

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

3° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 26 FEBBRAIO 2003

Presidenza del presidente CARELLA

INDICE

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 12
BOLDI (LP)	9, 11
CURSI, sottosegretario di Stato per la salute	4, 9, 11
DANZI (UDC)	10, 11, 12
SALZANO (Aut)	10
TATÒ (AN)	10

Audizione di un rappresentante di Farmindustria

PRESIDENTE	Pag. 13	STEFANELLI	Pag. 13
BAIO DOSSI (Mar-DL-U)	13		

Audizione di un rappresentante della Federazione ordini farmacisti italiani

PRESIDENTE	Pag. 13, 19, 20	LEOPARDI	Pag. 14, 16, 17 e passim
BAIO DOSSI (Mar-DL-U)	16		
BOLDI (LP)	19		
FASOLINO (FI)	17		
TATÒ (AN)	17		
ROTONDO (DS-U)	17		
SANZARELLO (FI)	18		

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 senatore Cesare Corsi, sottosegretario di Stato per la salute, il dottor Erminio Stefanelli, vice presidente di Farindustria, e il dottor Giacomo Leopardi, presidente della Federazione ordini farmacisti italiani.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute Cesare Corsi

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sulle problematiche sottese al fenomeno del comparaggio, sospesa nella seduta di ieri.

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.

La prima audizione oggi in programma è quella del sottosegretario di Stato per la salute Cesare Corsi.

Nell'ambito delle finalità complessive della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause dell'incendio sviluppatosi tra il 15 ed il 16 dicembre 2001 nel comune di San Gregorio Magno, avevamo già previsto la creazione di un gruppo di lavoro che avrebbe dovuto esaminare le questioni connesse alla politica del farmaco; tuttavia, i recenti episodi di cronaca venuti alla ribalta hanno suggerito alla Commissione di anticipare questa inchiesta. Riteniamo, infatti, che sia più che doveroso per una Commissione di inchiesta come la nostra approfondire tali questioni, anche perché temiamo che, al di là della necessità di fare chiarezza rispetto alle problematiche connesse al fenomeno del comparaggio, venga meno o si incrinò il rapporto di fiducia tra il cittadino ed il Servizio sanitario nazionale.

Do ora la parola al sottosegretario Corsi, affinché ci esponga come il Ministero della salute ha affrontato nel corso degli anni questa problematica. Non possiamo nascondersi il fatto che non è solo un episodio eclatante, ma si tratta di un fenomeno molto antico nel nostro Paese. Vorremmo sapere, pertanto, quali sono i poteri e gli strumenti di cui dispone il Ministro della salute per combattere tale fenomeno.

In particolare, nella seduta di ieri abbiamo audito il direttore generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza, il quale ha

messo in evidenza come il nostro Paese sia in possesso di un ottimo sistema informatico, che consente di verificare come avvengono le prescrizioni su tutto il territorio nazionale, aggregando e disaggregando i dati addirittura per singola città.

Al sottosegretario Cursi, che sicuramente svolgerà una relazione più ampia nel merito, vorrei porre un quesito sul quale anche ieri sera la Commissione ha dibattuto: se abbiamo a disposizione un sistema informatico così sofisticato, per quale motivo i fenomeni di iperprescrizione di farmaci non sono stati evidenziati e segnalati dal Ministro della salute? Ci sembra di capire, infatti, leggendo quanto è stato riportato dalla stampa in questi giorni, che tale inchiesta nasce per iniziativa del Ministero dell'economia e delle finanze, che ha attivato la Guardia di finanza. Vorrei sapere, quindi, come mai non è stato il Ministero della salute a prendere iniziative in tal senso e ad avviare una azione di verifica e di controllo sul territorio, se il sistema effettivamente funziona o se vi sono limiti a voi evidenti.

Un altro aspetto che richiede approfondimenti (sul quale ci siamo soffermati anche nel dibattito di ieri) riguarda i viaggi collegati ai congressi scientifici. Tutte le aziende, in virtù della normativa esistente, devono comunicare al Ministero della salute quando intendono organizzare un viaggio che abbia finalità scientifiche. Mi sembra di avere letto che ogni anno le richieste di viaggi sono addirittura decine di migliaia, le quali vengono regolarmente autorizzate dal Ministero della salute. Le chiedo, allora, se esistono strumenti di controllo oggettivo per verificare la validità scientifica di questi convegni. Vorrei sapere, cioè, se il Ministero della salute dispone di strumenti per stabilire se dietro i viaggi non si nasconda in realtà altro, cioè quello che si definisce comparaggio.

Do ora la parola al sottosegretario di Stato per la salute Cursi.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, sono qui in rappresentanza del Ministro della salute, che mi ha incaricato di intervenire alla presente audizione per fornire gli approfondimenti richiesti sul tema dell'inchiesta. Ringrazio anzitutto il Presidente e i componenti la Commissione perché con questo argomento oggi possiamo probabilmente iniziare un percorso che ci porterà a svolgere alcune considerazioni circa le esigenze di modificare l'attuale normativa. In merito all'iniziativa del Ministero dell'economia e delle finanze non so dare risposta, perché non so se sia stato il Ministero delle finanze o chi per esso ad avviare le indagini, visto che tra l'altro io rappresento un altro Dicastero.

Oggi svolgerò una relazione sostanzialmente generale e, quindi, sin da adesso, confermo la mia disponibilità a fornire integrazioni di documentazione, se necessario, in ordine ai meccanismi riferiti al sistema informatico del nostro Ministero che è abbastanza complicato. In questo senso, ho fatto predisporre una relazione: stabilirete voi se sarà il caso di dedicare un'apposita seduta anche a questo aspetto.

Si tratta di un sistema informatico che parte da lontano e che si sta sempre più affinando in termini di gestione; è un *software* che diventa sempre più sofisticato rispetto alle nuove realtà.

Avviando una riflessione di carattere generale, evidenzio preliminarmente che il Ministero della salute è in grado di operare una serie di verifiche e di controlli. Oggi si muove anche all'interno dei nuovi poteri e delle nuove funzioni delle Regioni. Sappiamo, infatti, che in ogni Regione esistono ispettorati di vigilanza e di controllo, che peraltro lo scorso anno hanno già prodotto risultati, in ordine alla spesa eccessiva dei farmaci, facendo riferimento all'ipotesi di medici che avevano fatto prescrizioni al di là del consentito; lo scorso anno, quindi, sono state presentate alcune denunce proprio attraverso l'ispettorato di vigilanza e di controllo delle Regioni.

Per la situazione in esame è già all'attenzione del Consiglio dei ministri un provvedimento legislativo, la cui veste potrebbe assumere la connotazione di decreto-legge, contenente le disposizioni normative per perseguire gli illeciti nel settore sanitario. Non si tratta di una cosa di ieri, perché sono circa 20 giorni che gli Uffici del Ministero hanno predisposto e chiesto l'iscrizione di questo provvedimento all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri. All'interno di tale provvedimento sono evidenziati molti problemi legati alla giustizia, perché si tratta di stabilire le sanzioni amministrative e penali, e la compatibilità di quelle con l'attuale assetto.

È necessario fare presente che l'intero settore della pubblicità, dell'informazione scientifica, dei campioni gratuiti, dei convegni e dei congressi è stato depenalizzato nel rispetto del decreto legislativo 30 dicembre 1999, n. 507. La depenalizzazione, alla fine, comporta una sorta di gestione meno attenta. Pertanto, le disposizioni vigenti relative all'apparato sanzionatorio contenute nell'articolo 15 del decreto legislativo n. 541 del 1992, per le violazioni dello stesso, si possono riassumere in sanzioni pecuniarie amministrative, che vanno da 5 a 30 milioni di vecchie lire. Il provvedimento in esame al Consiglio dei ministri, sopra citato, all'articolo 2 intende aumentare il *quantum* delle sanzioni, portandole da 5.000 a 30.000 euro. Sempre dallo stesso articolo 15 sono attribuite al Ministero altre facoltà di natura amministrativa. Con riferimento alla pubblicità dei medicinali, la sospensione dei medicinali dal Prontuario per un periodo da 10 giorni a due anni; l'ordine di cessazione della pubblicità, la diffusione a spese del trasgressore di un comunicato di rettifica del messaggio «incriminato».

Si precisa, inoltre, che per quanto attiene alla potenziale corruzione – che nel termine corrente spesso viene anche associata al termine paragone – del personale sanitario, sia esso medico che farmacista, le disposizioni attuali (articoli 170 e 171 del Regio Decreto n. 1265 del 1934, di cui al Testo unico sulle leggi sul sistema sanitario) prevedono che il medico o il farmacista che riceve per sé o per altri denaro o altro nell'esercizio della propria attività professionale è punito con l'arresto fino ad un anno e con l'ammenda di sanzioni pecuniarie quasi irrisorie, da 2.000 a 5.000 vecchie lire. Sarebbe, pertanto, auspicabile che il provvedimento all'esame del Consiglio dei ministri, più volte citato, rinnovi anche l'ammontare delle sanzioni pecuniarie, di cui agli articoli 170 e 171 sopra ri-

feriti, ovviamente con criteri diversi, visto che nel frattempo sono trascorse alcune decine di anni.

Dopo aver fornito queste sintetiche informazioni in ordine all'assetto sanzionatorio che è già vecchissimo e quasi depenalizzato, è necessario fornire alcune indicazioni sulle iniziative che la nostra Direzione generale (avete ascoltato ieri sera il dottor Nello Martini) ha già adottato al fine di contenere i fenomeni correlati alle problematiche in esame. Nel rispetto dell'articolo 40 della legge 1 marzo 2002, n. 39, con decreto del Ministro datato 21 febbraio 2003, in corso di registrazione, è stata disciplinata, in collaborazione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, l'istituzione presso il Ministero della salute di una Banca dati centrale, finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo. Questa è in parte una risposta alla domanda che inizialmente poneva il Presidente. Con tale banca dati si rende possibile la tracciabilità delle singole confezioni e la gestione centralizzata delle informazioni, al fine di ridurre frodi e furti ai danni del Servizio sanitario nazionale e di tutti i cittadini.

Si fa presente, inoltre, che sempre presso la Direzione generale della Farmacovigilanza è stato istituito l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED), la cui previsione è stata assicurata a livello normativo dalla legge 23 dicembre 1998, n. 448. Tale Osservatorio è importante e le sue funzioni possono essere sinteticamente riassunte. Deve innanzi tutto sviluppare i meccanismi di raccolta, le analisi e l'interpretazione dei dati d'uso dei farmaci in Italia e renderli disponibili agli organismi istituzionalmente preposti a pianificare la politica sanitaria, quindi alle ASL, agli operatori sanitari, alle associazioni dei consumatori e ai singoli cittadini. In questo caso specifico, essendovi il riferimento ad una legge del 1998, va fatto presente che la pianificazione e la programmazione della politica sanitaria è oggi delegata alle Regioni. L'Osservatorio deve poi monitorare i cambiamenti nell'uso dei farmaci dovuti all'impatto di azioni di formazione del personale del Servizio sanitario nazionale, di educazione dei cittadini o di interventi regolatori della Direzione generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza. Monitorare i cambiamenti significa capire quale uso di farmaci sia possibile fare e in che termini per evitare, come è accaduto in alcune Regioni, che qualche persona abbia consumato in un mese e mezzo medicinali per un valore pari a qualche miliardo, trattandosi di farmaci ad altissimo costo. L'Osservatorio deve identificare i possibili problemi di sanità pubblica e i benefici correlati all'uso di particolari gruppi di farmaci e categorie terapeutiche. Deve altresì favorire la diffusione dell'informazione sull'uso dei farmaci; confrontare il consumo dei farmaci in Italia con quello di altri Paesi (Europa, OECD); contribuire alle iniziative per promuovere un uso migliore dei farmaci. Tutto ciò rientra in una politica che anche precedenti Governi come quello attuale hanno perseguito per fare in modo che non si abusasse dei farmaci. Tale abuso, infatti, oltre a comportare problemi di carattere sanitario produce effetti rilevanti anche in termini finanziari.

A ciò si aggiunga che al fine di migliorare l'informazione scientifica ai cittadini, effettuata dal Ministero della salute, la Direzione generale della farmacovigilanza ha adottato le seguenti iniziative: la stampa e l'invio ogni due mesi a tutti i medici, che sono 300.000, e a tutti i farmacisti, che sono 60.000, del Bollettino d'informazione sui farmaci, il cosiddetto BIF, con aggiornamenti sui nuovi medicinali, sulla farmacovigilanza e sulle decisioni della CUF, per giungere ad una condivisione di responsabilità da parte di tutti gli effettivi operatori, che prescrivono e distribuiscono i medicinali. La Direzione ha poi previsto la redazione, la stampa e l'invio a tutti i medici ed infermieri del Nuovo prontuario farmaceutico 2003 (che è stato stampato dieci giorni fa e di cui è già iniziata la diffusione), con le informazioni su ogni farmaco erogato dal Servizio sanitario nazionale (classe terapeutica, principio attivo, nome commerciale, confezione, dosaggio, prezzo, presenza del generico). La Direzione poi ha stabilito la stampa, la distribuzione e l'invio della «Guida all'uso dei farmaci», riportante per ciascuna confezione il dosaggio, le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali e le avvertenze, inviato a tutti i medici e farmacisti nel 2002, con l'aggiornamento annuale. Queste iniziative rientrano nella politica d'informazione necessaria per evitare che qualche categoria interessata, soprattutto quella che opera la prescrizione, possa addurre di non essere stata messa a conoscenza di tali iniziative a livello nazionale.

È utile fornire alcune precisazioni in ordine alle iniziative che la Direzione generale del Ministero della salute intende assumere nella gestione delle funzioni istituzionali, in riferimento alla pubblicità sanitaria, all'informazione scientifica, ai convegni e ai congressi, di cui parlava prima il Presidente, sia in via amministrativa, apportando le opportune modifiche alle rituali procedure già osservate, che in via legislativa, in occasione del prossimo recepimento della direttiva comunitaria 2001/83, in materia di medicinali, già prevista nella legge comunitaria del 3 febbraio 2003, n. 14. Si tratta quindi di un provvedimento recentemente approvato dal Parlamento.

Per quanto riguarda gli informatori scientifici, che sono stati strumento ed oggetto da parte della stampa di accuse o di difese, il decreto legislativo n. 541 del 1992 prevede una serie di prescrizioni; innanzi tutto, l'istituzione di un *data base* degli informatori stessi a livello nazionale. Tra l'altro, dopo l'approvazione in Senato, il disegno di legge sull'albo (se ancora così vogliamo definirlo, visto che sono tra coloro che non lo ritengono un albo ma un elenco di informatori) è ora all'esame della Camera dei deputati, dove si è bloccato per la necessità di rivedere alcuni dei meccanismi previsti dal provvedimento qui approvato.

Il decreto legislativo che ho testé citato prevede anche di disporre, con cogenza normativa, la dipendenza diretta degli informatori scientifici dal Servizio scientifico delle ditte farmaceutiche e non dal Servizio *marketing*. Può sembrare un aspetto di poco conto, ma riferito al tipo di rapporto di lavoro o di dipendenza o indipendenza che può legare un informatore scientifico alla ditta d'appartenenza risulta importante. Infatti, se

dipende dal Servizio scientifico ha alcuni riflessi, se dipende invece dal Servizio *marketing* il discorso cambia, in quanto in Italia tale Servizio svolge un altro tipo di funzioni. Sempre il decreto legislativo stabilisce di prevedere una tariffa da destinare al Servizio sanitario nazionale, correlata al numero di informatori scientifici ed alla mole di visite effettuate da ogni singola azienda. Queste sono procedure innovative che richiederanno anche un cambio di mentalità e di cultura rispetto all' informatore scientifico tipico che in questa Commissione conoscete meglio di me, visto che i sette decimi di quest'ultima è composta da medici. L' informatore scientifico per il rilievo che ha rappresentato in passato ha via via affinato la propria preparazione dal punto di vista scientifico.

Il decreto legislativo n. 541 prevede poi l'istituzione di un sistema di certificazione di qualità per gli informatori e per l'informazione scientifica, nel rispetto di potenziali linee guida elaborate dalla Direzione generale della farmacovigilanza. Se non ricordo male, questo aspetto è stato già previsto nel disegno di legge recentemente approvato in Senato all'unanimità, stabilendo che l' informatore, in quanto tale, potesse essere in grado non solo di vendere il prodotto qualunque esso fosse ma che fosse in grado, anche dal punto di vista di scienza e coscienza, di spiegare al medico e quindi al cittadino cosa vendeva. Si evince dunque un livello qualitativo superiore. Questo è quanto ho da riferire sugli informatori scientifici.

Per quanto concerne il materiale informativo, sempre in base agli articoli 8 e 9 del decreto legislativo n. 541 del 1992, si prevede di creare un *data base* degli informatori scientifici; di valutare a campione il materiale depositato, collegandolo ai volumi di vendita per singole ditte o ad altre evidenze (categoria terapeutica, specifico principio attivo); di stabilire un limite di durata temporale per il materiale informativo, per evitare che – come tutto in questo mondo – diventi superato; analogamente a quanto avviene negli Stati Uniti, di denunciare le irregolarità riscontrate in questo settore sul sito della Direzione generale della farmacovigilanza.

Per i campioni gratuiti, l'articolo 13 del decreto legislativo n. 541 del 1992 già prevede l'intensificazione dei controlli dei NAS presso gli studi medici e le aziende farmaceutiche. Per quanto riguarda i *gadget*, si indica il limite massimo del loro valore, come fissato per legge (decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e articolo 74 della legge 28 dicembre 1995, n. 149), in 50.000 vecchie lire, che oggi è pari a circa 24 euro.

Per quanto riguarda i convegni e i congressi, partiamo dall'articolo 2 del citato decreto legislativo n. 541. Preliminarmente è opportuno indicare le disposizioni normative, alle quali tutti noi abbiamo concorso non più tardi di qualche mese fa: l'articolo 3, comma 3, della legge n. 112 del 2002, come modificato dall'articolo 52, comma 10, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria per il 2003), stabilisce che le imprese farmaceutiche per gli anni 2002 e 2003 possono organizzare o contribuire ad organizzare convegni, congressi o riunioni all'estero nella misura massima del 50 per cento di quelli notificati o autorizzati nell'anno 2001.

Tutti abbiamo vissuto in occasione dell'esame della legge finanziaria una serie di emendamenti che sono stati presentati perché si riteneva fosse eccessiva la riduzione del 50 per cento dei convegni; probabilmente, considerato quanto è avvenuto, è stato opportuno mantenere quel tipo di valutazione (lo dico anche per rispondere alla domanda del Presidente in merito al discorso dei convegni notificati).

PRESIDENTE. Il problema è chi controlla e non tanto quello del numero.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Il comma 19 dello stesso articolo 51 prevede, inoltre, che è consentito organizzare o contribuire ad organizzare in Italia o all'estero per il triennio 2004, 2005 e 2006 convegni, congressi e riunioni nel limite del 50 per cento di quelli notificati o autorizzati nell'anno 2003 (si tratta, quindi, di una ulteriore riduzione). Mi sono sempre chiesto da non medico come mai non viene organizzato un convegno a Rocca di Papa o ad Anzio, ma vengono scelte sempre altre località: forse quell'aria ispira formazione ed aggiornamento, perché è un'aria particolare che «sviluppa il cervello». Per quanto riguarda la deducibilità degli stessi ai fini fiscali, l'ultima disposizione normativa utile a tale riguardo risale alla legge n. 448 del 2001 (legge finanziaria per il 2002), che ha disposto l'abbattimento nella misura del 20 per cento. Anche nel merito, ricordo a me stesso e agli altri che si è sviluppata una discussione lunga ed approfondita, perché si riteneva fosse troppo bassa la percentuale della deducibilità.

Per il settore dei convegni il Ministero intende attuare quanto di seguito indicato: informatizzare l'intera procedura autorizzativa, per dare una risposta immediata; consentire ai medici, per via normativa, il permesso per aggiornamento solo per la frequenza ai congressi che conferiscono crediti ECM e prevedere, invece, l'utilizzo delle ferie per gli altri congressi; creare un coordinamento efficace tra ufficio ECM e Direzione generale della farmacovigilanza, che ovviamente prevede questo tipo di controlli e di verifiche; conferire con previsione normativa (quindi, per dare maggiore forza) alla Direzione generale della farmacovigilanza, oltre alla già esistente funzione di mero controllo amministrativo, anche un controllo qualitativo tecnico-scientifico sulla reale validità dei congressi; infine, non prevedere alcun credito ECM né alcuna deducibilità fiscale ai *mini meeting*, la cui valenza è prettamente promozionale.

BOLDI (*LP*). Sta parlando sempre di medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale e di accreditati?

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Sì, non parlo dei privati.

Non aggiungo altro e riconfermo la disponibilità a fornire ulteriori integrazioni, se dovesse essere necessario, anche per quanto concerne il più complesso sistema informativo. In relazione a quest'ultimo aspetto, forse

sarebbe necessario dedicare un'apposita seduta per poter ascoltare eventualmente anche il responsabile del dipartimento, a cui porre domande di tipo tecnico, rispetto alle quali riconosco la mia non conoscenza.

DANZI (*UDC*). Purtroppo stavo esaminando alcuni dati e non ho ben ascoltato l'ultima parte da lei citata relativamente ai congressi. Vorrei, però, svolgere rapidamente alcune considerazioni. Vi sono i crediti formativi, la necessità cioè da parte dei medici di aggiornarsi secondo un determinato punteggio, come se fosse una operazione a premi; evidentemente i medici hanno necessità di frequentare questi congressi per raggiungere il numero dei crediti richiesto. Allora, delle due l'una: o lo Stato in qualche modo si fa carico dell'aggiornamento oppure deve consentire, sempre previa approvazione (come già accade), alle case farmaceutiche di occuparsi della formazione del medico. In alternativa, signor Sottosegretario, perché non si può considerare una totale detrazione delle tasse a carico del professionista che ha la necessità di raggiungere questi crediti? Ancora, perché non si introducono, più di quanto non sia oggi, elementi di chiarezza e, quindi, paletti precisi tra ciò che è consentito nel rapporto tra medico ed azienda farmaceutica, il cui interprete è l'informatore? Si deve capire, cioè, quello che ci può essere in termini di collaborazione e quello che chiaramente non ci può essere, senza quelle soluzioni e quelle situazioni ambigue che oggi esistono, che potrebbero in perfetta buona fede vedere coinvolti professionisti onesti e case farmaceutiche e informatori farmaceutici altrettanti onesti.

In secondo luogo, ritengo che si dovrebbe sollevare il problema del confezionamento dei farmaci. In questi giorni, la stampa nazionale ha denunciato quanto denaro viene buttato per confezioni inadeguate: non mi riferisco chiaramente alle terapie croniche, agli antiulcera o agli antibiotici, ma ad esempio agli antinfiammatori, che a volte vengono somministrati per un dolore reumatico. Mi chiedo perché ci debbano essere confezioni molto costose con 30 capsule o 30 bustine e perché non si possa pensare all'ipotesi di creare confezioni ridotte che possano dare un beneficio maggiore in termini di costi.

TATÒ (*AN*). Accade molto spesso che, quando una casa farmaceutica sponsorizza medici e rappresentanti per pubblicizzare un proprio prodotto, alcuni medici vengono accontentati, mentre molti altri rimangono scontenti. L'atteggiamento di chi non è invitato a partecipare ad un congresso determina, quindi, un danno allo stesso prodotto.

Una proposta potrebbe essere quella di non sponsorizzare nessuno. Il medico che vuole aggiornarsi lo fa a proprie spese; non devono più esserci convegni organizzati dalla Glaxo, dalla Pfizer o dalle varie altre case farmaceutiche. Credo questa sia la soluzione più saggia e anche più umana.

SALZANO (*Aut.*). I convegni, desidero ricordarlo, sono sponsorizzati anche dalle società.

Più che una domanda vorrei esprimere una considerazione che trae spunto da quanto poco fa rilevava il Sottosegretario per la salute. Mi pare che ci sia una sorta di contraddizione tra il tentativo di tutti – Governo, maggioranza ma anche forze di opposizione – di depenalizzare alcuni comportamenti illeciti per evitare di ingolfare la giustizia, già particolarmente sovraccarica, e l'approvazione, ad esempio, da parte della Camera dei deputati, di un disegno di legge per la modifica della legislazione a tutela giuridica degli animali, che prevede un aumento significativo delle sanzioni. Da quanto affermato dal sottosegretario Corsi, emerge che anche in questa realtà il Governo immagina di aumentare le sanzioni per la repressione degli illeciti. Come rappresentante della maggioranza, non posso sottacere un certo frastornamento e una certa confusione: si propone la depenalizzazione ma, nel contempo, ci si rende conto che le maglie previste da alcune leggi per fare fronte agli illeciti sono troppo larghe e devono essere infittite. Se 3.000 medici commettono un reato è perché, al di là di tutto, esiste una legge a maglie larghe che prevede pochi paletti e pochi controlli. In tal caso, la responsabilità non è particolare ma del sistema in generale.

DANZI (*UDC*). Anche perché le regole previste sono poco chiare!

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Le riflessioni espresse dai senatori Danzi e Tatò sono differenti tra loro. Il senatore Danzi sostiene l'importanza della formazione dei medici. Sono dell'avviso che ad oggi l'iniziativa più interessante sia stata quella di prevedere l'obbligatorietà dell'Educazione continua in medicina (ECM), come prima rilevava la senatrice Boldi. Mi auguro che in Italia funzioni in maniera diversa rispetto alle famose norme ISO 9001 e 9002, che partirono bene, ma che poi durante il periodo transitorio non si sono rivelate particolarmente efficaci: di fatto, per avere il cosiddetto «timbro tondo» basta pagare tre milioni di vecchie lire. Mi auguro anche che non si ripeta l'esperienza dell'ESOA nel settore degli appalti. L'ECM è stata avviata in maniera seria e il mio auspicio è che vada avanti nel migliore dei modi.

Prendendo spunto dalla deducibilità, mi corre l'obbligo di ricordare a me stesso e a tutti voi che discuteremo in questa sede e alla Camera se era possibile prevedere la deducibilità del 20 per cento di un credito ECM, che costa – così mi è stato riferito – dai tre ai quattro milioni, con a carico del medico il restante 80 per cento, che corrisponderebbe a circa 2.400.000 vecchie lire. Tale cifra, invero, non mi sembra spropositata per un medico che intende aggiornare la propria formazione; se si trattasse di 50 milioni lo potrei anche capire. In fin dei conti, alla fine del mese, credo che un medico guadagni abbastanza da sostenere per il proprio aggiornamento professionale, che è anche al servizio del cittadino, una spesa mensile di circa 200.000 lire.

BOLDI (*LP*). Il problema si pone se l'ECM diventa obbligatoria.

DANZI (*UDC*). Il medico che svolge attività privata può anche sostenere una spesa di 180 milioni per l'aggiornamento professionale. Di contro, se lo Stato obbliga il medico convenzionato alla formazione, deve anche metterlo in condizione di farlo, organizzando corsi o dando la possibilità di dedurre completamente le spese a ciò destinate.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Senatore Danzi, la sua posizione è completamente diversa da quella di un altro medico che sostiene che comunque la formazione si deve fare, tenuto conto che qualche volta il medico svolge la propria funzione a titolo personale al di fuori delle strutture pubbliche e convenzionate.

Prendendo spunto dal riferimento fatto sulla trasparente collaborazione e sull'uso dei medicinali, vi riporto una notizia sconvolgente. Un recente studio del Dipartimento studi economici, presieduto dal professore Monorchio, dell'Osservatorio permanente della terza età «The Ageing Society», ha rivelato che lo scorso anno ben 650 milioni di euro sono stati spesi per medicinali gettati via perché scaduti. In tal senso, una delle ipotesi sulle quali si sta lavorando è quella di prevedere confezioni con un numero ridotto di medicinali. Tutti i medici di famiglia, anche quelli qui presenti, hanno oggi in dotazione un *personal computer*, nel quale sono memorizzati i dati di ogni paziente. Il medico di Cesare Corsi sa benissimo che questi ha l'asma, la tosse e il catarro e che, quando si sottopone a gennaio alla visita di controllo, gli prescrive medicine in flaconi che contengono, in genere, da 40 a 60 confetti, di cui in un mese ne consumerà al massimo 15. Quando dopo un mese Cesare Corsi ritornerà dal medico, quest'ultimo dovrebbe consultare il *computer* e non prescrivergli nuovamente il farmaco che è ancora nella sua disponibilità. Quante volte il medico di famiglia rivolge queste domande al cittadino? Perché prescrive sempre le stesse medicine? Siamo in presenza di un problema di crescita e di civiltà. Quando 3.000 medici di base adottano certi comportamenti, la responsabilità non è più del sistema ma personale di coloro che, con troppa facilità e tranquillità, prescrivono medicine.

Per ridurre la spesa sanitaria, inoltre, invitiamo i medici di famiglia a curare gli ammalati, evitando di farli subito ricoverare in ospedale. Le cifre raggiunte in finanziaria dai ricoveri impropri in ogni Regione sono esorbitanti, come si evince dai dati pubblicati qualche giorno fa a livello nazionale dall'Agenzia regionale per verificare, Regione per Regione, i ricoveri registrati presso le case di cura private e le strutture pubbliche.

PRESIDENTE. La Commissione avrà modo di approfondire l'argomento, anche se devo rilevare che nel corso delle audizioni svoltesi in questi giorni sono emerse tematiche diverse da quella alla nostra attenzione. La condizione ottimale non ha nulla a che vedere con il paragone, che può esistere anche in presenza di tale condizione. Comparaggio significa corruzione, in altre parole chi corrompe e chi accetta la corruzione, argomento che non va confuso con i problemi della spesa farmaceutica.

Ringrazio il sottosegretario Cursi per il contributo apportato ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di un rappresentante di Farmindustria

PRESIDENTE. È in programma adesso l'audizione del dottor Emilio Stefanelli, vice presidente di Farmindustria, che ringrazio per avere aderito al nostro invito.

Informo il nostro ospite che la seduta sarà brevemente sospesa per permettere ai componenti della Commissione di partecipare alle votazioni presso le Commissioni riunite 10^a e 12^a.

STEFANELLI. Signor Presidente, a causa di un concomitante impegno, mi trovo nell'impossibilità di attendere la ripresa dei lavori della Commissione. Chiedo, pertanto, di rinviare la prevista audizione ad un'altra seduta.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, voglio che venga verbalizzato il mio disappunto per la situazione che si sta verificando, che induce la Commissione a rinviare l'audizione del rappresentante di Farmindustria.

PRESIDENTE. L'audizione del rappresentante di Farmindustria è rinviata ad altra data.

Se non ci sono osservazioni, così resta stabilito.

Come preannunciato, quindi, sospendo brevemente i nostri lavori.

I lavori, sospesi alle ore 15, sono ripresi alle ore 15,45.

Audizione di un rappresentante della Federazione ordini farmacisti italiani

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori con l'audizione del dottor Giacomo Leopardi, presidente della Federazione ordini farmacisti italiani, al quale chiedo scusa per il ritardo dovuto a concomitanti impegni parlamentari.

Questa Commissione d'inchiesta si prefigge il compito di verificare l'efficienza e l'efficacia del Sistema sanitario nazionale. Nell'ambito di quest'attività, abbiamo deciso di occuparci anche della politica del farmaco nel nostro Paese nella sua accezione più generale. Recenti episodi hanno portato alla ribalta il fenomeno del comparaggio che è vecchio come la storia della medicina, almeno degli ultimi 100 anni. Se ne parla spesso ma si è poi direttamente chiamati in causa quando esplode un caso eclatante come quello della multinazionale farmaceutica Glaxo, sul quale vi si è ora concentrata una grande attenzione. Siamo preoccupati e cerchiamo di metterci dalla parte del cittadino. In un sistema come quello sa-

nitario, oggettivamente caratterizzato da un'asimmetria rilevante nell'informazione, il cittadino non è sempre in grado di stabilire se il suo medico o il suo farmacista sono esenti da simili fenomeni. Il cittadino non ha gli strumenti necessari per esprimere una valutazione generale.

Dottor Leopardi, lei potrà esprimere il suo pensiero e indicare le iniziative che la Federazione che rappresenta ha assunto per definire un proprio codice deontologico, che probabilmente già avete. La Federazione da lei presieduta si è occupata direttamente del fenomeno del comparaggio? La farmacia, infatti, può svolgere un ruolo fondamentale per combattere certi fenomeni di corruzione. Ho letto sulla stampa di questi giorni che alcuni sistemi di approvvigionamento dei farmaci superano la previsione legislativa. In proposito abbiamo ascoltato i rappresentanti del Ministero ed è emerso che tutti fanno riferimento alla normativa italiana, che è ritenuta efficace e che perciò non dovrebbe consentire il comparaggio. È necessario però verificare quali sono gli strumenti di controllo per contrastare fenomeni di questa natura.

Vorrei sapere se corrisponde al vero che alcune ditte farmaceutiche concessionarie a volte praticano alle farmacie sconti superiori a quelli previsti per legge. Una rivista a grande diffusione nazionale cita addirittura un sito *Internet*, che consulterò in questi giorni e che conferma quanto ho adesso riferito. Alcune fonti descrivono l'esistenza di sistemi che consentono di creare rapporti diretti tra medico, farmacia e deposito, che sfuggono ai controlli del sistema informativo nazionale.

Alla luce della sua esperienza, la Federazione ha mai avuto segnali di comparaggio? Vi siete mai occupati di questo fenomeno che riguarda complessivamente il mondo della sanità? Lungi da me e dalla Commissione l'intenzione di individuare responsabili. In linea generale, si può condividere l'affermazione che è responsabile il sistema, ma non si riesce ad individuare una responsabilità diretta e specifica. Vorrei conoscere il suo pensiero in merito.

LEOPARDI. La ringrazio, signor Presidente, per questa audizione alla quale partecipo doverosamente e con soddisfazione. Vorrei innanzi tutto fare un distinguo tra l'illecito di sistema e l'illecito individuale. Se ci sono illeciti commessi da parte di farmacisti, nella fattispecie da lei elencata, vi sono la magistratura e gli ordini che intervengono. L'Ordine è sempre sollecitato ad intervenire perché la sua ragion d'essere ha un senso se riesce a garantire alla gente una prestazione professionale trasparente, efficace ed efficiente. Mi riferisco invece all'illecito di sistema. In base a quanto ho letto, se una ditta può destinare il 20 per cento libero dalle tasse ad una sorta di sistema promozionale delle vendite, si è in presenza di un altro discorso che modifica strutturalmente un ordinato sistema di buona gestione nella dispensazione del farmaco. Signor Presidente, come lei ha rilevato, negli ultimi 100 anni il comparaggio è un reato previsto dalla legge ma difficilmente perseguibile, non essendo facile individuare le radici di un fenomeno un tempo riservato a pochissimi medici e a pochissime industrie. Oggi, invece, con la nuova concezione del farmaco

come prodotto richiesto perché oggetto di attenzione, si è inserito il *marketing*, al quale soggiace tutta l'informazione sui medicinali. Lei è medico come altri tra le persone presenti: ebbene, il lancio di un prodotto di seconda generazione per la disfunzione erettile nel giorno di San Valentino dà la misura di come viene considerato quest'aspetto; ovviamente è un primo pensiero personale.

Per quanto riguarda il problema degli sconti, è vero che esistono condizioni particolari per le farmacie, che possono ottenere sconti superiori a quelli previsti per legge; tali sconti, però, riguardano il non farmaco. Il sito *Internet* cui lei ha accennato fa riferimento a prodotti che non sono farmaci o comunque prodotti non soggetti a prescrizione medica. In quei casi vi sono sconti maggiori, che però non influiscono sulla spesa del Servizio sanitario nazionale. L'industria, inoltre, preoccupata per le esportazioni parallele, vende meno ai grossisti e più alle farmacie, applicando uno sconto superiore a quello previsto per legge. Le farmacie godono di uno sconto pari al 26,70 per cento quando vendono al Servizio sanitario nazionale ma sono tenute a concedere uno sconto al Servizio sanitario nazionale che raggiunge circa il 6 per cento (peraltro, l'ultima finanziaria ha aumentato tale sconto).

Il problema riguarda la spesa farmaceutica pubblica, sulla quale questo intervento è importante ed utilissimo. Personalmente mi permetto di avere qualche dubbio sulla sua efficacia, perché non ritengo sia semplice contenere questa spesa che è sempre in aumento. Infatti, come tutti sappiamo, la vita media è in aumento e dopo i 60 anni di età il consumo dei farmaci raddoppia; inoltre, c'è una maggiore richiesta da parte della gente che vuole essere sempre giovane e prestante, vuole allontanare la vecchiaia dalla vita. Questo, però, è un altro discorso.

Come Federazione ordini farmacisti italiani, sosteniamo tutte le proposte che siano finalizzate a contenere le prescrizioni del medico e la richiesta della gente. Non per chiamarmi fuori, ma il farmacista (tranne le eccezioni evidenziate prima) è un mero spettatore nel dialogo tra industria, medico e paziente. In ogni caso, bisogna prestare una particolare attenzione anche perché gli assistiti non possono riempire quotidianamente la farmacia domestica. Credo che una strada da sperimentare per il controllo della spesa sia quella di incrementare i farmaci generici (questione di rilevante importanza), mantenendo la partecipazione dell'assistito alla spesa farmaceutica, salvo le dovute esenzioni. Non c'è nazione nell'Unione europea che non preveda una partecipazione dell'assistito.

Inoltre, è molto importante prevedere un monitoraggio completo della spesa farmaceutica. Secondo le informazioni in mio possesso, solo nella provincia di Lecco, in Lombardia, è in fase avanzata un sistema di controllo giornaliero che comprende l'industria, il medico, il farmacista e il paziente. Grazie ad esso, l'ASL di appartenenza, a fine giornata, quindi in tempi reali, ha la possibilità di visionare e calcolare la spesa farmaceutica quotidiana. Ad esempio, può sapere se in una determinata farmacia c'è un consumo particolare di antibiotici o se in quella zona c'è qualcosa

di patologico oppure se c'è qualcosa a cui devono pensare le ASL ed i magistrati.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). In merito alle sue osservazioni circa le condizioni di sconto diversificate, vorrei conoscere meglio le percentuali. Lei ha parlato del 26,70 per cento: questa percentuale è generalizzata? Dalla prima parte del suo discorso, ho capito (forse, però, ho interpretato male) che vengono applicate anche condizioni diverse.

LEOPARDI. Sì, in alcuni casi si tratta del 33 per cento.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Allora, vorrei capire le modalità, che per mia ignoranza (nel senso etimologico del termine, cioè dal verbo ignorare) non conosco.

Lei si è riferito ad alcune ipotesi di soluzione, come l'incremento di farmaci generici, la partecipazione dell'assistito ed il monitoraggio della spesa farmaceutica. Vorrei capire come e quanto, secondo voi, oggi viene applicato il monitoraggio sul territorio nazionale, al di là dell'esperienza di Lecco. In verità, in Lombardia, si è registrato un aumento eccessivo della spesa farmaceutica del territorio (e tralascio quella ospedaliera), in seguito al quale quindi si sta effettuando un attento monitoraggio; per il momento, però, non mi risulta che siano stati forniti risultati concreti.

Vorrei sapere come e quanto voi contribuite oggi al monitoraggio della spesa che viene effettuato a livello ministeriale.

LEOPARDI. Contribuiamo al monitoraggio con i dati mensili della spesa farmaceutica. Ogni farmacia consegna la distinta contabile, nella quale sono raggruppate, a mazzette da cento, tutte le ricette; quel dato, tramite la Federfarma, viene passato al Ministero della salute, che a fine mese dispone dei dati di spesa, che però sono complessivi, cioè non entrano nel merito.

Ritengo che vada messo un freno sia alla prescrizione del medico (laddove essa è abnorme) che alla richiesta del cittadino. Mi sembra, infatti, vi sia una particolare propensione al consumo del farmaco.

Per quanto riguarda gli sconti, non dispongo dei dati che lei, senatrice Baio Dossi, mi ha chiesto ma ritengo che circa il 20 per cento delle farmacie possa fruire di simili vantaggi economici.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Le pongo una domanda che vuole apparire ingenua, perché non intendo assolutamente dubitare della vostra correttezza. Vorrei capire come e quanto, come categoria, voi siete consapevoli del fenomeno del comparaggio in Italia. Vorrei sapere come agite nel caso in cui rilevate questo fenomeno, perché presumo che una vaga conoscenza di esso l'abbiate avuta.

LEOPARDI. Il farmacista, ammesso e non concesso che si accorga di un orientamento del medico verso una ditta o un'industria in particolare,

non ha strumenti per operare. Il farmacista deve soltanto – come si dice in gergo – «spedire la ricetta».

FASOLINO (*FI*). In qualche caso, può capitare che il farmacista non abbia il medicinale prescritto dal medico, ma abbia un deposito ragguardevole di un medicinale analogo, anche se non della stessa casa farmaceutica. Si tratta di un problema che si presenta spesso. Anche su questo, quindi, credo vada prestata una certa attenzione, perché anche il farmacista sicuramente interviene nell'approvvigionamento di determinati tipi di farmaci. Per quanto ne sappia, non ci sono segnali in questo senso, ma vorrei sapere anche da lei se in qualche altra parte d'Italia viene eseguito un monitoraggio giornaliero della spesa farmaceutica attraverso un sistema comunicativo tra aziende e farmacie.

LEOPARDI. So che esiste solo a Lecco.

TATÒ (*AN*). Vorrei sollevare una questione, anche se in parte essa è già stata soddisfatta dalle risposte precedentemente fornite alle domande dei colleghi Baio Dossi e Fasolino. È opinione comune – ahimé – che vi sia un'intesa, per quelli che praticano il comparaggio, tra rappresentanti di ditte, medici e farmacisti. In particolare, il rappresentante si reca periodicamente in farmacia per chiedere quale medico prescrive i prodotti della sua casa farmaceutica. Se questo fenomeno si verifica, quale contributo pensate di dare per combattere il comparaggio?

LEOPARDI. Siamo ovviamente contrari al comparaggio in quanto l'aumento della spesa farmaceutica pubblica porta a situazioni quali quelle di Napoli, della Calabria e della Sicilia, dove alcuni colleghi aspettano i rimborsi da più di 12 mesi. Siamo favorevoli ad una spesa farmaceutica ordinata, giustamente finanziata e correttamente esperita. Effettivamente vi è richiesta di informazione, ma il farmacista non possiede strumenti concreti per intervenire sul medico e individuare e denunciare eventuali situazioni di comparaggio. L'Ordine dei farmacisti può soltanto implementare l'attività di informazione nei confronti dei propri iscritti per sensibilizzarli rispetto ai fenomeni di devianza.

ROTONDO (*DS-U*). Mi spiace tornare su quest'argomento che, purtroppo, si sta sviluppando in termini poco chiari. Esistono varie forme di comparaggio, una delle quali vede il farmacista come un elemento centrale del processo illegale. Il meccanismo posto in essere è il seguente: il farmacista riempie i propri magazzini di farmaci poco sostenuti dalla propaganda di aziende di grande rilevanza nazionale; quindi, unitamente al medico colluso condizionano le prescrizioni e conseguentemente la vendita del farmaco. L'Ordine dei farmacisti potrebbe e dovrebbe contrastare questa tipologia di comparaggio, giacché gli strumenti per intervenire in tal senso esistono. La Federazione è mai intervenuta per debellare questa

forma di paragone che vede il farmacista elemento centrale di tale processo?

LEOPARDI. Il nostro Consiglio nazionale ha approvato un codice deontologico al quale il farmacista deve scrupolosamente attenersi. Di frequente trasmettiamo circolari che richiamano l'obbligo e il rispetto non solo delle leggi ma anche del nostro codice deontologico. Pubblichiamo e inviamo una rivista quindicinale a 60.000 farmacisti. Si potrebbe cogliere questo spunto per svolgere un'opera di informazione sul farmacista affinché eviti di imbattersi in queste forme anomale e delittuose di comportamento. Questo è quanto rientra nelle nostre facoltà.

SANZARELLO (FI). Dalle parole del presidente Leopardi emerge la necessità di ridare dignità, decoro, autorevolezza, prestigio e affidabilità alla categoria dei farmacisti. Tale considerazione vale ovviamente anche per i medici. È preciso dovere degli ordini emanare direttive e modificare i codici deontologici in modo tale da creare norme a maglie più strette che rendano più difficile la commissione degli illeciti in un settore in cui il confine tra illecito e lecito è molto sfumato. Pur tuttavia, in tutte le sue sfaccettature e a prescindere dalla presenza del medico connivente, il farmacista costituisce un crocevia essenziale nel fenomeno del paragone.

Spesso si verifica che il farmacista, più o meno volutamente, non dispone del farmaco prescritto ma di un prodotto analogo per composizione, posologia e costo. Questo fenomeno si verifica soprattutto nelle aree rurali dove vi è solo una farmacia e l'approvvigionamento dei farmaci avviene magari dopo due giorni. Nel caso suindicato, il farmacista restituisce la prescrizione medica con l'indicazione del prodotto disponibile e il medico si vede perciò costretto a modificare la prescrizione. In tal modo, senza alcun aggravamento di costi e senza venire meno all'impostazione posologica o terapeutica del medico, s'indirizza il mercato. È un fenomeno che si verifica più frequentemente di quanto non s'immagini: è un primo passo attraverso il quale s'imprime un certo indirizzo al mercato, che porta inevitabilmente alla creazione di organizzazioni successive, che vedono il coinvolgimento di medici e farmaci particolarmente costosi. È doveroso individuare un meccanismo che prevenga questo fenomeno. Allo stato è ancora un fenomeno di microcriminalità che può trasformarsi però in una vera e propria organizzazione, trattandosi di un meccanismo che produce redditi aggiuntivi fortemente appetibili. Si rischia di dare avvio ad un processo inizialmente banale che poi, allettando i soggetti coinvolti, può diventare molto grave.

È necessario perciò individuare una modalità di intervento, tenuto conto che il medico non può protestare se gli viene proposto un farmaco di identico prezzo, di analoga posologia e di uguale composizione. Il farmacista può obiettare che non vi è motivo di prescrivere un farmaco non disponibile quando ve ne è un altro a tutti gli effetti identico subito disponibile, con ciò indirettamente accusando il medico di paragone. Il medico, di conseguenza, per non essere sospettato di tale reato, modifica la

ricetta. In questo piccolo meccanismo, che nelle farmacie rurali è un fatto quotidiano, si annida il primo momento del comparaggio, che vede il farmacista come crocevia fondamentale. A mio giudizio, sarebbe opportuno rivolgere una particolare attenzione a quest'aspetto.

LEOPARDI. La funzione del farmacista in questa situazione e conseguentemente dell'Ordine va analizzata in rapporto alle possibilità d'intervento. L'Ordine, al di là di una forma di catechesi, di continua e costante manifestazione di come deve essere il comportamento, non ha strumenti per intervenire. La farmacia collusa con il medico e con il propagandista non può essere sotto la tutela dell'Ordine. Per tale motivo, mi sono permesso di suggerire un monitoraggio attraverso il quale l'Azienda sanitaria locale verifica giornalmente l'andamento della situazione e interviene. Se non si trasmettono questi dati ad un'autorità, ad un'istituzione, che può essere l'Ordine, l'Azienda sanitaria locale, la Regione, come si può sperare di venire a conoscenza del fenomeno? Questo è quanto mi domando e chiedo anche a voi.

BOLDI (LP). I colleghi che mi hanno preceduto hanno in parte formulato le domande che intendevo rivolgerle. Non vi siete mai accorti che tra i vostri associati è presente il fenomeno del comparaggio? Prima di far intervenire per forza una legge che preveda sanzioni dure e metodi draconiani che, come sempre succede, eliminano qualsiasi forma di distinzione, e al di là del codice deontologico, non sarebbe forse necessaria un'azione più decisa di moralizzazione e informazione da parte dell'Ordine nei confronti dei farmacisti?

LEOPARDI. Già lo facciamo e possiamo comunque rifarlo. Senatrice Boldi, nella mia carriera anagraficamente lunga, ho assistito ad un solo processo per comparaggio nel 1960, quello riguardante la Lisafarma di Como. Per il resto, ho appreso in questi giorni dalla stampa che la Guardia di finanza sta indagando su fenomeni di comparaggio. Allo stato, sono queste sono le conoscenze in mio possesso. Abbiamo fatto e faremo ancora opera di convincimento e persuasione per i pochi farmacisti fuorviati nel comportamento. Ripeto, questo è quello che possiamo fare.

PRESIDENTE. Vorrei significare brevemente due punti che potranno esserci utili per il lavoro che dovremo svolgere in futuro.

Il dottor Leopardi ha inizialmente rilevato che il farmacista è, in sostanza, uno spettatore rispetto ad un rapporto che vede invece coinvolti il medico e l'industria. Alla luce delle domande puntuali formulate dai colleghi, non credo che il presidente della Federazione possa negare che il farmacista non sia soltanto uno spettatore: in alcuni casi può essere attore, protagonista o coprotagonista del sistema. Non è dunque ammissibile che l'Ordine non abbia gli strumenti idonei per prevenire e perseguire i comportamenti illeciti.

Ieri ed oggi i rappresentanti del Ministero della salute ci hanno riferito che in Italia esiste un ottimo sistema informativo di controllo. A quanto sembra, tutti i dati relativi alle prescrizioni sono raccolti addirittura a livello nazionale, tant'è vero che è possibile raggiungere un livello periferico quale quello cittadino. Verificheremo ovviamente come e se funziona l'attuale sistema.

Le risulta che esistono sistemi informativi alternativi? In caso affermativo, le risulta che essi vedono coinvolti anche il sistema farmaceutico? Il termine «alternativo» è inteso nel senso di sistemi non orientati a monitorare il corretto uso del farmaco, ma la corretta politica di incentivazione della vendita dei farmaci, cioè a monitorare il comparaggio.

LEOPARDI. So che l'IMS svolge queste indagini per conto delle industrie farmaceutiche.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Leopardi per la disponibilità dimostrata e per le preziose informazioni forniteci e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,20.