

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,  
NONCHÈ SULLE CAUSE DELL'INCENDIO SVILUPPATOSI TRA IL 15  
E IL 16 DICEMBRE 2001 NEL COMUNE DI SAN GREGORIO MAGNO

INCHIESTA SULLE PROBLEMATICHE SOTTESE  
AL FENOMENO DEL COMPARAGGIO

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 25 FEBBRAIO 2003

---

**Presidenza del presidente CARELLA**

## INDICE

**Audizione del Direttore generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero della salute**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 11 e <i>passim</i>	<i>MARTINI</i> . . . . .	Pag. 4, 11
BATTAGLIA Giovanni (DS-U) . . . . .	10		
BOLDI (LP) . . . . .	8		
FASOLINO (FI) . . . . .	7		
LONGHI (DS-U) . . . . .	11		
ROTONDO (DS-U) . . . . .	9		
SANZARELLO (FI) . . . . .	10		
TATÒ (AN) . . . . .	9		

**Audizione di un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurgici e degli odontoiatri**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 14, 15, 16 e <i>passim</i>	<i>MELEDANDRI</i> . . . . .	Pag. 15, 16, 17 e <i>passim</i>
BATTAGLIA Giovanni (DS-U) . . . . .	16, 17		
BOLDI (LP) . . . . .	18		
FASOLINO (FI) . . . . .	20		
LONGHI (DS-U) . . . . .	17, 18		
SANZARELLO (FI) . . . . .	19		

**Audizione di un rappresentante dell'Associazione italiana informatori scientifici del farmaco**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 21, 23, 25 e <i>passim</i>	<i>DE RITA</i> . . . . .	Pag. 22, 23, 24 e <i>passim</i>
BATTAGLIA Giovanni (DS-U) . . . . .	24, 26, 27		
BOLDI (LP) . . . . .	25, 26, 27		
FASOLINO (FI) . . . . .	29		
TATÒ (AN) . . . . .	28		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Indipendenti della Casa delle Libertà: Misto-Ind-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur-Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.*

*Intervengono il dottor Nello Martini, direttore generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero della salute; il dottor Benito Meledandri, segretario della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri; il dottor Angelo De Rita, presidente dell'Associazione italiana informatori scientifici del farmaco.*

*I lavori hanno inizio alle ore 20,45.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

#### **Audizione del Direttore generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero della salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'inchiesta sulle problematiche sottese al fenomeno del comparaggio.

Comunico che, per l'odierna seduta, sono state disposte, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, del regolamento interno, la redazione e pubblicazione del resoconto stenografico, salva naturalmente l'ipotesi di passaggi in seduta segreta, di cui al successivo comma 4.

Se non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

Sono in programma oggi alcune audizioni, la prima delle quali è quella del dottor Nello Martini.

Questa Commissione parlamentare di inchiesta ha le finalità di indagare sull'efficacia e l'efficienza – anche la denominazione è ambiziosa – del Servizio sanitario nazionale. In tale contesto, oggi diamo inizio ad una inchiesta sulle problematiche connesse al fenomeno del comparaggio. In realtà, a prescindere dagli ultimi episodi di cronaca che hanno riportato alla ribalta nazionale questo tema, avevamo già previsto un apposito gruppo di lavoro che avrebbe dovuto approfondire le questioni e le dinamiche sottese alla politica del farmaco, con particolare riferimento alla determinazione dei prezzi dei farmaci e alle caratteristiche della spesa farmaceutica. Non abbiamo fatto altro, quindi, che accelerare una parte della nostra inchiesta, che era – ripeto – già prevista.

Abbiamo dovuto usare, purtroppo, il termine «comparaggio», anche se mi sono sforzato di trovarne uno alternativo; abbiamo verificato anche con il vocabolario che non ci sono altre possibilità per definire tale fenomeno. In questa sede, vogliamo approfondire tutte le questioni ad esso collegate, che lasciano forti perplessità ed anche molti dubbi, non solo alla nostra Commissione d'inchiesta. Ci interessa, in particolare, il fatto che questo fenomeno, anche per le dimensioni che ha assunto alla luce delle recenti inchieste della magistratura, probabilmente incrina il rapporto di fiducia del cittadino nei confronti di tanti medici non coinvolti, delle

strutture pubbliche e più complessivamente del Servizio sanitario nazionale.

Diamo inizio, pertanto, a tale inchiesta con l'audizione del direttore generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero della salute, dottor Nello Martini.

Prima di dare la parola al nostro ospite, vorrei porre una domanda in ordine alla determinazione del prezzo del farmaco. Vorrei sapere, in particolare, a quanto ammonta la percentuale da attribuire alla promozione del farmaco. Probabilmente si deve analizzare questo punto per comprendere il motivo per cui poi si verificano certi fenomeni, che in molti casi sono leciti, ma in altri non lo sono. A noi interessano proprio gli aspetti illeciti.

*MARTINI.* Signor Presidente, ho consegnato una documentazione alla Segreteria della Commissione, ma sono pronto a supportare il lavoro di questa Commissione d'inchiesta con tutte le informazioni disponibili presso la Direzione Generale. In premessa, voglio sottolineare che condivido la preoccupazione espressa dal Presidente Carella circa il fatto che questa vicenda può introdurre un elemento di discontinuità nel rapporto di fiducia tra il cittadino, il sapere biomedico e le istituzioni. Ciò avrebbe conseguenze rilevanti e probabilmente al momento non facilmente prevedibili.

Il Presidente Carella mi ha chiesto come e quanto il sistema dei prezzi possa favorire procedure distorsive di commercializzazione e di *marketing*. A tale proposito, voglio ricordare che in Italia vi sono tre tipi di prezzi. Vi è il prezzo cosiddetto negoziato, per i farmaci che vengono registrati con una procedura comunitaria e, pertanto, non dalla CUF (Commissione Unica del Farmaco), ma da organismi europei, *Committee for Proprietary Medicinal Products* (CPMP), nell'ambito dell'Agencia Europea di Valutazione dei Medicinali (EMEA). Per questi farmaci vi è una procedura negoziale del prezzo, con una Commissione interministeriale a cui segue la decisione finale della CUF; pertanto, il prezzo è negoziato, anche perché si tratta di farmaci che vengono commercializzati in Italia contestualmente agli altri Paesi, per i quali quindi non abbiamo riferimenti di prezzo. Vi è, poi, il cosiddetto prezzo medio europeo: per i farmaci registrati con procedura nazionale il costo viene definito sulla base dei prezzi disponibili presso gli altri Paesi, calcolando una media. Infine, vi sono i farmaci senza obbligo di ricetta medica, a carico del cittadino, cioè i cosiddetti farmaci di fascia C, il cui prezzo è libero.

I prezzi praticati oggi in Italia (sia quelli negoziati sia quelli medi europei) si trovano in una fascia medio-bassa rispetto a quelli praticati in altri Paesi europei. Recentemente si è intervenuti sulla struttura dei prezzi attraverso il Prontuario farmaceutico nazionale (PFN) per il 2003, in cui si è introdotto, in base ad una norma di legge, il cosiddetto criterio del costo-efficacia per la definizione del prezzo dei farmaci appartenenti a categorie omogenee; in buona sostanza, per i gruppi di farmaci che presentano meccanismi d'azione ed indicazioni terapeutiche sostanzialmente so-

vrapponibili si è stabilito un prezzo di rimborso, il cosiddetto *cut-off*, proprio per evitare che il costo di alcuni farmaci fosse eccessivo rispetto ad altri e, quindi, ci fosse un margine di prezzo troppo orientato alle procedure di *marketing* e di promozione. Vi è stato, dunque, uno specifico intervento di riallineamento dei prezzi per evitare fenomeni distorsivi.

Detto questo, vorrei rapidamente evidenziare le maggiori iniziative assunte negli ultimi anni nel settore dei farmaci, proprio per garantire una informazione scientifica che fosse meno distorsiva possibile e che avesse una forte base etica. Una delle iniziative più rilevanti è rappresentata dall'istituzione (il decreto è in fase di registrazione ed è stato già firmato dal Ministro) di una banca dati contro le frodi e i furti. Attraverso il Poligrafico dello Stato, è in fase di implementazione una banca dati presso la Direzione Generale; attraverso tale procedura ogni confezione di farmaci viene targata e, quindi, identificata, in modo da consentire di tracciare e di seguire l'*iter*, non in generale dei lotti, ma di ogni singola confezione (come se fosse una banconota), dal momento in cui il farmaco viene prodotto, a quello in cui viene distribuito ai grossisti, poi ai farmacisti e quindi smaltito. Dopo la fase sperimentale attualmente in corso, riteniamo che il sistema entrerà completamente a regime entro i prossimi 12 mesi. Ciò significa che potremo prevenire ed intervenire sui fenomeni di riutilizzo fustelle, del riciclo delle ricette e, quindi, sui furti e le frodi, che sicuramente hanno una incidenza rilevante soprattutto in alcune Regioni ai fini della spesa a carico del Servizio sanitario nazionale.

Una seconda questione che è stata e rimane al centro del dibattito riguarda l'organizzazione dei convegni e dei congressi, e quindi la preoccupazione – e non solo quella – che tali eventi possano avere una connotazione di tipo turistico piuttosto che strettamente scientifica. Tra le iniziative che sono state assunte per controllare tale fenomeno negli ultimi anni, attraverso normativa di legge, vi è stata la riduzione della defiscalizzazione delle spese per convegni e congressi che, dall'80 per cento, è oggi scesa al 20 per cento; quindi la possibilità di detrazione è stata fortemente decurtata. Anche a fronte di alcune iniziative clamorose annunciate dai giornali, come il blocco di tutte le attività congressuali, ritengo che il congresso, come momento della comunità scientifica in cui si rendono espliciti i risultati delle ricerche, rimanga comunque un patrimonio da salvaguardare. Certamente vanno evitati gli aspetti di turismo scientifico, rispetto al quale sono già stati attivati due strumenti, il primo dei quali – ripeto – è la defiscalizzazione dall'80 al 20 per cento. Quella che considero fondamentale è però l'introduzione di una distinzione, per quanto riguarda i congressi e i convegni, tra evento autorizzato ed evento accreditato. Occorre fare in modo che le domande di congressi e di convegni, degli *sponsor* pubblici e privati, oltre ad avere una cosiddetta autorizzazione formale, rientrino nel processo di educazione continua in medicina (ECM), cioè devono essere valutati nel merito scientifico da parte della Commissione nazionale per la formazione continua del medico; solo i convegni e i congressi che abbiano espliciti requisiti di fondatezza scientifica possono essere accreditati nell'ambito dei crediti formativi e

quindi possono essere riconosciuti. Pertanto, è importante legare l'evento scientifico al processo di controllo e di formazione nell'ambito dell'ECM (Educazione continua in medicina).

Il terzo elemento importante nel settore dell'informazione scientifica riguarda il controllo delle prescrizioni. Da questo punto di vista, il nostro sistema è più avanzato anche rispetto agli altri Paesi europei. La Direzione generale, e al proprio interno una struttura specifica, ossia l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED), riceve ogni mese su supporto informatico le prescrizioni di tutte le ricette che vengono esitate dalle 16.000 farmacie a carico del Servizio sanitario nazionale. Quindi abbiamo la possibilità di avere tutti i dati di consumo e di spesa, pesate *pro capite*, per spesa lorda, per spesa netta, per categoria terapeutica e per singoli farmaci, a livello nazionale, a livello di ogni singola Regione, con i dati di confronto di ogni Regione con le altre. Mensilmente trasmettiamo questi dati agli assessorati regionali alla sanità che hanno la possibilità, sulla base del *database* che noi trasmettiamo, di verificare anche i dati di consumo e di spesa di ogni singola ASL nei confronti delle altre ASL di pertinenza. Questo sistema di monitoraggio e di controllo, a mio giudizio, è fondamentale per commisurare l'entità del consumo dei farmaci alle reali necessità da un punto di vista epidemiologico ed assistenziale. Ripeto, noi riceviamo questi dati mensilmente dalle 16.000 farmacie aderenti a Federfarma e dalle 2.000 farmacie aderenti ad Assofarm, quindi siamo in grado di garantire un flusso di dati quantitativo e qualitativo a tutte le Regioni ed il confronto tra le varie Regioni e le ASL di pertinenza di ogni singola Regione.

L'ultima iniziativa che vorrei sottolineare, lasciando poi spazio all'approfondimento, alle domande e al dibattito, concerne l'informazione scientifica, cioè un'informazione scientifica di carattere pubblico che controbilanci un'informazione, pur legittima, di carattere privato. Vi sono oggi in Italia alcune iniziative, promosse negli ultimi anni dal Ministero della salute, che tendono a bilanciare il rapporto tra informazione privata e informazione pubblica da parte del Servizio sanitario nazionale. Anche di questo aspetto ho lasciato traccia nella documentazione agli atti. Fra le iniziative più rilevanti vorrei ricordare la stampa e l'invio del Bollettino di informazione sul farmaco del Ministero della salute, il cosiddetto BIF, noto agli operatori di settore; questo bollettino, che riporta tutte le informazioni sui nuovi farmaci, i dati di farmacovigilanza e le decisioni assunte dalla Commissione unica del farmaco, è cambiato radicalmente nei contenuti e anche nella veste grafica, ha tutte le connotazioni di un giornale scientifico, viene indexato a livello internazionale avendo anche un *summary* in inglese e viene spedito ogni due mesi a 300.000 medici e 60.000 farmacisti. Fornisce quindi un'informazione puntuale, ogni due mesi, su tutte le novità più rilevanti da parte del Servizio sanitario nazionale.

Un'altra iniziativa importante è la stampa e la diffusione (in fase di definitiva distribuzione proprio in questi giorni) del nuovo Prontuario farmaceutico nazionale (penso che alcune copie siano state trasmesse sia al

Presidente che ai componenti della Commissione). Si tratta di un libretto azzurro intitolato PFN 2003. Nel prontuario, che è stato spedito di nuovo a tutti i medici, i farmacisti e gli infermieri, sono indicati tutti farmaci di fascia A a carico del Servizio sanitario nazionale, organizzati per classe terapeutica, principio attivo, nome commerciale, confezione, dosaggio, prezzo, presenza del generico.

Inoltre, nel 2002 è stata messa a disposizione di tutti i medici e i farmacisti l'edizione italiana della «Guida all'uso dei farmaci», un testo che riporta, per ciascuna confezione, il dosaggio, le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali e le avvertenze; è un testo molto conosciuto a livello internazionale, il cosiddetto BNF - *British National Formulary*, aggiornato semestralmente e distribuito a tutti i *General Practitioners* del *National Health Service* in Gran Bretagna. Abbiamo una convenzione con il *National Health Service* e con il NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), e quindi abbiamo la disponibilità di questo manuale, adesso addirittura via *internet*, con un aggiornamento che fa riferimento alle specialità disponibili in Italia, ai prezzi di rimborso e alla presenza di generici. L'edizione italiana del BNF con il titolo «Guida all'uso dei farmaci» è stata trasmessa a tutti i 300.000 medici e farmacisti. Queste sono le iniziative più importanti; altre sono in fase di attuazione.

Vorrei ritornare sulla preoccupazione del Presidente, che - ripeto - condivido, circa la necessità di aumentare le iniziative, gli sforzi, i provvedimenti sia di carattere scientifico-culturale, sia anche di controllo, proprio perché credo che questo sistema non possa permettersi l'incrinatura del rapporto di fiducia tra cittadini, classe medica ed istituzioni, che avrebbe effetti, a mio avviso, devastanti sull'intero Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Martini per la sua esposizione.

FASOLINO (FI). Innanzitutto desidero ringraziare il Presidente per aver voluto tenere questi incontri e mi auguro che da essi possa nascere un'indicazione operativa. Prendo atto di quanto sottolineato dal professor Martini e vorrei provocargli un intervento successivo, indicando tre aspetti che nel corso degli anni, ma anche ultimamente, sono balzati alla mia attenzione. Il primo riguarda un fenomeno sul quale desidero un chiarimento, anche per le implicazioni che comporta sulla stessa credibilità dei controlli in Italia.

Alcuni anni fa è stato pubblicato lo studio ALLHAT, eseguito su gruppi di pazienti affetti da ipertensione arteriosa che venivano trattati con diuretici, enalapril, doxazosina o altro; dopo un periodo di monitoraggio, gli autori della ricerca hanno sospeso l'uso della doxazosina, perché i deceduti e tutti gli incidenti avvenuti nel corso dello studio hanno sconsigliato l'uso di questo farmaco. Abbiamo appreso la notizia dalla pubblicazione dello studio e sappiamo che quasi in tutto il mondo questo farmaco è stato praticamente ritirato; solo in Italia oggi si vende più di prima, senza che lo Stato abbia mai fornito chiarimenti sulla validità di quelle

conclusioni e sul motivo per cui esiste tale disparità. Questo esempio coinvolge anche il comportamento rispetto ad altri farmaci.

Vorrei accennare rapidamente alla questione dei convegni. Se una azienda farmaceutica seleziona un gruppo di medici e lo porta a Marileva o a Bormio nel mese di febbraio, è chiaro che l'attività principale svolta sarà quella di sciare, anche se poi si apriranno dibattiti durante la cena (visto che è stato inventato un tipo di congressualità basato sulla «cena di lavoro»). Non è tanto importante che il convegno si svolga alle Maldive, a Roma o altrove, ma il fatto che lo Stato – qui c'è una responsabilità pubblica – abbia apparentemente escluso da questi convegni, fin dal 1992, i medici di medicina generale, ritenendoli evidentemente operatori sanitari di serie B, e ha limitato la partecipazione soltanto agli specialisti. In realtà, poi, molti medici di medicina generali sono comunque invitati.

Mi chiedo il motivo per cui fino ad ora non siamo intervenuti nel merito. Finché lasceremo all'arbitrio della casa farmaceutica la scelta dell'operatore sanitario da invitare al convegno, non usciremo mai dal tunnel. D'altra parte, non si può decidere di non fare più informazione scientifica attraverso i convegni, perché questi sono utili. A questo punto, però – come lei ha proposto – si potrebbe utilizzare solo il punteggio ECM come spinta a partecipare, estendendo l'invito a tutti. Infatti, se si organizza un convegno per 50 persone, si deve operare una selezione; se, invece, lo si organizza a Milano per 1.000 o 2.000 persone e lo si apre a tutti coloro che vogliono partecipare, acquisendo i punti ECM, allora si avvia un processo di moralizzazione del sistema. Anche la disincentivazione collegata alla detrazione fiscale può funzionare fino ad un certo punto e lo dimostra il fatto che la Glaxo ha speso 200 miliardi in un anno per la promozione. Quindi, o si metterà mano al fenomeno in modo generalizzato, senza preferenzialità e ponendo alla base la scelta individuale oppure non si risolverà il problema.

Vorrei citare anche un altro esempio. In passato i macrolidi venivano venduti in confezioni da 8 compresse; ad un tratto, si scoprì che producevano effetti positivi anche nelle eradicazioni dell'ulcera, per le quali erano necessari sette giorni di terapia. La CUF ha eliminato, allora, le confezioni da 8 compresse e ha lasciato solo quelle da 14; pertanto, se il medico prescrive il macrolide per una faringite, bisogna acquistare una confezione con 14 compresse.

BOLDI (LP). Dottor Martini, vorrei rivolgerle una domanda che forse sarebbe stato più giusto porre ad un rappresentante della CUF: non so, però, se un rappresentante della Commissione unica del farmaco verrà mai in Commissione e, pertanto, inizio a chiedere a lei una risposta al mio quesito. Spesso si verifica uno strano fenomeno, in base al quale alcuni farmaci riescono ad ottenere rapidamente il benestare della CUF, mentre altri ci impiegano un tempo infinito, apparentemente senza motivazioni trasparenti. Vorrei sapere se vi è una reale spiegazione di ciò.

Per quanto riguarda il problema dei convegni e dei congressi, sottolineo che autorizzare soltanto gli eventi accreditati costituisce solo appa-



rentemente un sistema di moralizzazione. Non so se il Ministero della salute abbia ben presente che l'ECM sta diventando un enorme *business*, perché le spese che erano a carico delle ditte farmaceutiche ora sono a carico dei medici che vi partecipano che, tra l'altro, non hanno neanche la possibilità di detrarle; spesso questi eventi sono organizzati per migliaia di persone senza un reale controllo sul tipo di formazione che ne scaturisce. Forse sarebbe il caso, quindi, di riconsiderare anche il programma italiano di Educazione continua in medicina, perché così come è previsto attualmente non credo possa servire allo scopo per cui è stato ideato.

TATÒ (AN). Sarò molto breve nel rivolgere una domanda dalle caratteristiche pratiche al dottor Martini, che è così vicino al Ministero della salute. L'avviso di garanzia a 300 medici, i NAS che girano per le case farmaceutiche, i controlli incessanti e gli articoli di giornale hanno creato scompiglio in tutte le aziende farmaceutiche, per cui i congressi da svolgere, già organizzati, sono stati inspiegabilmente sospesi.

Mi domando se questa sia una breve fase di transizione prima di poter svolgere i congressi già programmati; le società che si interessano dell'organizzazione dei congressi si trovano letteralmente in panne, perché hanno già impegnato risorse e ora si trovano all'improvviso con un netto rifiuto da parte delle case farmaceutiche.

ROTONDO (DS-U). Innanzi tutto, mi complimento con il Presidente per la scelta di un argomento che non solo è di grande importanza ed attualità, ma ha anche risvolti molto delicati. Ritengo, quindi, che una seria valutazione sia fondamentale per evitare di commettere errori, spesso legati al fatto di vivere questo fenomeno in modo molto emotivo. A me pare che quanto il Ministero della salute sta organizzando per una verifica ed un controllo dell'*iter* del farmaco sia puntuale ed utile. Mi chiedevo per quale motivo non si pensi anche di intervenire sul problema annoso e molto dibattuto del brevetto del farmaco, che comunque - lo sappiamo tutti - determina la differenziazione fra le stesse aziende e quindi anche il modo di correlarsi dell'azienda nei confronti del medico prescrittore, appunto legato al fatto che può esservi una differenza nei costi di un farmaco stesso per la mancata spesa legata appunto alla ricerca da parte di un'azienda.

Per quanto riguarda i congressi, vorrei spendere una parola di pacificazione, se possibile. Ritengo a tutt'oggi l'attività congressuale e convenzionale un momento importante nell'aggiornamento del medico e l'eccessiva criminalizzazione di questa pratica sicuramente non porta giovamento alla sua qualificazione, almeno fino al momento in cui l'aggiornamento del medico e degli operatori sanitari non viene gestito in maniera più attenta da parte del Ministero stesso e delle Regioni (chiaramente le responsabilità si modificano e non sono solo centralizzate). Quindi, maggiore attenzione ad una politica di aggiornamento per gli operatori sanitari, sapendo comunque che l'aggiornamento rappresenta un costo legato non

solo al dover frequentare i convegni, ma anche al fatto che spesso per potervi partecipare non viene svolta l'attività professionale.

BATTAGLIA Giovanni (*DS-U*). Il dottor Martini ha descritto un sistema di controllo delle prescrizioni attraverso l'OSMD piuttosto efficiente, basato sulla rilevazione mensile di 18.000 farmacie che trasmettono i dati sulle prescrizioni alla Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero. Poi – se non ho capito male – vi è un sistema di informazione a doppio senso, ossia il Ministero trasmette la rilevazione, sempre mensilmente, alle Regioni. Vorrei porre una domanda: per quale motivo il sistema di trasmissione dei dati non avviene direttamente con le Regioni?

In secondo luogo, questi dati, che vengono acquisiti dal Ministero e dalle singole Regioni, evidenziano, sulla base della tabella che lei ci ha fornito, un disequilibrio nella spesa farmaceutica che è direttamente proporzionale al consumo, per cui vi sono Regioni come la Sicilia con una spesa farmaceutica che supera il 20 per cento sulla spesa totale (ma anche disaggregandola per spesa *pro capite* è sempre la prima Regione) ed il Trentino-Alto Adige dove invece è di gran lunga inferiore. Se i dati trasmessi e rilevati in maniera così efficiente, mensilmente, evidenziano questo disequilibrio nel consumo, non è lecito pensare che vi sia una «patologia» del consumo che fa riferimento ad ambiti territoriali precisi? Siccome i dati provengono dalle farmacie, e quindi si può risalire alle ASL di competenza e addirittura alle città (le farmacie – come è noto – sono ubicate sulla base di un piano regionale), l'anomalia di certi consumi non dovrebbe risultare talmente evidente da questi dati da poter determinare un controllo mirato? Mi chiedo per quale motivo ciò non avvenga o, se avviene, perché si è dovuto attendere tutto questo tempo per avviare un'inchiesta; era talmente evidente e noto quasi a tutti da essere sospetto anche il ritardo.

SANZARELLO (*FI*). Mi vorrei riallacciare a quanto sottolineato dal collega Giovanni Battaglia. Oggi i sistemi informatici – e qui ne abbiamo una testimonianza – sono talmente precisi e dettagliati da fornire dati che possono essere scomposti e ricomposti e che ci mettono in condizione, in tempo reale, di capire dove ci sono dei consumi fuori *range*. Visto che nella ricetta sono riportati la diagnosi, l'età del paziente e il medico prescrittore, credo che sia estremamente facile, per un ufficio della ASL che deve controllare questi aspetti, capire, essendo dotato di mezzi informatici, dove ci sono delle anomalie e poter intervenire rapidamente. Paradossalmente vi sono ancora delle ASL sprovviste di lettore ottico, per cui è impensabile una valutazione; penso che un primo intervento vada proprio nel senso di prevedere obbligatoriamente il lettore ottico non solo per i farmaci ma anche per le prestazioni diagnostiche.

Mi chiedo se in questo caso la migliore prevenzione non sia la repressione, perché è più facile controllare ed eventualmente reprimere piuttosto che prevenire, essendo molto complicata la prevenzione sui con-

gressi e su quello che la casa farmaceutica stabilisce con il medico con varie forme di incentivazione che sono le più strane ed impensabili. Alla fine l'interesse della casa farmaceutica è quello di promuovere il farmaco. Se avviene in maniera normale, per un protocollo terapeutico normale, per una durata normale, allora credo sia difficile dimostrare una patologia del sistema; se invece questa promozione porta ad un uso distorto, eccessivo o sperequato della terapia rispetto alla diagnosi, allora credo che si debba e si possa facilmente intervenire.

Se si è in condizione di capire e di reprimere subito, sarà il medico stesso, sapendo di essere controllato in ogni sua prescrizione, a guardarsi bene dal praticare delle terapie che non abbiano i crismi della farmacoterapia ufficiale, mantenendosi nei normali trattamenti terapeutici, in protocolli ufficiali. Pertanto, vorrei capovolgere la questione: aumentare i controlli e la repressione, piuttosto che impazzire facendo una prevenzione sulle case farmaceutiche.

LONGHI (*DS-U*). Una volta si diceva che non si poteva fare pubblicità ai medicinali. Mi sembra giusto, anche perché non si tratta di detersivi e si devono prescrivere se fanno bene, non perché c'è una funzione martellante di giornali e televisioni. Mi sembra che in qualche maniera questi convegni, visto che le sponsorizzazioni non sono vietate, non è che mettano in buona luce una casa farmaceutica, ma probabilmente si fa la pubblicità ad un medicinale in modo lecito o a volte – abbiamo visto – in maniera illecita. Non sarebbe possibile, se una casa farmaceutica vuole sponsorizzare, che sponsorizzino Regioni o Ministero e facciano essi il convegno, e non quindi che si diano delle prebende direttamente ai medici sotto forma di viaggi premio o sotto forma, in qualche maniera, di tangenti. Se è vero, poi, che per la cosiddetta promozione si spende molto, mi chiedo se non è possibile che le case farmaceutiche diminuiscano i prezzi dei farmaci, che sono gonfiati proprio per pagare lecitamente o meno altre spese.

PRESIDENTE. Il dottor Martini ha giustamente evidenziato che abbiamo un ottimo sistema informatico. Vorrei capire, allora, come mai i tanti episodi di malcostume e soprattutto gli illeciti sono stati perseguiti solo grazie alle indagini avviate dalla Guardia di finanza e non dal Ministero della salute.

MARTINI. Cercherò di rispondere rapidamente, anche se le domande che mi sono state poste sono molteplici.

Informo il senatore Fasolino che i risultati dello studio ALLHAT, sono all'attenzione della Direzione Generale e della CUF; in relazione a questi farmaci (gli alfatitici in riferimento ai diuretici e ai betabloccanti) i risultati sono molto rilevanti. Uno studio, però, non può stabilire definitivamente ed in modo assoluto il rapporto rischio-beneficio. Il farmaco, comunque, non è stato ritirato negli Stati Uniti ed è in commercio in tutti i Paesi europei, ma nel foglietto illustrativo sono state introdotte chiare avvertenze. L'Italia ha posto la questione al CPMP e all'EMEA, dal mo-

mento che un problema di questa natura non può essere solo italiano, ma deve essere risolto a livello europeo. L'attività istruttoria sta andando avanti e verificheremo i risultati forniti dal CPMP.

Per quanto riguarda i convegni, sono assolutamente d'accordo sul problema dell'ECM, cioè sul fatto di attribuire crediti elevati solo ai convegni che abbiano un alto valore da un punto di vista scientifico; ciò potrebbe sicuramente evitare la selezione dei medici particolarmente orientati verso un determinato farmaco.

Sui macrolidi possiamo effettuare una verifica. È vero che sono state immesse in commercio alcune confezioni per il trattamento delle infezioni da *helicobacter pilori* in associazione ad altri farmaci, ma sono ancora in vendita confezioni con un numero di dosi meno elevato, ad esempio, per il trattamento delle infezioni broncorespiratorie.

Informo, poi, la senatrice Boldi che esistono gli elenchi delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio e che la documentazione è disponibile con molta trasparenza. Vi sono due modalità di tempi: 120 giorni le autorizzazioni (AIC) nazionali e 90 giorni per le procedure comunitarie. Seguo in modo personale tale questione perché, a mio avviso, un sistema che ha vissuto periodi abbastanza oscuri deve avere la massima trasparenza. Tutta la documentazione è agli atti e le posso assicurare che non mi risulta vi siano tempi differenziati che privilegino un farmaco rispetto ad un altro. Ripeto che vi sono due procedure: una di 120 giorni ed un'altra di 90 giorni.

Concordo poi sul rischio che gli ECM possano diventare una forma di *business*. Si tratta di un problema su cui riflettere con grande attenzione. Preoccupa anche me che possa diventare una variabile sostanzialmente vicina agli interessi di mercato quello che, invece, dovrebbe essere orientato alla formazione continua.

Per quanto riguarda l'autosospensione, cui ha fatto poc'anzi riferimento il senatore Tatò, devo esprimere un parere assolutamente personale. Non capisco bene che relazione vi sia tra i convegni ed i recenti episodi di corruzione che riguardano il rapporto del singolo medico con un'azienda; a mio avviso, infatti, gli episodi di corruzione non hanno niente a che vedere con i convegni in quanto tali. La sospensione dei convegni è una decisione autonoma di Farindustria, in relazione alla quale non c'entrano niente né la Direzione Generale né il Ministero della salute; ripeto che si tratta di una decisione assunta da Farindustria nell'ultima riunione, che oltretutto solleva perplessità in rapporto al fenomeno in quanto tale.

Il senatore Rotondo ha posto il problema delle procedure per i brevetti. Innanzi tutto, finalmente vi è un aspetto positivo anche nel panorama della farmaceutica italiana: il mercato dei farmaci generici, cioè dei farmaci senza brevetto che era pari a zero due anni fa, oggi è pari al 12 per cento del mercato dei farmaci rimborsati, e così abbiamo risparmiato circa 150 milioni di euro. Anche se con grandi difficoltà, finalmente è stata fatta chiarezza sul significato della copertura brevettuale, che riguarda il principio attivo e non il processo di produzione. In realtà, nessuno disconosce che il processo di produzione rappresenta un bene indu-

striale, ma non si può rimettere in discussione che la *patent* decade dopo dieci anni. Anche gli ultimi pronunciamenti del Tribunale amministrativo regionale del Lazio riconoscono che esiste una proprietà intellettuale che riguarda la molecola: per la scoperta di una nuova entità sono previsti dieci anni di copertura, di privativa, per recuperare le spese in ricerca e sviluppo. Tuttavia non si può mantenere la copertura brevettuale modificando il processo di produzione perché, se così fosse, ogni anno le aziende cambierebbero il processo produttivo e, quindi, le molecole avrebbero una copertura infinita.

Per quanto riguarda la domanda posta dal senatore Giovanni Battaglia (rispondo anche al quesito sollevato dal senatore Sanzarello), sull'opportunità di un controllo di carattere preventivo come elemento deterrente, devo rilevare che un'attività di raccolta dei dati così puntuale come avviene in Italia non ha molti riferimenti in Europa. Giustamente si fanno spesso verifiche sui limiti del nostro sistema, ma non sempre se ne apprezzano gli elementi positivi. Il controllo delle prescrizioni è un fatto positivo e le aziende sanitarie locali adesso sono nelle condizioni di poterlo effettuare, non nel senso fiscale o punitivo, ma per rendere le prescrizione dei medici appropriate rispetto alla epidemiologia delle malattie e al trattamento. Da questo punto di vista, la disponibilità dei dati comincia già a dare risultati positivi anche come elemento deterrente.

Vorrei ricordare al senatore Longhi che la pubblicità dei farmaci non è un problema solo italiano. Infatti, una precisa direttiva europea, ma anche la normativa di carattere internazionale, permette la pubblicità dei cosiddetti farmaci da banco (OTC) ed esclude quella dei farmaci con obbligo di prescrizione medica. La pubblicità viene fatta in tutti i Paesi, ma devo sottolineare che negli altri è molto più marcata rispetto a quella del nostro sistema. Comunque, rispetto alla pubblicità credo sia molto difficile, in una società mediatica come la nostra, effettuare controlli preventivi per ogni singolo messaggio. Sono favorevole, pertanto, a fissare regole a monte, trasparenti in ordine al messaggio pubblicitario, che deve essere coerente in termini sanitari e non promozionali; ritengo sia necessario, quindi, un sistema di controllo a monte molto stringente. Diversamente le aziende ci scaricherebbero centinaia di domande, che non saremmo in grado di gestire, e scatterebbe il meccanismo del silenzio-assenso: è molto meglio, allora, definire regole precise a monte e fare controlli rigorosi a valle.

La domanda del Presidente ha denunciato i limiti del sistema di controllo del Ministero, anche in questa occasione, soprattutto per le carenze di effettuazione dei controlli più a livello locale che nazionale. Da questo punto di vista, è importante sottolineare quel distinguo che lo stesso Presidente ha fatto all'inizio dell'odierna audizione; è bene, anche per l'alto senso di questa Commissione di inchiesta, che non si alzi un polverone su tale vicenda. Il comparaggio, che in realtà nel testo unico delle leggi sanitarie si chiama corruzione, è un fenomeno che fa riferimento al rapporto tra un'azienda e il singolo medico che percepisce danaro per fare delle prescrizioni, che quindi tradisce il proprio mandato deontologico e la pro-

pria missione etica. Questa è una cosa assolutamente diversa rispetto ai convegni, ai congressi, all'informazione scientifica e quant'altro. Allora è importante fare dei distinguo, perché altrimenti, lo ripeto, si finisce per introdurre un elemento di confusione che rimette in discussione il rapporto di fiducia e che introduce, in un sistema che ha bisogno di tutto eccetto che di questo, un elemento di forte tensione sociale. Infatti, quando viene a mancare il rapporto di fiducia non solo con la classe medica, con il sapere biomedico, ma anche con le istituzioni, si sa da dove si parte ma francamente non si sa dove si va a finire. La vostra Commissione svolge un'alta funzione, ha un alto ruolo. Assicuro pertanto la personale disponibilità e quella dell'intera Direzione generale, aldilà dell'incontro odierno, per fornire ulteriori approfondimenti ed elementi di conoscenza che si rendessero necessari, essendo l'obiettivo e la missione importanti e rilevanti per il Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio il nostro ospite per essere intervenuto ai nostri lavori. Naturalmente la Commissione è a totale disposizione del dottor Martini e del Ministero della salute, dal momento che il nostro scopo non è tanto quello di indagare un fenomeno, ma anche quello di dare suggerimenti per trovare adeguate soluzioni, nell'interesse del Servizio sanitario nazionale. Questo è il motivo più alto che ci spinge a lavorare su tale problematica.

Dichiaro conclusa l'audizione del dottor Martini.

**Audizione di un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri**

PRESIDENTE. È ora in programma l'audizione del dottor Benito Meledandri, segretario della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, in rappresentanza dell'intera Federazione.

Dottor Meledandri, la nostra Commissione d'inchiesta, nell'ambito della sua attività istituzionale, ha aperto un filone particolare, non tanto in quanto sollecitata dai recenti episodi che hanno interessato anche la cronaca nazionale, correlati al tema del comparaggio, ma perché rientrava totalmente all'interno dei fini e degli obiettivi istituzionali, cioè del lavoro della nostra Commissione. Avevamo infatti già previsto un capitolo dedicato alla politica del farmaco. Gli ultimi episodi hanno creato grande attenzione da parte dell'opinione pubblica, dei *mass media*, dell'intera classe medica e, anche se certamente riguardano solo una minoranza del mondo medico, questo rischia di uscire fortemente penalizzato da tali vicende. Vorrei sapere da lei quali sono le iniziative che, nel corso degli anni, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, insieme anche alle rappresentanze delle singole categorie mediche, ha posto in essere per risolvere questo problema che crea nel nostro Paese una perdita di fiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, ma soprattutto nei confronti della classe medica, considerato che – certamente

lei converrà con me – questo fenomeno non è nuovo, è molto vecchio. Qual è l'orientamento della Federazione per il futuro, quali sono le iniziative che intende intraprendere?

*MELEDANDRI.* Signor Presidente, prima di tutto credo sia doveroso da parte mia sottolineare che fenomeni di malcostume, di corruzione, di comparaggio, sono da condannare in maniera netta e precisa e, in tal senso, gli articoli del codice di deontologia stabiliscono giudizi disciplinari per chi incorre in casi di malcostume (senza entrare nel merito). È ovvio che la repressione degli illeciti può scaturire solo da segnalazioni specifiche, anche del singolo cittadino. L'Ordine è un ente ausiliario a tutela dei cittadini *in primis* e difende anche il decoro e la dignità della professione di tutti i propri associati; ma fa questa difesa solo se riesce a tutelare i cittadini nei loro bisogni e angosce. Abbiamo sancito in maniera chiara ed inequivocabile la condanna di comportamenti scorretti nei riguardi del farmaco, perché in questo momento stiamo parlando del farmaco.

PRESIDENTE. Il fenomeno è molto più ampio.

*MELEDANDRI.* Se mi chiedesse quanti giudizi sono stati fatti, potrei dire centinaia. Si legge sui giornali che sono stati riscontrati migliaia di illeciti, alcuni dei quali nel Lazio. Io sono stato presidente dell'Ordine dei medici di Roma, oggi ne sono il vice presidente, e in vent'anni non ho avuto una segnalazione da parte di nessuna autorità.

Lei giustamente ha chiesto come la categoria, in senso globale, ha studiato e messo in atto elementi correttivi. Negli accordi convenzionali o negli accordi di lavoro sono previste commissioni che quotidianamente possono valutare la prescrizione da parte di ogni singolo medico. I miliardi spesi per lo strumentario dei lettori ottici per i ricettari e i farmaci non devono essere dimenticati; era stato introdotto proprio per monitorare l'attività prescrittiva, l'andamento del consumo dei farmaci e per verificare se quest'ultimo era aderente alle patologie riscontrate. Queste commissioni dovrebbero lavorare in ogni ASL e ciò è previsto da tutti gli accordi nazionali.

Analogamente, per quello che mi risulta, presso il Ministero della salute vi è una direzione preposta alle autorizzazioni per congressi, convegni o *stage* comunque organizzati dalle industrie; si deve rispondere ad una serie di domande di un questionario dove si dimostra se sono corretti, come vengono organizzati, chi sono i relatori, quanti sono i partecipanti, dove si tengono, quanti giorni durano. O queste manifestazioni vengono autorizzate (effettuando, quindi, anche con un controllo successivo) oppure vengono svolte abusivamente, ma allora devono essere perseguite: questo è l'atteggiamento degli Ordini.

È inutile affermare o scrivere sulla stampa che l'Ordine procede alla radiazione in due mesi, perché ciò significa non conoscere la legge. La legge non è recente e da tempo chiediamo che venga modificata per renderla aderente all'evoluzione del Paese. Nella legge è previsto il contradd-

dittorio, oltre ad una serie di altri passaggi, cosicché il procedimento disciplinare non si conclude prima di sei mesi, proprio perché bisogna rispettare i tempi tecnici: 20 giorni per l'invio di una raccomandata, 30 giorni per dare tempo alla risposta, 20 giorni per il contraddittorio e 30 giorni dalla decisione emessa dall'Ordine per presentare ricorso che ha effetto sospensivo (come è ammesso dalla legge) alla commissione centrale.

Per i controlli, che devono essere precisi e puntuali, si dovrebbero attivare le commissioni, comunicando agli Ordini tutto ciò che emerge, affinché venga valutato in forza della legge.

**PRESIDENTE.** Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei fare una considerazione. Lei giustamente chiama in causa il sistema e le commissioni, ma le faccio presente che non siamo davanti ad un sistema virtuale: esso dovrebbe funzionare, ma probabilmente non è così, perché altrimenti non si comprende come si possano verificare certi fenomeni.

**BATTAGLIA Giovanni (DS-U).** Lei ha fatto riferimento a centinaia di procedimenti disciplinari avviati nei confronti di medici: si tratta di un numero molto relativo, che può essere consistente e significativo a seconda del periodo di riferimento.

**MELEDANDRI.** Non parlo di secoli, ma di anni.

**BATTAGLIA Giovanni (DS-U).** Vorrei capire la valenza statistica di questo dato e, quindi, vorrei sapere se si tratta di centinaia all'anno, al mese o alla settimana. Inoltre, vorrei sapere, statisticamente, tra tutti quelli avviati, quanti sono quelli che si concludono con un procedimento effettivo nei confronti dei medici.

**MELEDANDRI.** Ho fatto riferimento a centinaia di procedimenti disciplinari: come previsto per legge, si va dall'avvertimento fino alla radiazione, dalla censura alla sospensione per due mesi o sei mesi. Se lei mi chiede quanti soggetti sono stati sospesi e quanti radiati, non posso risponderle perché non dispongo al momento di questo dato, ma come Federazione posso fornirlo al più presto, perché esso viene monitorato annualmente.

Posso citarle come Ordine dei medici di Roma il caso emblematico, anche recente, che ha suscitato un certo scalpore, di un collega medico che curava i tumori con il bicarbonato. Ricorderete che tale notizia è apparsa anche sui giornali. Questo collega è stato radiato: il procedimento è stato fatto dall'Ordine di Roma sulla scorta delle notizie riportate dalla stampa; si è avviata l'istruttoria e si è seguita la procedura prevista senza ricevere dalla magistratura alcun segnale, pur richiesto. Il collega in questione è stato radiato e ha presentato ricorso alla commissione centrale, che oggi ha comunicato all'Ordine di Roma che pende un ricorso (che è sospensivo, perché così prevede la legge). Abbiamo poi appreso che la magistratura ha stabilito l'interdizione per due mesi sia per il collega



che curava i tumori con il bicarbonato che per il fratello di questi, il cui nome non appariva sulla stampa. Pertanto, ora l'Ordine di Roma è costretto ad avviare un procedimento disciplinare nei confronti del fratello, prevedendo due mesi di interdizione, senza procedere alla radiazione, perché pende presso la magistratura una causa penale. Cito questo esempio per dare il metro della situazione.

Un altro caso famoso, che ha suscitato molto scalpore (mi riferisco sempre all'Ordine di Roma, perché non posso conoscere altrettanto bene i casi, ad esempio, di Bologna o di Milano), fu quello del primario dell'ospedale di Rocca Priora, che percepiva denaro per il ricovero di un paziente. Questo collega è stato radiato e ora pende presso la commissione centrale un ricorso, che non è stato discusso da oltre quattro mesi perché il soggetto in questione ha presentato vari certificati di malattia chiedendo il rinvio della discussione.

**BATTAGLIA Giovanni (DS-U).** Signor Presidente, sarebbe importante che l'Ordine ci fornisca questi dati per capire quanti procedimenti sono stati aperti e come si sono conclusi: ciò, infatti, avrebbe un rilievo statistico apprezzabile.

**MELEDANDRI.** Le posso garantire che in breve tempo le sarà fornita tale documentazione, perché questi dati sono monitorati annualmente.

**LONGHI (DS-U).** Con molta enfasi lei ha affermato che l'Ordine dei medici è uno strumento dei cittadini: devo dire, invece, che dai cittadini è percepito piuttosto come uno strumento dei medici.

**MELEDANDRI.** È il cittadino che lo percepisce in tal modo.

**LONGHI (DS-U).** Avrò qualche buona ragione, secondo me, se lo percepisce come tale.

**MELEDANDRI.** A mio avviso, un po' meno.

**LONGHI (DS-U).** Lei prima ci diceva che non vi sono state fatte segnalazioni: io credo che dovrete essere voi a farle, ad esempio, alla magistratura e ad attuare forme di controllo e di sanzioni.

Alcuni medici – ovviamente escludo i presenti – preferiscono certi medicinali ad altri, ma ciò rientra nella logica delle cose.

Inoltre, è ormai una pratica ricorrente quella dei medici specialisti che non fanno la ricevuta fiscale oppure, se la fanno, chiedono una parcella più alta: penso che anche lei sia al corrente di tale fenomeno e vorrei sapere se è stato fatto qualcosa nel merito.

**PRESIDENTE.** Senatore Longhi, questo è un altro tema.

LONGHI (*DS-U*). Per i fatti del G8, un medico è stato accusato ed indagato per avere torturato gli arrestati alla caserma di Bolzaneto; è stato fatto ricorso, ma non è successo niente.

PRESIDENTE. La prego, senatore Longhi, di rimanere al tema della nostra indagine.

MELEDANDRI. Vorrei rispondere subito alla sua domanda. Come atto dovuto, l'Ordine deve istruire una pratica su ogni segnalazione ricevuta. Può anche archiviare, può anche non disporre sanzioni, ma deve istruire la pratica. Se un cittadino segnala all'Ordine che il tale dottore a seguito di una visita non ha rilasciato la ricevuta, è istruita la pratica e si apre il procedimento disciplinare.

BOLDI (*LP*). È vero che l'Ordine si muove soltanto dietro presentazione di segnalazioni e che quindi un'azione ufficiale è legata solo a questo aspetto, però è anche vero – io sono un medico – che non viviamo sulla luna. Quindi il fatto che, magari per casi non particolarmente numerosi, ci fosse il malcostume del regalino, del congresso pagato, era abbastanza assodato e risaputo. Non mi è sembrato di vedere da parte dell'Ordine azioni eclatanti; magari ce ne sono state, ma non sono risultate molto visibili a livello di opinione pubblica.

Passando alle sanzioni, argomento affrontato dal senatore Giovanni Battaglia, cito l'esempio di medici che favorivano il lavoro abusivo di non medici (per intenderci, coloro che fanno da prestanome a dentisti abusivi). Sono state fatte moltissime denunce, ma mi risulta che nella realtà dei fatti siano state comminate pochissime condanne, pochissime sanzioni. Quindi alla fine non mi pare che questo sistema interno dell'Ordine dei medici funzioni molto.

MELEDANDRI. Senatrice Boldi, lei tocca un tasto verso cui l'Ordine è particolarmente attento, quello dell'abusivismo. Abbiamo adottato una delibera in base alla quale ci si costituisce parte civile per tutti i soggetti che sono denunciati come abusivi. In una determinata udienza, chiamato come teste (perché quando ci si è costituiti parte civile il magistrato convoca il presidente), dopo aver fatto la testimonianza, il pubblico ministero mi ha chiesto: lei, presidente, che intende fare? Ho risposto: io l'ho denunciato alla magistratura; cosa intendo fare io? Cosa intende fare lei?

Lei sa come vanno a finire questi procedimenti quando arrivano in tribunale? Vengono sequestrati i beni, dopo due mesi vengono restituiti e gli studi riaprono in un'altra parte. Questo provoca grave fastidio e nocimento per la professione, in senso generale. La lotta all'abusivismo è uno degli aspetti cardine. Sui medici che fanno da prestanome e vengono perseguiti, quando lei vuole, posso fornire i documenti. Però dobbiamo avere gli elementi e la denuncia, perché noi non possiamo svolgere un ruolo di polizia giudiziaria.

SANZARELLO (FI). Vorrei chiederle se non ritiene opportuno che la Federazione cominci ad informare i medici, in maniera più organizzata, su quelli che debbono essere i rapporti con le case farmaceutiche, anche per metterli al riparo. Tra queste migliaia di medici, in maniera inconsapevole, ormai per una assuefazione a ricevere i piccoli *gadget* (una volta il ricettario, un'altra la penna, poi il *computer*, poi magari una ricerca), è in molti ingenerato il convincimento che siano fatti normali, tranne poi i fatti veri di concussione e corruzione; ma per una gamma molto larga di medici è un fatto normale, consuetudinario, salvo che poi, nel clima che stiamo vivendo, anche il regalo della penna appare grave. Non ritenete sia il caso di informare di più i medici e di illustrare meglio il comportamento da tenere nei confronti di questo sistema che è molto sfumato, difficile da controllare e da combattere, perché non è facile stabilire una linea di demarcazione tra lecito e illecito. Tra l'altro, leggendo sui giornali alcuni articoli su tale vicenda, dalle intercettazioni telefoniche di alcuni collaboratori scientifici si evinceva chiaramente che molti medici facevano i viaggi, prendevano il regalo, ma non prescrivevano assolutamente i farmaci che avrebbero dovuto prescrivere. Questo testimonia che spesso si utilizzano simili prebende senza che ci si senta vincolati alla prescrizione in maniera esagerata o particolare, aldilà di quello che è un normale protocollo terapeutico di quel tipo di farmaco. Certo, ci sono anche tentativi pesanti di concussione, con pretese insistenti, ricatti, ma in questo caso siamo nell'ambito del reato vero e proprio. Però, a mio avviso, il fenomeno potrebbe essere arginato se gli Ordini aggiungessero nei sistemi di controllo deontologico anche una maggiore attività di informazione, per evitare di incappare in tali situazioni.

MELEDANDRI. Senatore Sanzarello, stiamo parlando di medici, di laureati, spesso anche di specialisti, che ricevono la penna o il ricettario stampato dalla casa farmaceutica o un fonendoscopio. Questo è inevitabile e va ad essere interessata l'industria che fa questo lavoro, non il medico. Quando l'informatore farmaceutico si presenta al medico, gli porta in omaggio tre ricettari stampati con il suo nome o gli lascia quattro penne sulle quali è scritto il nome del prodotto: il medico non può fare nulla. Questo avviene per tutti i 350.000 medici, non per alcuni.

Lei parlava addirittura delle intercettazioni; quello è malcostume, è corruzione che va perseguita. Non entriamo nel merito del *gadget*. In periodi di festività, la clientela porta al proprio medico la bottiglia di vino, la bottiglia di olio; ai vecchi medici condotti portavano uova, polli. Tra il medico ed il paziente si instaurano rapporti particolari. L'informatore farmaceutico laureato, che si presenta in modo corretto, che fa la sua professione in maniera seria, instaura un *feeling* con il medico che spesso sconfinava anche sul piano dell'amicizia, al di fuori della prescrizione stessa; non può essere considerato questo un medico corrotto, nel modo più assoluto. Il medico corrotto è colui che viene trovato e individuato con elementi validi, che è stato concusso, che ha distorto la sua attività, la sua etica, la sua deontologia, che non ricorda gli articoli del codice. Non possiamo spedire

ai medici il Codice deontologico ogni tre giorni; i medici sono chiamati a rispettare anche il giuramento di Ippocrate, hanno tutti gli elementi per comportarsi in maniera responsabile. L'*Authority* ora ci consente anche di pubblicare sui bollettini, oltretutto i dati dell'albo, anche le eventuali condanne, cosa che fino a poco tempo fa non era possibile sul piano della *privacy*.

PRESIDENTE. Questa sera non è purtroppo presente il dottor Giuseppe Del Barone, presidente dell'ordine di Napoli, ma le vorrei porre ugualmente una domanda. Anche alla luce di quanto da lei affermato, l'industria farmaceutica commette un grande errore quando sospende i convegni scientifici, perché sembra vi sia qualcosa di torbido. Come considera, allora, la proposta del dottor Del Barone di sospendere dal 1° all'8 marzo i contatti con gli informatori scientifici? Non capisco, poi, se l'iniziativa del dottor Del Barone sia valida solo per l'Ordine dei medici di Napoli. Non c'è il rischio di accreditare come illecito tutto ciò che è informazione? Vorrei conoscere il suo parere rispetto a questa iniziativa.

MELEDANDRI. Io sono decisamente contrario a quell'iniziativa. Dichiaro chiaramente che il comportamento del medico deve essere corretto, etico e deontologico. L'informatore farmaceutico è un professionista che come tale si deve rispettare. Le eventuali *avance* devono essere respinte dal medico e, se non è così, devono essere perseguiti sia il medico che l'informatore. Interrompere il colloquio tra industria farmaceutica e medico significa addirittura pregiudicare la formazione del medico, che spesso viene fatta con i soldi dell'industria: questo è un dato di fatto, visto che né lo Stato né le Regioni hanno stanziato cifre per la formazione permanente dei medici. Questo problema non ha nulla a che vedere con la formazione e con l'interesse nella prescrizione. Il comportamento del medico deve essere sempre corretto, senza mettere in cattiva luce un altro professionista, che è l'informatore, il quale svolge il suo lavoro. Anche all'interno di tale categoria ovviamente ci possono essere elementi che devono essere «buttati fuori dal tempio», ma non si deve fare di ogni erba un fascio.

FASOLINO (FI). Volevo rivolgerle proprio la stessa domanda che poc'anzi le ha posto il Presidente. Comunque, visto che il presidente Del Barone ha dato questa disposizione, vorrei chiederle se può recapitargli da parte mia (non so se anche da parte degli altri Commissari) la preghiera di revocare una scelta di questo genere, perché offende soprattutto l'anello più debole della catena, rappresentato dagli informatori scientifici, che sono dipendenti di una azienda, che portano avanti un discorso importante per la categoria e non possono essere né penalizzati né umiliati.

MELEDANDRI. Lo farò senz'altro.

Ringrazio il Presidente e tutti i senatori, perché il tempo dedicato a tale questione difende qualcosa di sacro per la medicina, cioè il rapporto

medico-paziente, nel quale tutti noi medici crediamo (o almeno la stragrande maggioranza di noi). Crediamo si tratti, quindi, di una azione meritoria che va anche pubblicizzata. Il sentore Longhi poc'anzi ha fatto riferimento alla valutazione da parte del cittadino della funzione degli Ordini: so bene che se mi rivolgessi ad un milione di cittadini, tutti mi risponderebbero che gli Ordini difendono la categoria dei medici. Questo, però, non è vero: abbiamo aperto sportelli ed avviato contatti con il Tribunale per i diritti del malato e con tutte le altre associazioni, affinché si riesca insieme a governare la domanda e l'offerta.

Questo discorso, almeno per quanto riguarda l'Ordine di Roma, viene portato avanti e risulta anche dalla stampa.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Meledandri per il prezioso contributo apportato ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione.

#### **Audizione di un rappresentante dell'Associazione italiana informatori scientifici del farmaco**

PRESIDENTE. È ora in programma l'audizione del dottor De Rita, presidente dell'Associazione italiana informatori scientifici del farmaco, che ringrazio per aver aderito al nostro invito in relazione all'inchiesta sulle problematiche sottese al fenomeno del comparaggio, nel quadro della missione più ampia che abbiamo come Commissione, vale a dire quella di verificare l'efficienza e l'efficacia del nostro Servizio sanitario nazionale. L'inchiesta sul fenomeno del comparaggio è stata avviata alla luce dei recenti episodi di corruzione, ma in realtà avevamo già previsto di esaminare il problema connesso alla politica del farmaco.

Lei, dottor De Rita, rappresenta la categoria – se me lo consente – che oggi esce nel modo peggiore da questa situazione e credo che tale opinione sia condivisa da tutta la Commissione. Vi sono responsabilità a più livelli, a partire dai meccanismi di controllo del Ministero della salute, delle Regioni e delle ASL; oggettivamente, però, vi è anche la responsabilità dell'industria farmaceutica e del medico.

Alcune notizie pubblicate dalla stampa riportano l'iniziativa assunta dal dottor Del Barone, presidente dell'Ordine di Napoli, che ha proposto ai propri iscritti di sospendere dal 1° all'8 marzo i contatti con gli informatori scientifici del farmaco.

Le rivolgo ora alcune domande rispetto alle quali mi aspetto risposte, che non dico possano fornire alla Commissione un quadro di certezza, ma che quanto meno siano utili per stabilire delle coordinate.

Leggiamo spesso sulla stampa (molti di noi sono medici) che esiste un sistema per cui a volte voi siete obbligati, da meccanismi interni alle aziende che fanno prevalere il *marketing* rispetto all'informazione, ad indurre il medico a fare prescrizioni particolari e a procacciare i viaggi, le cene e così via. Ci piacerebbe capire da lei che rappresenta la categoria degli informatori scientifici qual è la dimensione del fenomeno e se esiste

veramente un'operazione di pressione da parte dell'industria nei vostri confronti, che fa mettere da parte gli obiettivi della vostra professione legati all'informazione e fa prevalere, invece, gli altri aspetti che sono alla radice del fenomeno del comparaggio.

Parto da questa domanda generale per avere da lei risposte puntuali; sarà molto interessante, infatti, conoscere il vostro punto di vista, che forse siete ingiustamente i maggiori accusati rispetto a tale fenomeno, il quale probabilmente ha responsabilità più collettive.

*DE RITA.* La ringrazio molto per la domanda e anche per l'invito che ha voluto estendere alla nostra Associazione, che è l'unica organizzazione professionale del settore esistente a livello nazionale. Mi consenta di dire che sono fortemente amareggiato da questo scandalo, ma soprattutto dal fatto che la figura dell'informatore scientifico, ancora una volta, venga posta all'indice come la vera responsabile di fatti di malcostume nell'ambito del settore, il che è assolutamente falso. Ciò non significa che non possano esserci anche nella nostra categoria persone che violino disposizioni di legge in materia di informazione scientifica sui farmaci. È come dire che quei medici che violano le stesse disposizioni di legge classifichino la categoria dei medici *tout court* in un certo modo. Credo di poter dire che noi siamo vittime di un sistema e questo lo voglio sottolineare con forza, perché ogni volta che succede qualcosa nell'ambito della cosiddetta mala sanità, il responsabile numero uno, additato da qualsiasi parte, è l'informatore scientifico.

L'informatore scientifico (mi consenta questa breve presentazione), che noi rappresentiamo come Associazione a livello nazionale, è quello che si riconosce e che ha contribuito a promuovere presso le istituzioni la legislazione più severa esistente in Italia che, in tema di informazione sui farmaci, noi abbiamo raccolto nella pubblicazione che mi permetto di consegnarle. In questa pubblicazione sono indicate ben 18 disposizioni di legge che disciplinano la nostra attività, e che abbiamo voluto noi come informatori. Queste norme di legge però sono spesso violate, ma non dagli informatori scientifici in quanto desiderosi di violarle; sono violate da tutta la filiera del farmaco, a partire – mi consenta di dirlo – dal Ministero della salute, che non ha mai operato alcun tipo di controllo sulle disposizioni di legge che disciplinano la nostra attività. Si parla oggi di comparaggio, ma questo fenomeno, a mio personale avviso, va inquadrato anche nel sistema più generale delle violazioni alle disposizioni di legge che esistono in materia. Ad esempio, negli ultimi tre anni gli informatori che hanno iniziato la loro attività e che si sono iscritti alla nostra Associazione sono 850; di questi, il 16,58 per cento è privo del titolo di studio previsto dal decreto legislativo n. 541 del 1992 che li vuole tutti laureati in discipline biomediche o chimico farmaceutiche; il 22,35 per cento non ha un regolare contratto di lavoro subordinato, così come previsto dall'articolo 9 dello stesso decreto legislativo. Non mi risulta che il Ministero della salute abbia mai provveduto a verificare l'ottemperanza o meno alla norma che ho appena citato. Nell'ambito di queste violazioni, che sono chiara-

mente documentabili e reperibili, è chiaro che l'attività di informazione sui farmaci svolta dalle aziende attraverso gli informatori scientifici si sviluppa, non sempre fortunatamente ma in qualche misura spesso, in una maniera che può portare ad una prescrizione del farmaco diversa da quelle che possono essere le esigenze naturali del medico e quindi della salute della gente.

In proposito vorrei fare riferimento a qualcosa che forse non è una violazione della norma: il giudizio lo affido alla vostra competenza. Bisogna sapere, per esempio, che esistono delle società di indagini di mercato che svolgono autonomamente o per conto di aziende farmaceutiche inchieste sulla capacità prescrittiva del singolo medico. Mi permetto di consegnarle un opuscolo che riporta il contenuto di un convegno che si è tenuto un paio di anni fa ad Assisi, proprio perché abbiamo citato in giudizio una di queste due aziende di indagini di mercato e ci è stato spiegato come e perché si svolgono determinate inchieste. Abbiamo scoperto in quella sede che le farmacie consegnano alle ASL di appartenenza un dischetto con i dati prescrittivi per ottenere la retribuzione delle prescrizioni effettuate, ma lo stesso dischetto viene ceduto alla Federfarma e, a sua volta, viene ceduto a questo istituto medico-statistico che elabora i dati e li vende alle aziende farmaceutiche.

PRESIDENTE. Ma poi chi materialmente regala il televisore, la vacanza, il viaggio? L'istituto di ricerca o gli informatori che dipendono dall'azienda?

DE RITA. Voglio arrivare a questo punto, Presidente, mi deve consentire di finire la mia esposizione.

PRESIDENTE. L'istituto fa la ricerca, però poi che succede?

DE RITA. L'istituto fa questa ricerca, poi vende alle aziende i dati; le aziende vedono i vari settori. Ad ogni informatore viene affidata una piccolissima area dove svolgere la propria attività e, guarda caso, in quell'area c'è, per esempio, una farmacia e su quella gravitano le prescrizioni di due o tre medici di quella determinata zona. Allora succede che attraverso i dati recepiti da questo istituto – ma ce ne sono anche altri – l'azienda può verificare che in quella determinata zona si vende di più o di meno un determinato farmaco e probabilmente i medici che gravitano su quella farmacia sono quelli più o meno orientati alla prescrizione di quel farmaco. Allora cosa accade (ed ecco la risposta)? Se la prescrizione in quella determinata farmacia o in quella determinata piccola zona sfavorisce una determinata azienda, quest'ultima esercita notevoli pressioni a catena sulla struttura commerciale, di vendita, di *marketing*, fino ad arrivare alla figura dell'informatore scientifico, spesso minacciandolo – questo bisogna dirlo – di non mantenere il posto di lavoro, fino a che questo informatore non torna da quei cinque o sei medici di quella determinata zona con visite ripetute. Nella maggior parte dei casi, il tutto si svolge in ma-

niera molto corretta ma certamente ripetitiva perché l'informatore dirà sempre le stesse cose; se l'azienda in un determinato caso offre all'informatore, ma il termine «offre» è un eufemismo per dire obbliga, la possibilità di fornire un determinato *gadget*, un determinato bene, una determinata utilità a quei medici che possono essere stati più o meno prescrittivi, ecco che la pressione si trasforma in un modo, a mio avviso, poco etico, perché quel medico prescriva di più quel determinato farmaco, per il quale invece l'informatore è stato accusato di scarsa professionalità e di scarsa penetrazione. Questo è il termine esatto perché nelle aziende farmaceutiche, nel corso delle riunioni di gruppo, si parla di indice di penetrazione presso quella determinata zona, quella determinata farmacia, quei determinati medici che gravitano su quella farmacia.

BATTAGLIA Giovanni (*DS-U*). Gli argomenti usati quali sono?

*DE RITA*. Esistono differenze tra azienda e azienda. Ci sono aziende molto serie, che esercitano questa pressione attraverso gli informatori facendo ripetere loro alla classe medica magari lo stesso messaggio informativo che è stato presentato soltanto qualche tempo prima. Queste, nella maggior parte dei casi, sono le aziende che io reputo serie, anche se non considero la pressione un elemento di grande serietà. Però ci sono anche aziende che esercitano pressioni in modo diverso; in questo caso devo fare una distinzione prima di tutto tra multinazionali ed aziende italiane e poi tra il mondo delle industrie *tout court* e il mondo dei concessionari. Quello che noi chiamiamo comparaggio è quello che il testo unico delle leggi sanitarie prevedono sin dal 1934, quando ancora la figura dell'informatore scientifico non esisteva e che quindi si richiama evidentemente a debolezze umane. Esistono queste figure di concessionari che acquistano la licenza di vendere determinati farmaci che l'azienda più o meno grande, nazionale o multinazionale, non ritiene di dover sostenere con l'informazione scientifica perché magari è interessata ad altri farmaci più costosi, più remunerativi, e affida alcuni farmaci ai concessionari. Ecco, proprio i concessionari, attraverso figure che noi stessi informatori classifichiamo come «comparaggisti» (quindi, personaggi ben noti, a mio avviso, anche alle aziende farmaceutiche), adottano qualsiasi sistema per favorire la prescrizione di determinati farmaci: dal telefonino al televisore e forse anche alla remunerazione mediante denaro. Le cronache sono piene di questi episodi: ad esempio, a Pontedera, nella zona del pisano, si è parlato spesso di tali casi, che ora sono in dirittura d'arrivo presso la giustizia ordinaria. Questa è una fotografia abbastanza vicina alla realtà.

Si parla spesso dei viaggi, ma su tale discorso si dovrebbero evidenziare molte differenze. Innanzi tutto, da qualche tempo a questa parte, si può visitare il sito del Ministero della salute per verificare l'elenco dei congressi autorizzati; quindi, salvo il caso di aziende diverse che organizzano viaggi non autorizzati dal Ministero della salute, c'è da ritenere che siano legittimi. Vi sono poi altri tipi di viaggio.



PRESIDENTE. C'è un ventaglio molto ampio per la scelta di un viaggio di vacanze.

*DE RITA.* Penso di sì.

BOLDI (*LP*). È inutile che ci raccontiamo delle storie, perché c'è scritto sempre: «Accreditamento ECM in corso».

*DE RITA.* Se mi permettete, mi esprimo con un certo calore, perché da anni ormai svolgo questa attività professionale (anche se ora sono in pensione) e vivo con grande tensione tale situazione che considero assolutamente ingiusta ed immeritevole per una categoria che ha tanto fatto per la formazione dei medici. Se non ci fossero stati gli informatori scientifici ad informare la classe medica, ad esempio, sugli H2-antagonisti o sugli inibitori di pompa, probabilmente oggi saremmo ancora molto indietro nella terapia corretta di certe patologie.

Per quanto riguarda i viaggi, innanzi tutto ci sono quelli organizzati dalle aziende farmaceutiche, che devono seguire un certo *iter* e pertanto – se lo seguono – sono ufficializzati ed autorizzati. L'informatore sa che deve individuare un certo numero di medici che l'azienda vuole invitare ad un determinato congresso; la scelta sarà fatta sulla base delle indicazioni fornite dall'azienda tra i medici interessati all'argomento che verrà discusso nel congresso oppure tra quelli che hanno una maggiore capacità prescrittiva, trattandosi di medici di base, di *opinion leader* o di medici ospedalieri o universitari. Poi vi sono i congressi organizzati dalle associazioni scientifiche che seguono un certo calendario; le aziende farmaceutiche, quindi, conoscono tale calendario ed individuano i congressi ai quali potrebbero essere interessati i medici e si ritorna al giro di prima.

C'è un altro tipo di congressi, che la normativa non prevede (non so se ciò voglia dire automaticamente che sono leciti o meno): è abbastanza comune il fatto di invitare i medici a visitare gli stabilimenti all'estero di aziende multinazionali.

PRESIDENTE. Lei dice che l'informatore seleziona il medico sulla base di un interesse professionale – branca di specializzazione rispetto al farmaco – o di una elevata capacità prescrittiva. Vorrei capire, allora, chi promuove la capacità prescrittiva. Forse prima di un viaggio l'informatore stimola la capacità prescrittiva? Oppure si tratta di un'autonoma capacità prescrittiva, perché il medico sa *a priori* che se prescrive un determinato farmaco farà un viaggio alle Canarie?

*DE RITA.* La ringrazio per la domanda, perché mi consente di fornire una duplice spiegazione. Quando parlo di medici con maggiore capacità prescrittiva, intendo quelli che hanno 1.500 pazienti e che, pertanto, l'azienda ha un determinato interesse a contattare, sensibilizzare ed invitare ad un congresso. Parlo, però, anche dei medici che non hanno un numero elevato di assistiti, perché non tutte le aziende possono contattare i medici

con 1.500 pazienti. Si tratta di un altro criterio che in qualche modo è previsto dalle disposizioni di legge (anche se si dovrebbe verificare quanto tali norme vengano effettivamente rispettate): mi riferisco alle cosiddette sperimentazioni, cioè si chiede ad un medico, su direttiva aziendale, di sperimentare un certo farmaco per una determinata patologia, ma affinché la sperimentazione sia significativa deve riferirsi ad un certo numero di prescrizioni. In quel caso, al medico scelto in tale ottica si prospetta la possibilità che i risultati della sua partecipazione alla sperimentazione siano presentati in occasione di un certo convegno, al quale egli chiaramente sarà invitato. Si tratta di una forma di induzione indiretta alla prescrizione.

BATTAGLIA Giovanni (*DS-U*). La domanda potrebbe apparire personale, ma non è tale. Vorrei sapere, innanzi tutto, quanto incide sullo stipendio di un informatore scientifico la cosiddetta parte accessoria mobile della retribuzione, cioè il cosiddetto premio, rispetto alla parte fissa. Avete un rapporto di lavoro disciplinato da un contratto nazionale (che, se non erro, è quello del settore dei chimici); so, però, che una parte della retribuzione è accessoria e dipende dalla capacità di produzione, cioè da quanto ognuno di voi è in grado di indurre alla prescrizione. Se questa parte è consistente, è del tutto evidente che siete vittime e complici contemporaneamente: vittime, perché siete all'interno di un sistema in cui, come lei ci ha riferito, si subiscono addirittura minacce di licenziamento; complici, perché comunque, oltre al mantenimento del posto di lavoro, ciò determina anche una entrata consistente.

In secondo luogo, vorrei chiederle quale autonomia avete nel proporre i «regali». Abbiamo capito come funziona il meccanismo dei viaggi e dei congressi, ma non si tratta solo di questo; infatti, abbiamo accertato, anche in questa vicenda di cui si è occupata la stampa, che si induce alla prescrizione anche con i regali. In questo l'informatore scientifico ha una autonoma capacità? Ha un *budget* che può decidere di spendere in telefoni, in televisori, in *computer* o anche questo fa parte di un meccanismo pianificato dell'azienda, che quindi vi mette a disposizione un certo numero di accessori da utilizzare nella vostra attività?

DE RITA. Partendo da questa seconda domanda, posso dire che l'informatore in linea di massima non ha alcuna autonomia nella scelta, nell'acquisto e nella fornitura di *gadget*. Potranno anche esserci casi particolari, ma appunto li ritengo tali. La *gadgettistica* che l'informatore distribuisce alla classe medica gli è consegnata direttamente dalle aziende, tant'è vero che in base ad una disposizione del Ministero dei trasporti di qualche anno fa, a seguito di alcuni accertamenti da parte della polizia stradale o dei carabinieri che fermavano gli informatori per vedere cosa trasportavano, noi siamo tenuti a portare una documentazione, con una dichiarazione dell'azienda, nella quale si evidenzia che il materiale che portiamo come *gadgettistica*, così come anche i campioni di medicinali, sono di

proprietà dell'azienda che ce li ha forniti per l'esercizio della nostra professione.

BATTAGLIA Giovanni (*DS-U*). Poi autonomamente scegliete a chi darli oppure viene indicato anche il medico?

*DE RITA*. Dipende dal tipo di gadgettistica: se ci mandano 400-500 penne, è chiaro che la penna va a tutti quanti; se ci mandano 20 volumi di medicina generale, noi sceglieremo il medico che a nostro personale avviso può essere più interessato a quella pubblicazione. In questo c'è autonomia.

PRESIDENTE. Ma se è un televisore?

*DE RITA*. Se è un televisore, non mi risulta...

BOLDI (*LP*). Mi scusi, ho una curiosità: quale categoria di medici è più facilmente esposta agli illeciti, più gli specialisti o più i medici generici? Nel campo degli specialisti, più quelli accreditati o i liberi professionisti? Qual è il comportamento?

*DE RITA*. Dipende dalle aziende e dalla produzione dell'azienda, se è più orientata verso gli specialisti o meno.

BOLDI (*LP*). Ma lei non ha un'idea?

*DE RITA*. Penso forse più lo specialista per un certo tipo di gadgettistica che non il medico di base, che anzi io vedo spesso discriminato rispetto agli specialisti. Questa è una mia personale opinione.

Devo ancora una risposta al senatore Giovanni Battaglia. La parte della retribuzione è sicuramente differente da azienda ad azienda. Basta leggere tutti gli avvisi e le ricerche di personale qualificato – quindi di informatori scientifici – che appaiono sui giornali per vedere che nella stragrande maggioranza dei casi viene offerta una retribuzione secondo il contratto dell'industria chimico-farmaceutica, ma anche degli incentivi. Questo avviene però più nelle multinazionali e nelle grandi aziende farmaceutiche italiane che non nelle medie e piccole aziende. A seconda della grandezza dell'azienda, della sua importanza o dell'importanza in termini di introduzione per una determinata produzione farmaceutica presso una certa fascia della classe medica, la parte mobile è legata sicuramente al raggiungimento di *budget* che sono stabiliti dall'azienda e che l'informatore non avrà mai la possibilità di verificare. Attraverso gli *area manager*, i responsabili dell'area, verrà illustrato nelle riunioni di gruppo se il gruppo, nel corso del trimestre, ha raggiunto o meno il *budget* stabilito dall'azienda, per cui il premio che viene riconosciuto al gruppo o ai singoli componenti sarà maggiore o minore. Nell'arco dell'anno ci sono aziende farmaceutiche che offrono – o se volete elargiscono – una parte

mobile incentivante della retribuzione più o meno pari a quella che è la retribuzione prevista dal contratto di lavoro e ce ne sono altre che sono chiaramente inferiori.

Noi come Associazione e come informatori, partecipanti anche alle rappresentanze sindacali unitarie, abbiamo sempre combattuto l'esistenza della parte mobile di retribuzione. Purtroppo, da parte delle organizzazioni sindacali abbiamo trovato sempre un netto rifiuto e la loro unica giustificazione è stata la seguente: se anche la eliminassimo, le aziende troverebbero i sistemi per incentivare comunque la promozione del farmaco presso la classe medica. A nulla sono valse le sentenze dell'autorità giudiziaria, per esempio in casi di ricorsi di colleghi (faccio un nome: la Ciba-Gaigy, quando esisteva); riuscirono ad ottenere l'eliminazione del premio conglobando quella parte che ormai era stata acquisita nella retribuzione, ma evitando nella maniera più assoluta che ci fossero ulteriori forme incentivanti. Però, come informatori e come organizzazione, abbiamo trovato questa difficoltà sul nostro cammino perché appunto le stesse organizzazioni sindacali hanno ritenuto che non fosse risolutiva l'eliminazione della parte incentivante, in quanto le aziende avrebbero trovato altri sistemi per incentivare la retribuzione dell'informatore.

TATÒ (AN). Dottor De Rita, nella prima parte della sua esposizione, riportando anche delle percentuali, ha detto che un numero cospicuo di informatori non è in possesso dei titoli di studio abilitanti, quindi ha riversato sul Ministero della salute la responsabilità della mancanza di controlli. Allora le chiedo per quale motivo voi, come Associazione, proprio per proteggere i vostri interessi, non avete fatto una denuncia non al Ministero o ad altri Ordini, ma proprio all'autorità giudiziaria. Se io ho un collega che non è laureato e non ha i titoli, sono il primo, proprio per proteggere la mia professionalità o anche i miei interessi, a rivolgermi all'autorità giudiziaria.

DE RITA. Abbiamo denunciato alcuni episodi al Ministero della salute, al Ministero del lavoro direttamente e indirettamente anche alle preture del lavoro, finché sono esistite; dico indirettamente perché è avvenuto tramite la nostra pubblicazione «Algoritmi», che mandiamo sistematicamente a tutte le forze istituzionali e che veniva inviata anche ai pretori del lavoro. Non abbiamo mai avuto alcuna attenzione da parte dei destinatari delle nostre denunce dirette o indirette attraverso «Algoritmi». Posso soltanto dire che qualche giorno fa, da parte di un pretore di Latina, attraverso una commercialista, ci sono state richieste informazioni sulla normativa che disciplina la nostra attività, perché si trovano a giudicare dei casi di informatori che sono ricorsi contro l'azienda per violazioni.

BOLDI (LP). Il fatto che sia stata chiesta all'Associazione la normativa, mi sembra una cosa che già di per sé provoca sconcerto.

*DE RITA.* Quando ho ricevuto la telefonata, ero in dubbio se rispondere o meno, però dopo ho richiamato quel commercialista.

*FASOLINO (FI).* A questo punto, abbiamo capito il meccanismo. Vorrei chiederle se l'istituzione di un albo renderebbe gli informatori scientifici più autonomi, più liberi e professionalmente più adeguati o se, invece, peggiorerebbe la situazione.

*DE RITA.* Da sempre perseguiamo questo obiettivo. La Commissione igiene e sanità del Senato ha approvato lo scorso 25 settembre, in sede deliberante, un disegno di legge nel merito e spero che la Commissione affari sociali della Camera dei deputati, che attualmente sta esaminando il provvedimento, faccia la medesima cosa. Questa mattina ho avuto occasione di parlare con il relatore e con il Presidente della Commissione e so che domani il Comitato ristretto dovrebbe presentare richiesta di trasferimento del provvedimento alla sede legislativa, prendendo come testo base quello approvato dalla Commissione.

*PRESIDENTE.* Dottor De Rita, vorrei rivolgerle un'ultima domanda. Mi rendo conto che, per come lei ci ha descritto il sistema (ed è utile avere acquisito questi elementi), il singolo informatore non ha grandi armi per contrapporsi all'azienda, considerati il contratto, la parte variabile, quella fissa, gli incentivi e il licenziamento. In attesa dell'albo, cui poc'anzi abbiamo fatto riferimento, avete rapporti bilaterali permanenti con Farindustria? E se li avete, avete posto a Farindustria il problema del comparaggio? Qual è stata la reazione di Farindustria rispetto a questo tema, visto che voi rappresentate gli informatori e Farindustria rappresenta le aziende nel complesso?

*DE RITA.* Proprio il 10 dicembre scorso la Commissione affari sociali della Camera, presieduta dall'onorevole Palumbo, ci ha auditi congiuntamente a Farindustria e ad Assogenerici. In quella sede, noi abbiamo dichiarato pubblicamente le stesse cose che ho detto qui questa sera e certamente Farindustria non le ha condivise. Al di là dell'audizione, comunque, abbiamo avuto scontri molto violenti con Farindustria. Sia io che il vice presidente della nostra Associazione abbiamo avuto uno scontro molto duro con l'attuale presidente di Farindustria, ma anche con tutti i presidenti e i direttori generali che si sono susseguiti nel tempo. Abbiamo sempre denunciato questo fenomeno e siamo arrivati anche a costituire un osservatorio, unitamente a Farindustria e alla Federazione nazionale degli ordini dei medici perché, attraverso le persone che vivono quotidianamente tale esperienza, volevamo portare sul tavolo tutti i dati disponibili, al fine di migliorare il servizio di informazione scientifica sui farmaci. Ebbene, come è documentabile, purtroppo questo osservatorio, peraltro tanto reclamizzato dalla stessa Farindustria in più sedi, non è andato assolutamente avanti. Non conosco esattamente le ragioni, anche se le posso immaginare, ma ad un certo punto la FNOMCeO si è

ritirata dall'osservatorio: in una riunione del 7 luglio di due anni fa (ricordo questa data per altri motivi), il presidente Aldo Pagni, il dottor Melandri ed il tesoriere della FNOMCeO hanno annunciato il loro ritiro dall'osservatorio, perché ritenevano che non si fosse concluso nulla.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor De Rita per le preziose informazioni che ci ha fornito.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

*I lavori terminano alle 22,45.*



