere e nè si vede con chiarezza il termine entro il quale potrà essere realizzato. D'altra parte, sarebbe importante che questa operazione venisse attuata, perchè, entrando nel merito del nostro dibattito sulla conversione in legge che stiamo discutendo, risulta che le due materie principali che vi sono trattate, e cioè la proroga degli incarichi del personale sanitario e la materia delle esenzioni dai *tickets*, sono state già esaminate in un numero straordinario di provvedimenti successivi che, solo per il primo, supera largamente la quindicina. Non riusciamo a ricostruire con chiarezza neanche l'andamento della discussione appunto per l'eccessivo numero e la dispersione dei provvedimenti effettuati.

Chiudo quindi questa introduzione con un appello formale — forse, in sede di discussione del bilancio interno del Senato si potrebbe porre anche questo argomento sul tappeto — per una organizzazione interna resa più efficiente, più ricca di personale, che si faccia carico sistematicamente di questo lavoro che noi singoli senatori abbiamo confessato di non essere in grado di svolgere, sia perchè il nostro lavoro è disperso, sia anche perchè ci sono questioni di specifica competenza che non è chiaramente la nostra.

Entrando nel merito della materia trattata, desidero innanzitutto svolgere qualche osservazione sulla proroga degli incarichi. Solo su questo tema ci sono stati una quindicina di provvedimenti di proroga, in genere appunto sotto la forma di decreti-legge. Non possiamo disconoscere che parte dei provvedimenti di proroga riguardanti il personale ha ragioni oggettive. Ricordiamo infatti che la legge di riforma sanitaria del 1978 ha provocato un notevole subbuglio nei rami della pubblica amministrazione che si occupavano di materia sanitaria e ha causato un'operazione complessa di confluenza di cinque filoni di personale di diversa provenienza, con diversa

organizzazione gerarchica e con diversi sistemi contrattuali nell'unico comparto sanitario, operazione che chiaramente abbiamo sempre considerato necessaria perchè si arrivasse alla realizzazione dell'omogeneizzazione del servizio sanitario, ma che ha prodotto una quantità di problemi, quelli che sono stati paragonati da un nostro interlocutore spiritoso, in una audizione svolta nel corso di una indagine conoscitiva presso la Commissione sanità, alla complessità prodotta dalla fusione dei cinque eserciti dopo l'Unità d'Italia. Si è creata, infatti, una quantità di personale precario il quale, non potendo essere, per norma di legge, tenuto in servizio per più di sei mesi, doveva essere di volta in volta prorogato. A questo ha anche contribuito, però — la confusione attuale non è soltanto effetto di una «calamità naturale» — una serie di errori contenuti nella normativa che regola il processo di fusione del personale. Voglio ricordare ai colleghi della nuova legislatura — perchè certamente la relatrice e gli altri non hanno bisogno di questo mio richiamo — che nella scorsa legislatura abbiamo discusso il rapporto Gianini sulla pubblica amministrazione e abbiamo tutti dichiarato che questo rapporto era estremamente giusto e valido e che il suo concetto di critica all'attuale organizzazione del pubblico impiego era da condividere. Sono stati assunti, in questa sede, impegni a ricorrere a principi più moderni, quali per esempio, per il reclutamento, la definizione e l'utilizzazione di corsi selettivi per sostituire le procedure concorsuali tradizionali e farraginose.

Ebbene, alla fine della scorsa legislatura è stata prodotta una legge che, sia pure con qualche ambiguità formale, faceva propri questi concetti: la legge-quadro sul pubblico impiego. Tuttavia il principale documento che regola lo stato giuridico, e quindi anche il processo di reclutamento del personale sanitario, è mal riuscito. Infatti è stato varato un testo lungo 83 articoli, datato 20 dicembre 1979, pubblicato però soltanto il 15 febbraio 1980, come ricorderete, perchè dopo la sua faticosissima confezione per circa altri due mesi vi furono altre contestazioni su parecchi punti. Lo stesso ritardo nella pub-

blicazione non è stato un fatto casuale ma ha dimostrato quanto la materia ha continuato a bollire in pentola anche dopo una formale approvazione da parte del Governo.

Ovviamente neanche questa è una calamità naturale. Infatti quando il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 è stato approvato era stato discusso a lungo da una Commissione bicamerale; il senatore Romei forse allora non si occupava della materia, ma altri colleghi lo ricorderanno. Sono contenta di poter dire che le osservazioni che la nostra parte politica aveva fatto nel suo documento di minoranza ai principi ed alla struttura del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 oggi sono tornate puntualmente a galla. Se allora ci fosse stata una maggiore attenzione da parte del Governo e dei colleghi di maggioranza all'esigenza di introdurre meccanismi di maggiore fluidità e flessibilità nell'organizzazione gerarchica del personale forse oggi saremmo un po' meno nei guai.

Infatti il decreto del Presidente della Repubblica n. 761, come tutti sappiamo, è stato varato all'insegna di una gerarchia mutuata da quella ospedaliera ed ha potuto essere realizzato soltanto in parte con una serie di deroghe che le regioni hanno dovuto prevedere per poter agire, cancellando in pratica parecchie delle norme in esso contenute, che peraltro hanno acquisito validità solo addirittura un paio d'anni dopo il varo di questo decreto presidenziale, dato che il Governo ha impiegato tanto tempo ad emanare i relativi provvedimenti attuativi. Fra questi va ricordato in particolare quello relativo alle norme concorsuali le quali, se possibile, sono risultate ancora più rigide ed antiquate rispetto a quelle dello stesso ordinamento dello stato giuridico, fatto, a mio parere, particolarmente colpevole. Infatti nel frattempo la legge-quadro sul pubblico impiego era stata votata formalmente dal Parlamento, era stata anche in parte assorbita nella cultura del Parlamento e del Governo ed era stato fatto uno sforzo per introdurre alcuni suoi criteri nella successiva normazione e contrattazione.

Quindi, il fatto che noi abbiamo un corpo normativo dichiarato, pressochè universal-

mente, inagibile, non è del tutto incolpevole e può essere motivo di soddisfazione da parte nostra il rilevare che alcune osservazioni che sono state fatte allora sono fatte proprie anche dalla maggioranza. E, se non motivo di soddisfazione, devo comunque rilevare che è una realtà che, a circa tre anni di distanza dalla messa in opera di tutto questo marchingegno, il Governo oggi accetta una modifica sostanziale che penso andremo a votare nel contesto di un altro provvedimento legislativo, quello per la sanatoria del personale precario, nel senso di snellire le procedure, abbreviare i termini, decentrare i concorsi perchè possano essere svolti.

Ho ricordato tutto questo perchè fosse ben chiaro a chi desiderava ascoltare che la materia di cui ci andiamo oggi ad occupare viene affrontata con lo strumento della decretazione d'urgenza non per pura fatalità, ma perchè si sono voluti compiere testardamente alcuni errori, oppure si sono ascoltate voci conservatrici di un vecchio ordine più di quanto non si siano ascoltate voci di esperti e le voci dell'opposizione in particolare. In questa materia è chiaro che, a questo punto, diventa necessario andare ad una proroga; noi, tuttavia, non siamo d'accordo sul modo in cui la proroga viene fatta e, in particolare, annuncio che siamo contrari all'emendamento — se la Commissione vorrà mantenerlo — approvato dalla Commissione a maggioranza, di spostare la data di cui all'articolo 1 del decreto concernente la proroga dell'incarico, data che il Governo aveva giustamente indicata nel 31 maggio 1984 e che invece la Commissione, in un suo emendamento, propone di spostare al 31 dicembre 1983.

Questo, a mio parere, è un errore. Eravamo tutti concordi, e lo siamo ancora, sul fatto che il provvedimento che sanerà il precariato debba riguardare solo coloro che sono in servizio al 31 dicembre 1983; questo se riusciremo ad approvare il citato provvedimento, poichè se dovesse slittare di un altro anno non ci assumeremmo chiaramente questo impegno. Una cosa è però il promettere l'iscrizione diretta in ruolo di questo personale ed altra cosa è mantenerlo in servizio finchè si riescano ad effettuare i con-

corsi per i quali proponiamo le norme di accelerazione delle procedure.

Sappiamo che nel servizio sanitario vi sono state grandi difficoltà — i giornali ne hanno parlato ampiamente — perchè è mancato personale in servizi essenziali come conseguenza del blocco delle assunzioni e, in particolare, del meccanismo sbagliato di deroga che doveva essere concessa dalla Presidenza del Consiglio secondo la prima formulazione fatta nella legge finanziaria 1983. Sappiamo che vi sono stati ricorsi alla Corte costituzionale, che questa ha riconosciuto la validità del ricorso e che le regioni, soltanto nell'autunno 1983, hanno praticamente ottenuto il riconoscimento del proprio potere di deroga al blocco delle assunzioni e di non dover dipendere dalla Presidenza del Consiglio. Di conseguenza, soltanto in quel periodo è arrivata in parecchie regioni una notevole quantità di domande per la sostituzione del personale venuto a cessare dal servizio. Oltre a queste situazioni venutesi a creare nel corso del 1983, abbiamo i problemi della cessazione dal servizio nel corso dei primi sei mesi del 1984; il personale sanitario è sottoposto ad un *turn over* non indifferente specie quello incaricato dell'assistenza diretta (all'incirca del 6-7 per cento).

Mi sento quasi sciocca dicendo queste cose (credo che sia, forse, la decima volta che ne parlo in quest'Aula) dato che in numerose occasioni si è posto il problema dei blocchi degli organici e delle assunzioni — ma le ripeto ogni volta a rischio di sentirmi ridicola di fronte a coloro che mi avranno ascoltato una notevole quantità di volte — perchè ho vissuto l'esperienza disastrosa dell'inizio delle ferie in un ospedale, dove devono essere assicurati i servizi di urgenza; gli stessi problemi li vivono i servizi territoriali. All'inizio delle ferie si comincia a discutere su cosa si chiude e su cosa non si chiude, e questo da anni. Mi domando allora cosa succederà se si manterrà la proroga solo per il personale assunto in servizio entro il 31 dicembre 1983. Vi sarà personale assunto in gennaio, che ora a luglio sarà mandato a casa, in pieno periodo critico per i servizi, cioè in pieno periodo di ferie. Ne riparleremo in sede di discussione dell'emendamento, ma è dove-

roso parlarne anche in sede di discussione generale perchè è un problema che non può essere sottovalutato. Quando poi i servizi pubblici non funzionano sappiamo bene che i giornali si riempiono di lamentele, di accuse, subentra surrettiziamente il sistema privato il quale si fa carico di questa carenza, guadagna e cresce ed è cresciuto infatti in questi ultimi anni proprio in coincidenza con questa politica.

Vorrei spendere ancora qualche minuto sulla seconda parte del decreto, sul complesso della materia trattata, cioè sulla questione dei *tickets* sui farmaci. Vi è una interessante pubblicazione che la cortesia dell'editore de «Il pensiero scientifico» mi ha fatto avere con qualche anticipo sulla pubblicazione che avverrà tra breve, curata da due giovani farmacologi-economisti (il dottor Livio Garattini e il dottor Silvio Capeccia) dal titolo «Farmaci: economia e salute», che raccomando molto a coloro che avranno interesse a seguire questa materia perchè è una sintesi organizzata della storia della normativa sui farmaci, della loro registrazione, del problema della formulazione dei prezzi e del mercato farmaceutico in Italia e all'estero. Da questo libro vorrei ricavare alcune osservazioni.

Signor Presidente, quanto tempo ho a disposizione fino alla chiusura?

**PRESIDENTE.** Almeno finora è estremamente al di sotto del tempo per cui si era prenotata.

**ROSSANDA.** Visto che sono arrivata quasi alle tredici, non vorrei abusare della pazienza dei colleghi.

**PRESIDENTE.** Mi sembra che i colleghi in Aula siano pochi ma attenti.

**ROSSANDA.** Vedrò di dire ciò che devo dire senza abusare eccessivamente. Una osservazione generale per entrare in questa materia, è che la politica dei farmaci, dei *tickets* e delle esenzioni ha avuto un itinerario complicato e sarebbe difficile, nel fare un confronto con la legislazione degli altri paesi,

trovare un numero altrettanto grande di provvedimenti tra norme legislative e atti amministrativi che intervengono sulla materia della registrazione dei farmaci e delle variazioni del prontuario terapeutico con una frequenza così grande. Soltanto l'anno scorso, se ricordate, c'è stato l'intervento attraverso il decreto n. 463 che ha operato una variazione importante nel concetto cui si doveva ispirare il prontuario terapeutico nazionale, e la legge finanziaria ha, immediatamente dopo, stravolto completamente questo concetto. Non si può dunque sostenere che esiste una linea chiara e omogenea in questo campo.

In verità, tutta la materia è stata largamente affidata ad atti amministrativi del Ministero della sanità che noi contestiamo fortemente e che anche nella pubblicazione che ho citato sono largamente contestati. Vi è, però, un particolare che prima di entrare in questa materia vorrei ricordare. Ci lamentiamo molto per la crescita della spesa farmaceutica e infatti la legge finanziaria dello scorso anno voleva ridurla del 50 per cento circa con provvedimento chiaramente impossibile a realizzarsi. Nel 1977, lo stesso anno nel quale si è iniziato a preparare il provvedimento per i *tickets* e la riforma sanitaria, con atto amministrativo è stato abolito lo sconto che l'industria farmaceutica doveva praticare agli enti mutualistici pubblici, sconto che arrivava fino al 30 per cento del prezzo. Ora credo che sia una cosa assolutamente incredibile che, di fronte ad un grandissimo e sicuro acquirente come il sistema pubblico italiano, il produttore non pratichi più sconti e questa cessazione dello sconto farmaceutico è senz'altro uno dei fattori che hanno prodotto in quel periodo una lievitazione di spesa. Contestualmente, è stata approvata la legge che introduceva i *tickets*. Per adesso non si parla ancora di sconto, ma nello studio sulla struttura dei prezzi sarebbe interessante andare a vedere il dettaglio e rinvio alla pubblicazione che ho citato perchè si tratta di un aspetto troppo complesso per essere riassunto in pochi minuti. Risulta molto chiaramente che i costi per la mano d'opera produttiva, diciamo così, cioè quella che è molto difficile da riciclare, sono

veramente bassi: il grosso costo, che veramente incide anche sul prezzo del prodotto farmaceutico, è quello di commercializzazione. Se andiamo poi a vedere addirittura nel dettaglio il costo di commercializzazione, scopriamo che l'82 per cento del costo di informazione — che poi praticamente è quello della commercializzazione — è rappresentato dal costo delle visite che gli informatori farmaceutici fanno direttamente ai medici e soltanto il 18 per cento è il costo dei campioni distribuiti, delle inserzioni su pubblicazioni e così via. Si è dunque creata una fascia di occupazione che è molto meno costituita da personale operaio e molto più da personale, probabilmente non tutto laureato, ma comunque con un certo grado di formazione, il cui mantenimento, in quanto soggetti della commercializzazione del farmaco, pesa per una quota non indifferente sul costo del farmaco stesso in un circolo vizioso di cui non si vede la rottura. Infatti, l'informazione costruita dalla casa farmaceutica e trasmessa direttamente ai medici attraverso il sistema della visite è uno strumento che noi sappiamo essere di sostanziale, grave deformazione della domanda.

Ebbene, su tutto questo non è stata fatta un'operazione di pulizia. Nella relazione del direttore dell'industria farmaceutica che, come i colleghi avranno potuto vedere, è anche oggetto di una nostra interrogazione per la sua iscrizione nelle liste di Licio Gelli e questo forse non è privo di significato in rapporto all'accelerato processo di trasferimento a imprese estere che ha subito la nostra industria farmaceutica, si sostiene che il Ministero della sanità ha fatto un lavoro piuttosto accurato di revisione dei testi pubblicitari. Ebbene, questi testi pubblicitari sono niente in confronto alla libertà di azione e allo spazio dato dalla politica ministeriale alla informazione farmaceutica diretta, gestita dai dipendenti delle imprese farmaceutiche ai quali, nello stesso documento distribuitoci, si riconosce che deve essere dato uno spazio importante in un altro settore delicato della gestione farmaceutica, quello del monitoraggio dei farmaci. In parole povere, cioè, per sapere come il farmaco sia poi utilizzato, gestito e quali

influenze negative potrà avere, bisognerà rivolgersi in prevalenza alle imprese che organizzeranno questa attività per conto del pubblico. La cosa era esplicitamente detta in un decreto che poi è stato corretto in questo senso, ma preoccupa francamente la dichiarazione contenuta nel documento uscito dal Ministero.

Un altro punto che vorrei mettere in rilievo: il nostro Ministero ha sostenuto, nelle sue dichiarazioni, che era stata fatta un grande pulizia e riorganizzazione nella pratica di registrazione e messa in commercio in Italia dei farmaci. Tutto questo, però, è contraddetto da studi compiuti.

Nel 1981, infatti, quando si era in piena discussione sulla questione della spesa farmaceutica e dei *tickets*, un gruppo di esperti farmacologi esaminò i prodotti registrati e messi in commercio in quello stesso anno. Si trattava di 192 prodotti dei quali ben 73 sono stati dichiarati prodotti irrazionali. Potremo entrare in discussione sulla questione dell'efficacia o meno nel singolo caso, ma che un preparato abbia una sua razionalità un farmacologo clinico lo può dire. Un esempio molto semplice in proposito è quello delle associazioni ed io ritengo che il senatore Bompiani sarà d'accordo con me nel riconoscere che le associazioni sono per la grandissima parte preparazioni irrazionali e che i monocomposti sono nella grandissima maggioranza di maggiore utilità per il soggetto.

Vi erano poi 14 prodotti di dubbia efficacia terapeutica e 105 di attività terapeutica non messa in discussione. Di questi 105, però, soltanto 14 erano prodotti nuovi, cioè rappresentavano uno strumento terapeutico diverso e non soltanto analogo a quello dei prodotti precedenti, mentre 84, quindi la grande maggioranza, erano semplicemente copie di prodotti già in commercio e 7 erano quelli che vengono chiamati *me too drugs*, i farmaci «anch'io», i quali sono semplicemente analoghi di farmaci che sono già stati messi in commercio, se non vere copie, farmaci di grande somiglianza strutturale e terapeutica.

Il Ministero della sanità si è anche vantato, nella persona del suo direttore del servizio



farmaceutico, che negli ultimi anni è stata operata una seria revisione e una grande diminuzione di specialità registrate in commercio. Anche su questo non possiamo essere interamente d'accordo. Delle specialità messe in commercio, tra il 1976 e il 1981, il 57,7 per cento sono ancora copie, e questa è una riconferma di quanto ho già detto. Inoltre se è vero che si è notevolmente diminuito il numero delle specialità medicinali con registrazione valida e delle confezioni, che sono in numero un po' superiore a quello delle specialità, è altrettanto vero che le specialità effettivamente in commercio sono in numero notevolmente diverso da quello delle specialità con registrazione valida.

Faccio un solo esempio. Nel 1982, le specialità con registrazione valida erano 9.005, con 21.693 confezioni, però effettivamente in commercio di queste ce ne erano meno dei due terzi, per le confezioni 12.900, e i due terzi giusti per le specialità, 6.091. Quindi 3.000 specialità, con 9.000 confezioni, erano nel limbo e in sostanza erano preparati per la cui immissione in commercio già le imprese non avevano più interesse. Allora è molto facile fare la revisione delle registrazioni per migliaia di prodotti e vantarsi quando semplicemente si accoglie la richiesta che, per puro interesse di mercato, viene già avanzata dalle industrie farmaceutiche di non mettere più in circolazione alcuni farmaci ritenuti non interessanti.

A questo punto mi sembra che non si possa accettare il principio che i *tickets* sono l'unico strumento, e fondamentale, per sanare una situazione di emergenza quando, in verità, se il Governo avesse fatto una serie di interventi corretti nei riguardi dell'industria farmaceutica, avrebbe potuto ottenere da questa comportamenti più accettabili, almeno per ciò che attiene la differenza dei prezzi tra preparati di consumo pubblico e preparati da libero mercato, riducendo i costi per il bilancio dello Stato (per esempio sollecitando la politica degli sconti) e limitandosi però il consumo pubblico ad una serie di farmaci accertati come veramente essenziali.

Senatore Bompiani, sono rimasta veramente sorpresa e colpita dall'appello alla

cancellazione dei principi definitori dei farmaci che devono entrare nel prontuario che ho ascoltato verso la fine del suo intervento. In verità, questi principi (economicità, efficacia, chiarezza) costituiscono la migliore e più chiara formulazione possibile...

**BOMPIANI.** Non si tratta di escluderli, ma di precisarli.

**ROSSANDA.** Allora la prima cosa da fare è quella di cancellare tutte le norme che li hanno sistematicamente elusi perchè questa è la pratica seguita dal Ministero della sanità.

**BOMPIANI.** Sono formulati in maniera così ambigua che vanno riscritti.

**ROSSANDA.** Bisognerebbe cominciare con il non pubblicare il prontuario terapeutico in ordine alfabetico perchè, come giustamente è stato osservato, la pubblicazione per ordine alfabetico delle specialità, con il nome di fantasia, non con il nome farmacologico, rende assolutamente inanalizzabile il prontuario. Esistono classificazioni diverse che però si trovano nelle mani di pochi eletti e che nessuno ha pubblicato.

Quindi, se il suo intervento va in direzione di una applicazione chiara, lo accogliamo con molto piacere perchè porta all'immediata cancellazione delle norme di cui alla legge finanziaria e di cui al precedente decreto del novembre scorso. La voglio prendere in parola in questo senso.

**BOMPIANI.** Questa è una illazione.

**ROSSANDA.** Non è una illazione perchè le norme di cui al decreto n. 463 e di cui alla legge finanziaria sono veramente ambigue, oscure e non costituiscono una precisazione, bensì uno spazio molto ampio per l'arbitrio. Erano molte più chiare le norme contenute nella legge 833.

Concludo con un riferimento alla pratica degli altri Stati. Ieri il presidente Bompiani ci ha cortesemente inviato due documenti, l'uno francese e l'altro svedese, sulla gestione dei farmaci esenti da *ticket*. Questi documenti sono molto interessanti, perchè dimo-

strano che già nel 1954, in Svezia, era stata adottata una pratica di definizione dei farmaci essenziali chiara, leggibile, che stabiliva che non tutti i farmaci vanno bene in tutte le situazioni, ma che per un determinato gruppo di malattie, non genericamente ma chiaramente indicato, occorrono determinati farmaci, riservando un margine di libertà alle singole istituzioni sociali relativamente agli specifici preparati da somministrare. Tutto questo è leggibile e applicabile con chiarezza.

Il documento francese, che non è datato, per cui non so a quando si riferisce, dimostra invece un esempio da non seguire. Tra i farmaci essenziali contenuti nella lista del documento francese vi sono molti preparati di interesse soltanto ospedaliero. Credo infatti che nessuno vada a comprare un sostituto plasmatico per iniettarselo a casa. Ho trovato anche in questo elenco quel farmaco cosiddetto antishock del quale abbiamo chiacchierato a lungo in Commissione poiché avevo avuto l'opportunità di conoscerne la storia che brevemente riassumo perchè è istruttiva. Non la racconterò nei dettagli, come ho fatto in Commissione. Si tratta di un preparato di una grande casa farmaceutica germanica, la Bayer, propagandato per uso antishock, che ha cominciato ad invadere gli ospedali italiani per essere usato per via endovenosa dopo un trauma. Nella Commissione per la definizione del prontuario terapeutico ospedaliero della Lombardia, vi è stata una gran battaglia su questo preparato. Io sono stata incaricata di fare l'istruttoria e ho scoperto che in tutta la letteratura disponibile l'unico documento statisticamente ricco era un grande studio policentrico, ordinato dalla stessa impresa farmaceutica germanica, il quale, sottoposto, su mia richiesta, ad una analisi precisa di un esperto di statistica e biometria, è risultato un falso perchè prendeva i dati obiettivi e li trasformava, con operazioni non corrette, in dati che dimostravano l'efficacia del prodotto.

Allora evidentemente, se il nostro paese cugino ha ritenuto di mettere un preparato, che ha questa storia e che poi non ha avuto alcun'altra dimostrazione di efficacia, tra i preparati essenziali e se la lista che abbiamo

visto in Commissione è recente, vuol dire che anche là quello che funziona, più che una obiettività scientifica e una razionalità di scelta, è la potenza dell'industria, che presenta e raccomanda il suo prodotto anche con strumenti del tutto inaccettabili e coinvolgenti l'università, i livelli culturali che dovrebbero essere esenti da queste influenze di mercato e i comportamenti dello Stato.

Con questo esempio chiudo la mia osservazione rilevando soltanto che la questione farmaceutica è troppo importante, è troppo oggi vivamente sentita dall'opinione pubblica perchè noi possiamo continuare a gestire questo problema con leggerezza. Il piano di settore, del quale circolano delle bozze non ancora ufficiali, contiene affermazioni preoccupanti, ad esempio quella che ci dovrebbe essere un passaggio diretto in prontuario terapeutico di tutti i farmaci appena registrati. Spero che anche su questo si ritornerà e che avremo occasione di riflettere seriamente se non si debba, a questo punto, guardare in faccia la realtà e fare in modo che l'industria conduca la propria politica cessando il ricatto della disoccupazione, problema largamente gonfiato rispetto alla realtà, e non imponendo il problema della propria ristrutturazione, con la complicità del Governo, a carico dei cittadini. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

#### **Per lo svolgimento di interpellanze e di interrogazioni**

CONSOLI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CONSOLI. Signor Presidente, vorrei pregarla di sollecitare il Governo a rispondere all'interpellanza 2-00164, presentata da me e da altri colleghi il 19 luglio 1984, rivolta al Ministro delle partecipazioni statali. Poichè questa interpellanza denuncia alcuni fatti che stanno avvenendo nell'EFIM, la preghe-  
rei di sollecitare la risposta del Governo con

una certa urgenza, possibilmente prima della chiusura dei lavori parlamentari per le ferie estive.

Mi rendo conto che nel calendario è fissata una seduta per la discussione di interpellanze e di interrogazioni, ma su un altro argomento. Non so se la cosa sia possibile, ma siccome in questa interpellanza si chiede il giudizio del Governo su tali fatti, è evidente che la tempestività di questo giudizio del Governo è importante, perchè, se dovesse intervenire quando quei fatti denunciati sono stati perfezionati e definiti, essendoci l'autonomia di un ente di gestione delle partecipazioni statali, evidentemente lo scopo dell'interpellanza non potrebbe essere raggiunto, qualora le motivazioni siano giuste e corrette.

**PRESIDENTE.** Senatore Consoli, sarà mia cura far presente la situazione alla Presidenza e alla Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari, in quanto in questo caso non si tratta soltanto di sollecitare la disponibilità del Governo, che è dovere della Presidenza, ma anche di esaminare come l'esigenza da lei posta possa essere conciliata con il calendario già fissato, dato che l'unica seduta per lo svolgimento di interrogazioni prevista è, per così dire, ad argomento chiuso.

**JERVOLINO RUSSO.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

\* **JERVOLINO RUSSO.** Vorrei anch'io sollecitare la risposta all'interpellanza 2-00075 e all'interrogazione 3-00365, presentate già da vario tempo. L'interpellanza, rivolta al Ministro di grazia e giustizia e al Ministro degli esteri, è relativa ai problemi sorti in

seguito all'applicazione della nuova legge sull'adozione votata alla fine dell'VIII legislatura. Questa interpellanza riguarda problemi di estrema urgenza come l'attivazione delle convenzioni internazionali bilaterali, per rendere più facile l'adozione internazionale. Chiederei che lo svolgimento fosse messo all'ordine del giorno al più presto, possibilmente prima delle ferie estive, ma comunque alla ripresa dei lavori in autunno.

L'interrogazione, rivolta al Ministero degli interni, riguarda invece i problemi di attuazione della nuova legge in materia di cittadinanza, votata all'unanimità dal Parlamento alla fine dell'VIII legislatura. Anche qui si registrano procedure applicative che nella sostanza vanificano gli intenti del legislatore. Ritengo sia quindi necessario che il Governo venga al più presto a rispondere in Parlamento sui criteri, sui modi e sui tempi con i quali sta applicando la nuova legge in materia di cittadinanza.

**PRESIDENTE.** Senatore Jervolino Russo, desidero assicurarla che la Presidenza si assumerà la responsabilità di sollecitare il Governo per una risposta nel più breve tempo possibile, tenendo conto non solo dell'importanza degli argomenti oggetto dell'interpellanza e dell'interrogazione, ma anche del fatto che si tratta di discutere l'applicazione di alcune leggi, cioè di una materia specifica che rientra nel sindacato di controllo di competenza del Parlamento.

Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 17, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (*ore 13,25*).

Dott. FRANCESCO CASABIANCA  
Consigliere preposto alla direzione del  
Servizio dei resoconti parlamentari