

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA POLITICA DEL FARMACO IN ITALIA

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 MAGGIO 1995

Presidenza del presidente ALBERTI CASELLATI

INDICE

Audizione del sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 11
CAMPUS (<i>Forza Italia</i>).....	7, 8, 9 e <i>passim</i>
CARELLA (<i>Progr. Verdi-La Rete</i>)	11
CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica..	3, 7, 8 e <i>passim</i>
MARTELLI (AN)	9, 10
MONTELEONE (AN)	10

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica, ingegner Alberto Carzaniga.

I lavori hanno inizio alle ore 16,35.

Audizione del sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica, ingegner Carzaniga

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla politica del farmaco in Italia, sospesa nella seduta del 23 novembre 1994.

È oggi in programma l'audizione del sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica, ingegner Alberto Carzaniga.

Lo ringraziamo per la sua rinnovata disponibilità, dal momento che lo abbiamo invitato più di una volta, ma per varie ragioni, dovute anche al contemporaneo svolgimento dei lavori dell'Aula e della Commissione, non abbiamo potuto dar luogo a questa audizione.

In particolare, vorremmo sapere come il CIPE ha agito in passato e come intende agire in futuro per la determinazione dei prezzi dei farmaci.

Do senz'altro la parola al sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica, ingegner Carzaniga.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica.* Signor Presidente, signori senatori, il problema sul quale vi relazionerò concerne la questione della determinazione del prezzo dei farmaci, la quale è composta da una serie di problemi che possiamo così sinteticamente esporre per capitoli.

In primo luogo, vi è la legge finanziaria che ha stabilito dei «plafonamenti» e ha fornito delle indicazioni su come devono evolvere i prezzi; poi vi sono delle politiche che si stanno delineando sulla base di incontri, di studi e di orientamenti, di cui vi dirò.

Infine, vi è il problema di capire, al di là della normativa, quale è la sostanza della questione. Al termine di questa esposizione, contenente strutture normative, dati e numeri che sono riuscito a raccogliere, vorrei esporvi quale è l'idea che mi sono formato sulla sostanza vera del problema.

Iniziamo con la cronologia dei provvedimenti in materia di prezzi dei farmaci.

Le norme che regolano il prezzo dei farmaci sono contenute nelle seguenti disposizioni.

La legge 24 dicembre 1993, n. 537, articolo 8, comma 12, dispone il regime di sorveglianza dei prezzi dei farmaci, esclusi quelli da banco.

La delibera CIPE del 25 febbraio 1994, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 74 del 30 marzo 1994, concerne l'individuazione dei criteri per la determinazione del prezzo medio europeo d'acquisto delle specialità medicinali.

La delibera CIPE del 16 marzo 1994, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 30 aprile 1994, concerne modifiche ed integrazioni alla delibera del 25 febbraio 1994 citata.

La delibera CIPE del 24 giugno 1994, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 1994, sospende l'efficacia delle precedenti delibere per un periodo di 45 giorni.

La delibera CIPE del 3 agosto 1994, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 1994, conferma la validità dei prezzi pubblicati secondo i criteri stabiliti nella delibera del 25 febbraio 1994, prevedendo - senza porre termini - una futura delibera modificativa dei criteri di determinazione del prezzo medio europeo.

La delibera CIPE del 22 novembre 1994, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 286 del 7 dicembre 1994, dispone sulla pubblicazione delle specialità di nuova registrazione.

La delibera CIPE del 10 gennaio 1995, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 20 del 25 gennaio del 1995, concerne la modalità applicativa dell'articolo 7, comma 2, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, in tema di riduzione del prezzo dei farmaci. Questa normativa non è altro che la legge finanziaria, che stabilisce l'obiettivo per il 1995 in 9.000 miliardi, IVA inclusa, un'altra serie di riduzioni e sostanzialmente afferma che vi deve essere un risparmio di 450 miliardi sulla spesa per il 1994.

Sull'*iter* applicativo delle citate norme è stato predisposto un apposito allegato (allegato 1) di cui vi darò una rapida lettura.

La legge 24 dicembre 1993, n. 537, all'articolo 8, comma 12, ha istituito il regime di sorveglianza dei prezzi delle specialità medicinali, esclusi i medicinali da banco, investendo il CIPE del compito di indicare le relative modalità di applicazione, ma fissando al contempo il vincolo del tetto massimo costituito dalla media dei prezzi dei prodotti similari con lo stesso principio attivo in vigore nella Comunità europea.

Il successivo decreto-legge 30 dicembre 1993, n. 552, all'articolo 1, comma 2, ha disposto il termine di 60 giorni per la fissazione da parte dei CIPE dei criteri per la definizione del prezzo medio europeo rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale e per l'emanazione della conseguente disciplina anche relativamente all'applicazione del regime di sorveglianza.

Con decreto interministeriale del 4 gennaio 1994 è stata costituita una commissione di studio delle problematiche inerenti la materia con il compito di fornire al CIPE idonei elementi di valutazione.

In data 25 febbraio 1994 il CIPE, in ottemperanza al citato decreto-legge, ha adottato la delibera base in materia, che è stata pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 74 del 30 marzo 1994.

Con successiva delibera del 16 marzo 1994, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 30 aprile 1994, il CIPE ha dettato le procedure per la sorveglianza (autocertificazione e pubblicazione prezzi) e ha indicato nella segreteria del CIPE l'organo di sorveglianza preposto.

Con altre due delibere in data 13 aprile 1994, pubblicate nelle *Gazzette Ufficiali* n. 88 del 16 aprile 1994 e n. 129 del 4 giugno 1994 si è

provveduto rispettivamente, in ottemperanza all'articolo 1, comma 2, del decreto-legge n. 186 del 1994 nel frattempo intervenuto ad adottare i criteri per la determinazione del prezzo dei farmaci confezionati prodotti industrialmente (sulla falsariga di quelli fissati per le specialità); a modificare il termine di entrata in vigore dei nuovi prezzi determinati in applicazione della delibera 25 febbraio 1994, portandolo a 15 giorni dalla data della pubblicazione degli stessi nella *Gazzetta Ufficiale*, in seguito alle osservazioni della Federfarma sulla difficoltà di aggiornamento del sistema distributivo.

Il sistema di sorveglianza delineato dal CIPE è stato oggetto di critiche sia da parte degli industriali del settore (che hanno lamentato un'eccessiva penalizzazione a loro danno), sia di alcune associazioni per la difesa dei consumatori ed in particolare del Codacons (che viceversa hanno accusato il CIPE di essere troppo «accondiscendente» verso le imprese). Sono stati quindi proposti ricorsi al TAR del Lazio, con istanza di sospensiva, contro la delibera del 25 febbraio 1994 da entrambi i soggetti citati, sia pure con opposte motivazioni. L'8 giugno 1994 il TAR ha rigettato le istanze di sospensiva (ordinanza n. 577).

I punti contestati dalle aziende sono: 1) il riferimento europeo limitato a quattro Paesi e non all'intera Unione europea; 2) l'adozione per la conversione delle valute delle p.p.a. e non dei cambi valutari; 3) l'inclusione dei generici fra i prodotti di riferimento per il calcolo medio europeo delle specialità.

Su questo tema vi è stata una serie di questioni; io vi proporrei adesso di andare ulteriormente avanti, anche perchè non credo che vi interessi l'esposizione - che comunque accludo - di tutta quanta la normativa, al fine di arrivare il più rapidamente possibile al nocciolo della questione.

Credo che il problema del prezzo dei farmaci abbia poco senso se non cerchiamo di inquadrarlo nel più vasto problema della spesa sanitaria. La spesa per i farmaci rappresenta grosso modo il 10 per cento della spesa sanitaria complessiva e ho personalmente la sensazione che stiamo andando a sparare con degli obici navali contro delle mosche; infatti, predisponendo un impegno pari a quello odierno in tema di spesa farmaceutica, forse otteniamo risparmi maggiori.

Qual è lo schema per una politica di settore?

Insieme al Ministero della sanità e alla Presidenza del Consiglio abbiamo predisposto un appunto che è riportato nell'allegato 2, che vi lascio, e che scorrerò rapidamente.

Tanto per iniziare, abbiamo una sorta di dialogo triangolare con le organizzazioni sindacali, con i rappresentanti dei consumatori e con le organizzazioni dell'industria farmaceutica. Tra breve verrà riattivato il «tavolo» presso la Presidenza del Consiglio, al fine di esaminare un po' tutte le questioni sul tappeto.

In questo contesto stiamo cercando di individuare un punto di equilibrio unitario nei confronti del problema che possa costituire la politica del Governo.

Sostanzialmente abbiamo due filoni di intervento per l'attività del Governo nei prossimi mesi. Il primo filone riguarda l'attuazione delle misure da adottare ai sensi della legge n. 724 del 1994 entro il primo semestre di quest'anno, concernente il confezionamento ottimale e la veri-

fica dell'andamento della spesa 1995; il secondo filone concerne l'elaborazione dell'assetto a regime previsto per il 1996, che dovrà concernere sia il prezzo di riferimento che la revisione del prezzo medio europeo.

Per quanto riguarda il primo punto, cioè il confezionamento ottimale, è al lavoro la Commissione unica del farmaco, mentre per quanto riguarda la verifica dell'andamento della spesa 1995 vi è una previsione attuale, che comunque vi allego. Noi stimiamo che la spesa lorda, in assenza di interventi, sarà di 11.720 miliardi, dalla quale dobbiamo dedurre il *ticket* di 1.340 miliardi, per giungere ad una spesa netta di base per il 1994 di 10.380 miliardi di lire.

La riduzione di prezzo prevista dall'attuale normativa, cioè dalla legge finanziaria, del 2,5-5 per cento, a seconda della classe in cui debbono essere inserite le varie specialità medicinali, dovrebbe aggirarsi intorno ai 350 miliardi, mentre la riduzione del prezzo della media europea, con il trascinarsi della riduzione del prezzo medio per l'anno 1995, dovrebbe attestarsi intorno ai 325 miliardi. Con la riduzione dell'IVA dal 9 al 4 per cento vi sarà un risparmio di 447 miliardi. Il discorso delle confezioni ottimali dovrà portare una riduzione di 200 miliardi, il margine dei farmacisti, che è stato ridotto con un aumento dello sconto dal 2,5 al 3 per cento, dovrà fruttare un risparmio di 60 miliardi e la variazione del *ticket*, cioè il passaggio della quota fissa di ogni ricetta da 5.000 a 6.000 lire, un introito di 260 miliardi. In totale, stimiamo in questo momento che la spesa farmaceutica per l'anno 1995 dovrebbe collocarsi intorno ai 9.258 miliardi, avverso un obiettivo dell'ultima finanziaria di 9.000 miliardi di lire.

Quindi, in questo momento, dovremmo collocarci al di sopra del *target* fissato dalla legge finanziaria (9.000 miliardi) per un ammontare di circa 300 miliardi. Qual è il problema che vorremmo risolvere per costruire un'efficace politica farmaceutica e quindi un'adeguata politica sanitaria? Dovremmo cercare di precisare un pò meglio le competenze del CIPE, della CUF e dell'Istituto superiore di sanità estendendo le varie competenze.

Dovremmo creare condizioni di maggiore obiettività e trasparenza nell'adozione dei provvedimenti attuativi, al fine di evitare contrasti in merito all'interpretazione della norma e alla sua attuazione.

Dovremmo stabilire le modalità di applicazione del prezzo medio europeo e del prezzo di riferimento, cambiando i metodi. vi è poi il problema relativo all'individuazione delle categorie terapeutiche, alla verifica dei meccanismi in corso e di una serie di aspetti tecnici sui quali abbiamo una serie di questioni aperte, di dettagli che dovremmo chiarire.

Dovremmo inoltre tentare di dare all'industria maggiore programmabilità e un quadro di riferimento almeno triennale, evitando di intervenire con troppa violenza, di dare «sterzate» troppo marcate all'assetto in cui opera l'industria.

Ma, a mio avviso, la vera questione consiste nel restituire effettiva competitività nell'ambito del mercato farmaceutico. Per fare un esempio concreto, ho portato una confezione di aspirine contenente 250 compresse da 325 milligrammi acquistata negli Stati Uniti per 3,69 dollari, equivalenti a poco più di 6.000 lire, e una confezione contenente 10 compresse di aspirine da 325 milligrammi acquistata in Italia al prezzo

di 5.000 lire. In base ad un rapido calcolo, si può constatare che il costo dell'acido acetilsalicilico in Italia è di 1.538.000 lire al chilo mentre negli Stati Uniti è di 74.935 lire (considerando il cambio del dollaro a 1.650 lire).

Il vero problema è che la normativa vigente nel nostro paese si basa su un concetto di *marketing* ormai recepito da tutti noi, cioè che la produzione di prodotti farmaceutici sia da considerare diversa dalle altre produzioni. Questo non è assolutamente vero, vi è solo un problema di purezza, di qualità e quindi di normativa a tale proposito, ma non riguardo alla sostanza. Quindi, dobbiamo portare concorrenzialità all'interno di questo sistema, «sbaraccando» il più possibile tutto ciò che ha a che fare con il blocco della concorrenza.

CAMPUS. Il problema è come proteggere i brevetti.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Dobbiamo cominciare dividendo i prodotti farmaceutici in tre categorie. Per quanto riguarda i farmaceutici da banco, che si comprano anche senza ricetta medica, bisogna cercare di capire - e lo dico anche a me stesso - che, ad esempio, l'acido acetilsalicilico è acido acetilsalicilico e nient'altro. Dobbiamo cercare di capire che l'aspirina potrebbe essere venduta anche nei supermercati, come si vende il detersivo per piatti. Questo discorso vale solo per la vendita dei farmaci per i quali non è previsto l'obbligo della prescrizione medica.

Vi sono poi i prodotti farmaceutici per la cui vendita è previsto tale obbligo: a questa categoria appartengono sia i farmaci con brevetto valido che quelli con brevetto scaduto. Per questi ultimi, dovremmo richiamare il problema dei farmaci generici: per questi intendiamo farmaci con brevetto scaduto, cioè prodotti per i quali si riconosce che la molecola utilizzata, il principio attivo che contengono ha determinate proprietà terapeutiche che sono notissime perchè, se il brevetto è scaduto, significa che si tratta di un prodotto utilizzato ormai da decenni, sul quale si sa tutto. Per tali prodotti dovremmo trovare il modo di unificare le procedure di validazione in base alla molecola utilizzata, ma ancora queste non sono state individuate: il problema non è di facile soluzione non trattandosi di detersivi per piatti.

Per tornare all'esempio dell'aspirina, le proprietà dell'acido acetilsalicilico sono ormai conosciute da tempo e quindi, non essendoci vincoli di brevetto, per la sua produzione chiunque potrebbe essere autorizzato. Certo, occorre individuare un'*authority*, un laboratorio, un organo che comunque controlli e certifichi la qualità del prodotto, ma questo dovrebbe avvenire al di fuori di una specifica e formale autorizzazione ad una particolare industria produttiva, basandosi sulle indicazioni imposte ai produttori e pubblicate, su cui non vi è possibilità di creare barriere all'arrivo sul mercato, effettuando - ripeto - solo un controllo di qualità. Diversamente, continueremo a trovarci di fronte a situazioni analoghe a quella che ho richiamato poc'anzi come esempio.

I farmaci con brevetto scaduto, sotto il profilo della produzione, non sono diversi da altri prodotti, per cui dovremmo arrivare ad avere per questi libertà di importazione e di esportazione. Così come è possibile importare ed esportare benzolo liberamente (tanto per fare un

esempio), ugualmente dovrebbe essere consentito per una molecola definita, nota e autorizzata dal Ministero della sanità, a prescindere dal fatto che sia prodotta in Corea, in Italia, in Cina o in qualsiasi altro Paese.

La questione del prezzo di riferimento dei farmaci generici, secondo me, deve essere posta in un'ottica di liberalizzazione, la più vasta possibile, anche un po' non convenzionale. Si è detto che sul problema dei farmaci andiamo a sbattere contro la concezione che i farmaci siano un prodotto diverso dal punto di vista chimico rispetto ad altri prodotti. Il problema chimico non è diverso da quello che si pone per produrre qualsiasi altra molecola; in questo caso vi è in più solo un problema di qualità e di purezza.

Pertanto (sia pure con fatica, per trovare tecnici ed economisti in questo campo, per rispettare la dizione della legge, cioè trovare persone indipendenti da interessi particolari), siamo riusciti finalmente ad elaborare un decreto, datato 11 maggio 1995, con il quale è istituita, presso il CIPE, una commissione per l'elaborazione di criteri per l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento dei farmaci, come previsto dalla legge 23 dicembre 1994, n. 724.

Tale commissione, presieduta dal Sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica, con delega di segretario del CIPE, è composta dal professor Garattini, dalla professoressa Ceci, dai professori Onida e Borgonovi (esperti in economia farmaceutica), dalla dottoressa Bitetti, dal dottor Sciotti, dal dottor Lupi e dal dottor De Rinaldis.

Questa è la Commissione che deve fornire i criteri per stabilire il prezzo di riferimento.

Per quanto riguarda i compiti, la commissione dovrà disporre entro il 30 luglio 1995 una relazione sui criteri classificativi e sulle possibili modalità di determinazione del prezzo dei farmaci, ai fini dell'eventuale introduzione del nuovo sistema.

Questo organismo è stato istituito con un decreto ministeriale che siamo riusciti ad emanare soltanto l'11 maggio scorso. Vi prego di credere che ce l'abbiamo messa tutta per cercare di fare il prima possibile; il problema è stato trovare una nuova figura, il «farmacoeconomista», prevista dalla legge ma non esistente in natura. Sicuramente le persone che compongono la commissione sono professionisti degnissimi, ma si tratta di economisti.

CAMPUS. Dobbiamo tener presente che, in base a quanto previsto dall'articolo 7 dell'ultima legge finanziaria, la commissione deve dare una risposta entro il 30 luglio prossimo.

CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica. Ci riuscirà con un pò di buona volontà.

Abbiamo cercato di individuare i compiti di questa commissione. Si tratta di una scaletta dei lavori per tentare di individuare le molecole di cui si cercherà di avviare la produzione in Italia. Si tratta di farmaci generici, di farmaci cioè che vengono prescritti sulla base della molecola attiva contenuta e non sulla base della marca. Il problema è tutto qui.

MARTELLI. E la molecola della molecola? La molecola corretta?

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Ho qui con me due confezioni di acido acetilsalicilico che si differenziano soltanto per gli elementi che ricoprono la compressa.

MARTELLI. Ciò non accade per tutti i farmaci. Ad esempio, un betabloccante ha una certa molecola di base che, a seconda delle variazioni in essa inserite, muta applicazione: può andar bene per un soggetto e non per un altro. Al contrario, l'acido acetilsalicilico resta quello che è perchè nessuno lo ha mai modificato: cambia solo la copertura, ma non muta l'effetto del farmaco. Come il betabloccante, però, anche altri farmaci mutano la propria applicazione allorchè viene modificata la molecola, nonostante la casa produttrice rimanga la stessa. Che cosa succede in quel caso?

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. È uno degli aspetti che non abbiamo ancora risolto. Al riguardo esistono due scuole di pensiero. La prima segue la stessa linea esposta ora da lei: gli effetti sono diversi e quindi la molecola trattata in un certo modo ha una certa destinazione, la molecola trattata in modo diverso muta applicazione, oppure non funziona. La seconda scuola di pensiero sostiene che questi effetti sono di second'ordine e, pertanto, in prima approssimazione possono essere trascurati. Va stabilito quindi il prezzo del betabloccante - riprendendo il suo esempio - che costa meno. Questa è l'ipotesi di lavoro. In altre parole, si stabilisce che il Servizio sanitario nazionale paga il farmaco che costa meno, ad esempio 100 lire; se l'utente vuole comprare lo stesso farmaco da 1.000 lire paga le 900 lire di differenza.

MARTELLI. Può accadere però che quello da 100 lire non serva a niente o abbia degli effetti collaterali. Che cosa succede in questo caso?

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Lei ha sollevato un ulteriore problema tra quelli che abbiamo. Il medico curante o il paziente non conoscono l'acido acetilsalicilico ma l'aspirina e, tra le aspirine, l'aspirina Bayer che dà più fiducia rispetto all'aspirina Brambilla. Il problema è come convincere il medico o il consumatore che l'aspirina Brambilla vale quanto l'aspirina Bayer. E questo è il secondo problema.

CAMPUS. Almeno per i medici è un falso problema.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Le assicuro che è un problema serio. Vorrei che mi si lasciasse passare una espressione molto sintetica: in questo ambito bisogna fare del «comparaggio» di Stato. Se i medici fanno pressione sui pazienti affinché consumino il farmaco che costa di più, occorre fare pressione sui medici perchè prescrivano il farmaco che costa di meno. Oc-

corre fare educazione, fare un'azione di *marketing*, perchè è di questo che si tratta. Dal punto di vista della produzione i farmaci non si differenziano da altri beni, però sono considerati qualcosa di diverso da tutto il resto, qualcosa avvolto da una specie di mistica del farmaco, appunto, che impedisce di trattarli come vanno trattati dal punto di vista economico e scientifico.

MONTELEONE. Visto che nessuno si è scandalizzato per il concetto che ha ora espresso, potrebbe fare un esempio più concreto?

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Ritornando al discorso iniziale, oggi il presidente del Consiglio Dini si è recato presso la sede della Confindustria e ha detto che cosa intende fare, un progetto al quale io ho lavorato per tre mesi di fila (e quindi sono molto soddisfatto): si farà la rete telematica di Stato, che è uno degli strumenti di base anche per una migliore spesa farmaceutica.

Ipotizziamo di aver superato tutte le difficoltà tecniche e, soprattutto, tutte le difficoltà burocratiche. Non so se sapete, infatti, che esistono all'incirca 50 diverse reti telematiche pagate dallo Stato, una incompatibile con l'altra. Ad esempio, ogni regione invia i dati che ci interessano con un formato che bisogna poi convertire perchè non sono compatibili gli uni con gli altri. Ebbene, dovremmo riuscire ad avere un *budget* per il medico di famiglia dandogli uno strumento che gli permetta di gestire la spesa sanitaria che lui induce, fornendogli nel contempo la cultura, l'informazione e le notizie.

MARTELLI. Quello che avviene in Inghilterra.

PRESIDENTE. Ed anche in Germania.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Non credo che siamo diversi dagli inglesi, dai tedeschi o dai francesi, ma incontriamo delle difficoltà ad avviare un certo discorso, dicendo cosa bisogna fare e come comportarsi di conseguenza. Vi è tutta una serie di ostacoli, ma dobbiamo pur sempre iniziare.

Ipotizziamo di avere un medico di famiglia ideale, il quale sappia individuare, ad esempio, il betabloccante giusto; ipotizziamo che disponga di un *budget* di spesa sanitaria indotta ed ipotizziamo che costui abbia la capacità professionale - e non c'è motivo in partenza per affermare il contrario - costui cercherà di mantenere il suo *budget*, gestendolo in funzione sia delle situazioni dei singoli, sia della situazione specifica economica della persona. Sappiamo bene che vi sono soggetti che hanno problemi con il modello 740, per cui sarebbero ricchissimi ma in quel momento non hanno una lira e, viceversa, persone che hanno molti soldi ma che sono poverissime se guardiamo la loro dichiarazione dei redditi. In questo modo, forse con un *budget* da affidare al medico di famiglia, riusciremmo a trovare una quadratura del cerchio più ragionevole e più efficace. Questa è una delle strade che stiamo cercando di percorrere.

CAMPUS. Avete mai pensato ad un prontuario aggiornato e gratuito per tutti i medici, dal momento che oggi non esiste? Forse è la strada più praticabile in tempi rapidi.

CARELLA. Tutti i medici ne hanno uno a disposizione.

CAMPUS. Sì, ma è quello fornito dalle case farmaceutiche e non contiene tutte le voci; ogni medico se lo dovrebbe andare a comprare per conto proprio.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Stiamo cercando di creare degli strumenti all'altezza della dimensione e della complessità del problema; se parliamo di *budget* medico dobbiamo essere in grado di controllarlo. Quest'ipotesi per ora è futuristica, ma dovremmo individuare una strada che ci porti in questa direzione.

Il compito della neo-istituita commissione di studi deve essere quello di apportare queste variazioni al prontuario farmaceutico e tentare, lavorando parallelamente alla Commissione unica del farmaco, di predisporre nuove confezioni più economiche e più adatte alla cura, facendo tesoro delle esperienze tedesche ed inglesi. In teoria, se arrivassimo al discorso del *budget* finanziario per i medici di famiglia potremmo prevedere un premio. Ad esempio, se un medico che gestisce un *budget* di un miliardo di lire si assume l'impegno di ridurlo del 10 per cento, qualora raggiungesse tale risultato gli si potrebbe corrispondere un premio dell'1 per cento.

CAMPUS. È necessario anche un controllo di qualità sui pazienti, cioè su quanti vivono!

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. La questione è che oggi - se mi si consente un'espressione non particolarmente paludata - stiamo tra l'uscio e il muro. Abbiamo un *budget* di 9.000 miliardi di lire per la spesa farmaceutica, vi sono numerosissimi provvedimenti che si accavallano e che bisogna rispettare, dobbiamo tener presente delle indicazioni che comportano una serie di problemi - ad esempio quello concernente il betabloccante - e dobbiamo anche rispettare un bilancio dello Stato con quei limiti che voi tutti conoscete meglio di me.

Quello che posso dirvi è che in questo momento non c'è un'idea precisa e definitiva; stiamo elaborando una serie di idee, ci stiamo mettendo e ci metteremo il massimo di impegno per muoverci nel rispetto di tutti questi vincoli. Per il resto, è inutile che vi preannunci dei risultati che - lo ripeto - in questo momento ancora non ci sono.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente il sottosegretario Carzaniga per la sua disponibilità dimostrata a fronte della difficoltà di poter effet-

tuare questa audizione a causa del persistente sovrapporsi dei lavori dell'Assemblea, che ostacolano una ordinata programmazione dei lavori in Commissione.

Rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Referendario parlamentare reggente l'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. SSA GLORIA ABAGNALE