

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA POLITICA DEL FARMACO IN ITALIA

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 12 DICEMBRE 1995

Presidenza del presidente ALBERTI CASELLATI

INDICE

Seguito dell'audizione del sottosegretario di Stato al bilancio e alla programmazione economica Carzaniga

PRESIDENTE	Pag. 3, 17, 21
BETTONI BRANDANI (<i>Progr. Feder.</i>)	5, 6
BINAGHI (<i>L.I.F.</i>)	4
CARELLA (<i>Progr. Verdi-La Rete</i>)	11, 13
CARZANIGA, <i>sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica.</i> 3, 4, 5 e <i>passim</i>	
DIONISI (<i>Rif. Com. Progr.</i>)	14
DI ORIO (<i>Progr. Feder.</i>)	11
MARTELLI (<i>AN</i>)	4, 5, 6 e <i>passim</i>
MONTELEONE (<i>AN</i>)	16
PEPE (<i>CCD</i>)	10, 11, 19
TORLONTANO (<i>Progr. Feder.</i>)	8, 19

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il sottosegretario di Stato al bilancio e alla programmazione economica Carzaniga.

I lavori hanno inizio alle ore 16,40.

Audizione del sottosegretario di Stato al bilancio e alla programmazione economica Carzaniga

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla politica del farmaco in Italia, sospesa nella seduta del 25 maggio 1995.

Riprendiamo l'audizione del sottosegretario Carzaniga, al quale dò la parola per una introduzione.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato al bilancio e alla programmazione economica*. Ritengo utile riepilogare brevemente i dati relativi alla situazione del mercato dei farmaci per quanto riguarda il 1994-1995, e poi riferire sulle previsioni per il 1996, legate anche alle decisioni già assunte o che dovranno esserlo a livello legislativo.

Dal 1° gennaio 1996 dovremmo apportare una revisione al listino prezzi, riportandolo ai livelli precedenti la finanziaria, con un conseguente onere previsto di 450 miliardi. In secondo luogo dovremmo procedere ad un riallineamento dei prezzi medio europeo, con un onere previsto di 180-200 miliardi. Intorno a questa stima vi è incertezza: tutto dipende da come verrà definito il prezzo medio europeo. Nel disegno di legge finanziaria attualmente in discussione viene riconfermato il tetto alla spesa farmaceutica in 9.000 miliardi. All'articolo 4, comma 10, è stabilito che l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale potrà registrare un incremento dell'8 per cento rispetto al tetto prefissato, fermo restando il mantenimento delle risorse finanziarie delle regioni nei limiti degli stanziamenti previsti.

La situazione che abbiamo ereditato è la seguente: la quota assegnata al Servizio sanitario nazionale è stata di 12.019 miliardi nel 1994 e di 11.469 miliardi nel 1995 (meno 550 miliardi); l'onere per IVA è stato di 993 miliardi nel 1994 e 529 miliardi nel 1995 (meno 464 miliardi); lo sconto alla distribuzione è passata da 301 miliardi nel 1994 a 302 miliardi nel 1995 (più 1 miliardo). Quindi, la quota assegnata al Servizio sanitario nazionale, al netto delle voci che ho richiamato, è stata nel 1994 di 10.725 miliardi e nel 1995 di 10.638 miliardi, con un ribasso di soli 87 miliardi. Il gettito derivante dal *ticket* è passato da 1.339 miliardi a 1.541 miliardi, con una differenza in positivo di 202 miliardi. La spesa pubblica, al netto dell'IVA, è quindi calata da 9.386 miliardi a 9.097 miliardi (meno 289 miliardi). Gli oneri a carico del cittadino sono stati, quindi, nel 1994 di 1.339 miliardi, mentre nel 1995 di 1.541 miliardi (202 miliardi in più legati alla differenza del *ticket*). In

sintesi, gli effetti della manovra finanziaria per il 1995 sono stati i seguenti. Lo Stato ha incassato 464 miliardi in meno per IVA; la distribuzione ha incassato 1 miliardo in più; il cittadino ha pagato 202 miliardi in più; l'industria, la distribuzione e i prezzi al consumo hanno visto incrementare la loro quota di 86 miliardi. In totale la variazione è stata di 753 miliardi.

Andiamo a vedere le previsioni per il 1996.

La spesa netta relativa al 1995 dovrebbe aggirarsi intorno ai 9.700 miliardi, mentre nel 1996, a legislazione invariata, dovrebbe essere dell'ordine di 10.430 miliardi, così composta: 9.500 miliardi di spesa a legislazione invariata; 450 miliardi per il ripristino dei prezzi del dicembre 1994; 180 miliardi come variazione del prezzo medio europeo; 300 miliardi per l'introduzione di farmaci innovativi. La spesa «inerziale», vale a dire senza ulteriori interventi, dovrebbe perciò ammontare a 10.430 miliardi.

È possibile una manovra di riduzione di spese e di risparmi: dico possibile perchè al momento non è stata ancora assunta alcuna decisione. Il decreto-legge adottato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministero della sanità, ha trovato copertura al «buco» verificatosi nel 1995, ma non ha affrontato ancora il problema della politica da attuare nel 1996. I risparmi previsti sono i seguenti: 50 miliardi per la introduzione dei farmaci generici; 50 miliardi per acquisti all'estero, a titolo di moderazione degli attuali prezzi interni; 30 miliardi attraverso l'introduzione di confezioni ottimali; 130 miliardi attraverso una politica di allineamento dei prezzi (prezzi uguali per farmaci uguali); 40 miliardi attraverso un controllo più oculato dei consumi da parte delle regioni. In totale sono 300 miliardi, che farebbero scendere la spesa netta per il 1996 da 10.430 a 10.130 miliardi. Con l'azzeramento dell'IVA (380 miliardi) questa cifra potrebbe scendere a 9.750 miliardi. Questi sono i dati da noi ritenuti più probabili in questo momento in relazione alla spesa farmaceutica prevista per l'anno 1996, rispetto al suo andamento nel biennio 1994-1995.

BINAGHI. Il problema dell'azzeramento dell'IVA, che è stato proposto al Senato nella legge finanziaria, ma non è stato approvato, è nuovamente in discussione a quanto mi sembra di aver capito.

CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica. Si tratta di una partita di giro. In questo momento riteniamo probabile che si arrivi alla determinazione, da parte del Parlamento, dell'azzeramento dell'IVA.

MARTELLI. Lei ha parlato di stesso prezzo per lo stesso farmaco: cosa intende per «stesso farmaco».

CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica. Il problema è quello del principio attivo. Come lei sa, in questo momento non c'è alcun provvedimento in questa direzione. L'opinione del Ministero del bilancio (espressa attraverso il Sottosegretario) è che si debba arrivare ad un concetto lievemente diverso rispetto a quello oggi prevalente, basato su alcuni elementi. Il punto principale è

che non dobbiamo più parlare di rimborso del prezzo dei farmaci, ma di premio assicurativo; in modo tale da svincolare il problema della politica sui prezzi da tutta una catena di possibili ricorsi al TAR, che potrebbero nascere nel momento in cui si parla di rimborsare il prezzo del farmaco. Se, invece, si parla di un premio assicurativo la questione si chiude, diventa un problema di politica: si fa oppure no, giusto o sbagliato che sia.

Abbiamo una serie di farmaci basati sullo stesso principio attivo. Questi farmaci per motivi storici, dovuti al tempo in cui sono stati introdotti, al modo in cui sono state applicate le riduzioni di prezzo, hanno vari prezzi sul mercato. La mia opinione è che per farmaci «vecchi» che non hanno nulla di innovativo, per i quali il brevetto è sostanzialmente scaduto (eppure lo è quasi dappertutto salvo che in Italia, per motivi storici) ritengo che il Servizio sanitario nazionale debba adottare una politica di contenimento dei prezzi limitandosi a pagare il farmaco, di quella certa famiglia di farmaci tra loro equivalenti, di prezzo più basso. Questa è la mia personale opinione.

MARTELLI. Lei sa meglio di me che un principio attivo può essere adatto per una certa malattia, per una determinata fascia di persone e non per altre. Un principio attivo può andar bene per un tipo di patologia cardiaca e per un determinato numero di pazienti, ma per altri. Allora bisogna utilizzare quel betabloccante, ma modificato. Penso al «poveraccio» obbligato ad assumere un farmaco che non adatto solo perchè lo Stato ha deciso di scegliere il farmaco con il prezzo più basso.

Qui non si sta pensando alla gente, ma soltanto a far risparmiare quattrini allo Stato. Il paziente povero dovrebbe usufruire di tutti i farmaci. Sarebbe meglio stabilire che per una data malattia si rimborsa una certa cifra, se si vuole un farmaco diverso si paghi la differenza.

Un betabloccante che va bene per la patologia di un paziente, può non andar bene per un altro. Se si tratta di un «poveraccio», che cosa accade?

CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica. Sono un povero ingegnere chimico esperto di saponette e di altro, non sono di betabloccanti. Comunque, c'è la CUF che stabilisce se pagare un betabloccante diverso da un altro oppure no. Ci sono persone esperte, istituzionalmente preposte a questo, che ci diranno quali sono i prodotti tra loro veramente equivalenti e quali no. Se ci saranno eccezioni queste saranno suggerite dalla CUF: noi ci comporteremo in modo equo.

MARTELLI. Basterebbe non parlare di principio attivo.

BETTONI BRANDANI. Non si tratta soltanto di un problema semantico.

MARTELLI. Si tratta di un problema importantissimo.

CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica. Avevo promesso di non riprendere più questo discorso,

però devo dire che serve a chiarire meglio le questioni. Alcuni principi attivi altrove costano 80.000 lire al chilo e qui in Italia costano 1.530.000 al chilo. Si tratta di un problema di equità.

MARTELLI. L'interferone beta è ormai accettato in tutto il mondo. Ora anche in Italia è utilizzato nella sclerosi multipla. In Italia ci sono oltre 500 pazienti i quali hanno fatto domanda alla CUF, che non ha risposto, e che da sei mesi usano un beta interferone prodotto dalla Serono, diverso da quello che usavano prima. Qualunque neurologo direbbe di non cambiare prodotto. Questa gente sta pagando questo interferone beta da tre anni di tasca propria, mentre prima era fornito dallo Stato.

È venuta da me una dottoressa che insegna in una scuola, che è disperata, perchè dice di aver chiesto un appuntamento ad un Sottosegretario, alla CUF, ed altri e di non aver mai avuto risposta. Intanto continua a pagare l'interferone di tasca propria.

Questi malati avrebbero forse dovuto chiedere al pretore di imporre alla USL di fornire questo farmaco. Si tratta di gente che viene da noi perchè i signori della CUF e del Ministero non rispondono alle loro richieste. A questi va data una risposta. Queste persone rischiano l'aggravamento della loro malattia; qualcosa va fatto e in tempi rapidi.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica.* Il problema dell'interferone beta è gravissimo e lo conosco anch'io che non mi occupo di sanità. Sottolineo, però, a questa Commissione che la variazione subita dall'industria italiana è stata di 86 miliardi nel 1995. Adesso si tratta di vedere se il tempo che io personalmente ho dedicato al prezzo dei farmaci è commisurato agli 86 miliardi di cui l'industria nazionale si è ampiamente lamentata sui giornali. La mia profonda convinzione è che finora abbiamo adottato una politica che non è stata punitiva nei confronti dell'industria farmaceutica, e mi fermo qui.

BETTONI BRANDANI. Ringrazio il sottosegretario Carzaniga per i dati che ci ha fornito. Prima di rivolgergli una domanda, vorrei fare una osservazione.

Il settore della farmaceutica credo abbia fatto registrare in questi ultimi due anni, una notevole contrazione della spesa; siamo passati infatti da circa 15.000 miliardi a 9.700 miliardi del 1995. È chiaro che questo non ha significato una contrazione dei bisogni e, quindi, del soddisfacimento delle esigenze del cittadino; tuttavia, complessivamente ritengo che l'utente, stante l'attuale sistema delle fasce, abbia una risposta adeguata ai suoi bisogni, anche se c'è stato uno spostamento di spesa a suo carico cui occorre tener conto. Pertanto, proprio in considerazione di ciò, sono del parere che il settore dei farmaci non sia ulteriormente comprimibile. Con questo non voglio dire che non si possano operare ulteriori razionalizzazioni ai fini anche di un contenimento della spesa, ma soltanto che in Italia abbiamo un problema - a cui peraltro, onorevole Sottosegretario, non le ho sentito far cenno - che quello dei farmaci innovativi, la cui spesa sicuramente non rientra in quei 9.700 miliardi previsti e di fatto spesi.

Inoltre, credo che esista un altro problema rappresentato da una falsa politica che si è sempre seguita in questo settore, per eliminare gli sprechi, le distorsioni e altre ben noti aspetti su cui non intendo soffermarmi in questa sede. A mio avviso, non è pensabile che in Italia venga introdotta una lista di farmaci da Terzo mondo. Credo, infatti, che i bisogni dei cittadini, la specializzazione e la cultura generale dei medici (su cui certo bisogna ulteriormente investire perchè sappiamo che alcuni di loro risultano tuttora prescrittori non corretti di farmaci) richiedano oggi risposte estremamente raffinate; per cui non si può continuare a proporre una politica del farmaco adatto per il Terzo mondo, ma non per l'Italia.

Il problema – secondo me – è quello di prevedere tutta una serie di razionalizzazioni, per le quali sicuramente vi è ancora spazio; di introdurre i generici (anche se a questo proposito occorre discutere su come si possa introdurre il generico in Italia); di discutere in maniera seria del metodo di determinazione del prezzo perchè il prezzo medio europeo è un parametro che – come abbiamo detto più volte – non significa nulla. Non esiste, infatti, un prezzo medio europeo in quanto i prezzi rispondono alle dinamiche interne dei vari paesi, le quali non sono equiparabili tra loro. Quindi, quello del prezzo medio europeo è un parametro che – a mio avviso – va comunque superato e ridiscusso.

Fatta questa premessa, vengo alla domanda. Onorevole Sottosegretario, rispetto all'introduzione del prezzo di riferimento e al documento discusso dal CIPE sul recepimento di quanto previsto dalla legge finanziaria dell'anno scorso, qual è l'opinione del Governo e quali adempimenti esso intende adottare?

CARZANIGA, sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica. Concordo totalmente con lei, senatrice Bettoni Brandani, sul problema del prezzo medio europeo. Da un punto di vista aritmetico e logico, infatti, è una tautologia poichè spesso il prezzo stabilito in Italia è uguale a quello degli altri paesi europei; siccome il prezzo della stessa medicina viene fissato in maniera uguale negli altri paesi rispetto all'Italia (almeno a livello di tentativo), arriviamo alla conclusione che il prezzo in Italia dovrebbe essere uguale a quello stabilito in Germania o in un altro paese della Comunità. Di fatto, questo non significa nulla.

Qual è dunque la mia opinione in proposito? In termini di politica dei prezzi, da quando mi occupo di questo difficile problema – difficile perchè non sono ancora riuscito a trovare consensi sulle soluzioni che, per quanto mi riguarda, ritengo corrette – sono giunto alla conclusione che per risolvere il problema del prezzo dei farmaci occorre segmentare il mercato, come sempre si deve fare quando non si è in presenza di un mercato unico.

A mio avviso, dunque, noi dobbiamo dividere il mercato almeno in tre fasce. La prima, quella dei prodotti da banco, per i quali non c'è oggi in Italia un livello di concorrenza sufficiente e i cui prezzi sono a livelli abnormi rispetto a quelli altrove disponibili. La seconda, quella dei cosiddetti farmaci «specialità», che poi non sono tali perchè si riferiscono a prodotti i cui brevetti all'estero sono scaduti da tempo. A questo riguardo noi dobbiamo aprire il mercato, bloccato in quanto non c'è suffi-

ciente concorrenza, e introdurre rispetto a questi farmaci, che si potrebbero definire generici, dei prezzi di riferimento. In proposito ho un'opinione forse troppo superficiale, però non riesco a comprendere tutte queste differenze; il vero problema è che noi abbiamo principi attivi che in alcuni casi sono disponibili a prezzi molto lontani da quelli che troviamo in farmacia, anche tenuto conto dei costi della distribuzione e del confezionamento, nonchè di un utile ragionevole per l'industria produttrice. Pertanto, dobbiamo intervenire in un solo modo, vale a dire liberalizzando il più possibile il mercato e abbassando il prezzo di tali farmaci. La terza fascia, infine, dovrebbe essere quella dei prodotti innovativi, per i quali in qualche caso significativo - forse anche più numerosi di quanto non appaia dalle mie parole - i prezzi interni sono più bassi rispetto a quelli praticati all'estero. A questo riguardo, dunque, dobbiamo trovare un modo per finanziare la ricerca, non solo quella passata, ma soprattutto quella futura per dar vita a altri prodotti innovativi. La mia tesi è anche dobbiamo arrivare ad un sistema a regime nel quale si addivenga, di fatto, ad uno scambio tra lo Stato e l'industria farmaceutica, che porti ad un rialzo dei prezzi per i farmaci effettivamente innovativi e ad un ribasso sostanzioso per tutti gli altri prodotti, inclusi quelli da banco.

Questa è la mia personale opinione. Su come raggiungere tale risultato abbiamo anche avviato dei contatti con le parti interessate e il consenso su questa linea è sempre stato molto vasto fintanto che non si parlava genericamente di prendere provvedimenti, per poi «sparire» nel momento in cui si arrivava a formulare un articolato da inserire in un decreto-legge. A questo riguardo, va detto che si sono scontrate due scuole di pensiero: quella del decreto «corto» e quella del decreto «lungo». Il decreto corto è quello che poi è stato effettivamente emanato, il decreto lungo invece avrebbe dovuto contenere misure anche per il 1996; alla fine, però, il Governo ha preso la decisione di emanare - spero soltanto per ora - il decreto corto.

Mi auguro con ciò di aver risposto, in modo sufficientemente esauriente, alla domanda della senatrice Bettoni Brandani.

TORLONTANO. Ringrazio il Sottosegretario per la sua presenza che mi dà la possibilità di soffermarmi su alcuni punti. Vorrei riprendere per un attimo il discorso delle molecole e dei principi attivi. Non possiamo giocare sugli equivoci: spesso piccole variazioni molecolari sono servite esclusivamente per far aumentare il prezzo del farmaco.

Il Sottosegretario ha fatto capire di non voler aggiungere altro; personalmente aggiungo soltanto che prima che venisse nominata questa CUF (tanto osteggiata perchè ha leso interessi non sempre pulitissimi) i prezzi venivano aumentati in modo assolutamente arbitrario, influenzando il CIP. C'è stato un «giro» di 30.000 miliardi di lire, di cui 15.000 spesi soltanto per «ungere» le ruote. Praticamente tutte le categorie professionali hanno avuto al loro interno le «mele marce», nessuna esclusa; anche per questo motivo mi indigno quando sento una categoria scaricare responsabilità su altre.

Queste cifre possono anche essere contestate; fatto sta che migliaia di miliardi sono stati utilizzati in modo scorretto. È noto che i componenti delle vecchie CUF arrivavano in Mercedes con autista, messi a

loro disposizione da case farmaceutiche. All'epoca, spesso venivano gabbellati come innovativi farmaci che presentavano soltanto piccole innovazioni della molecola e che non davano alcun effetto positivo. In ogni caso si possono individuare, tra i farmaci, quelli che danno un vantaggio effettivo.

Prendiamo il caso degli antiaggreganti. L'aggregante principale è l'aspirina, che ha il grosso difetto di costare poco. In Italia ha un costo, ma chi si reca negli Stati Uniti si accorge che con pochi soldi può comprarne interi pacchi. L'aspirina è ancora fra i farmaci cosiddetti essenziali. Ricordo che questo termine non lo si poteva neanche usare nel 1986; ci siano attirati un sacco di insulti, ci dicevano che volevamo portare l'Italia nel Terzo Mondo per non voler accettare tanti altri farmaci inutili, come i ricostituenti.

Non parliamo poi degli immunomodulatori, tra cui il TP1: qualcuno di essi è finito in fascia C, mentre altri sono stati esclusi del tutto, come il Cronassial, un farmaco a suo tempo intoccabile. Ricordo che se veniva nominato finiva per essere cancellato dai verbali. Abbiamo vissuto anche questo.

Nel corso della passata legislatura si è accantonato un fondo di 70 miliardi per necessità particolari dei pazienti che certe USL non hanno neanche utilizzato. C'è anche il problema dell'intolleranza a farmaci fondamentali come l'aspirina: in alcuni soggetti si può verificare una pseudoallergia all'aspirina, che può provocare anche reazioni gravi; a quel punto può essere usato il Ticlid, vale a dire la ticlopirina, che in questi casi diventa farmaco «essenziale».

Purtroppo in campo farmacologico non può quadrare tutto al cento per cento: anch'io sono tra quelli che ritengono che non sia opportuno giungere a eccessive riduzioni nel settore dei farmaci, a meno che non migliori la cultura medica. Ad esempio, per errate indicazioni terapeutiche oggi più della metà dell'albumina viene impiegata del tutto inutilmente. Deve cambiare la cultura dei medici: se gli ospedali fornissero indicazioni per la redazione dei prontuari la situazione già cambierebbe in meglio, perchè sarebbe influenzata l'attività dei medici, anche quelli esterni. Quel che è più grave è che quando alcune regioni hanno cercato di redigere un prontuario si è assistito ad una violenta rivolta, se non addirittura il ricorso alla Corte costituzionale da parte di alcune case farmaceutiche.

Vi è poi un'altra questione che desidero richiamare: quella riguardante i farmaci galenici, quei farmaci che possono essere preparati dai farmacisti. Purtroppo abbiamo costretto i farmacisti al ruolo di venditori, facendo loro perdere la professionalità acquisita in anni di studio. Non dico che sarebbero tutti contenenti di preparare farmaci galenici, ma almeno le farmacie degli ospedali dovrebbero avere la possibilità di preparare quei farmaci che è possibile confezionare nel laboratorio di un farmacista. Alcuni ospedali già lo fanno.

È vero che i fondi sono ridotti all'osso, ma ci sono ancora degli sprechi in parte legati anche alla nostra cultura medica. È triste, ma dovremmo parlare anche di come è stata gestita la farmacologica a livello scientifico.

A proposito di livello culturale, oggi in Italia addirittura si mette in dubbio il criterio della morte celebrale. È davvero mostruoso a tal pro-

posito che in un paese civile, come il nostro, ci si possa esprimere pubblicamente senza alcun riguardo per chi ascolta e per la verità sono in possesso della registrazione della trasmissione televisiva d'Italia mia benchè andata in onda su Rai 3: è davvero inconcepibile, è come se si facesse parlare un ignorante in televisione per dire che il sole gira e che gli astronomi sono degli asini. Domani, comunque, il Ministro ne parlerà, anche in relazione ad una interrogazione che abbiamo presentato.

Voglio affermare, in sintesi, che i farmacisti degli ospedali è bene che preparino anche i farmaci galenici.

In Inghilterra già alcuni anni fa i galenici costituivano un quarto dei medicinali che si vendevano in farmacia. Sono ora arrivati ad un terzo: non capisco il motivo per cui, se in Inghilterra le cose funzionano, in Italia invece non possa avvenire lo stesso.

PEPE. Vorrei puntualizzare l'incomprensione tra il Sottosegretario e il senatore Martelli per quanto attiene al prezzo per principio attivo. Ritengo che il Sottosegretario abbia voluto dire che un principio attivo prodotto da più case farmaceutiche deve essere pagato lo stesso prezzo, questo vale per il principio attivo modificato prodotto da diverse case farmaceutiche.

MARTELLI. Non credo che sia così.

PEPE. Un principio attivo che non viene prodotto da una sola industria farmaceutica, ma da più aziende, deve essere pagato lo stesso prezzo; credo che questa sia l'interpretazione delle parole del Sottosegretario.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. È così.

PEPE. Pertanto cade l'osservazione del senatore Martelli: la CUF ritiene che debba essere pagato allo stesso modo: sia se viene prodotto da un'azienda, sia da più aziende.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. La percentuale di principio attivo sul prodotto finale è sempre modestissima.

PEPE. Per quanto attiene al prezzo che lo Stato si accolla per l'assistenza farmaceutica, ritengo indispensabile ottimizzare i costi. Questo si può fare solo con la razionalizzazione della spesa, tenendo conto che non si devono assolutamente soffocare le aziende farmaceutiche, che sono state già abbastanza penalizzate - se si può dire - in quest'ultimo periodo. Bisogna tener conto dello stato di sofferenza delle farmacie, come abbiamo fatto in Commissione sanità e in Commissione bilancio durante la discussione della manovra finanziaria. Dobbiamo dare ossigeno alle case farmaceutiche, onorevole Sottosegretario, perchè ci sono molte aziende, anche della distribuzione, che versano veramente in condizioni pietose e molte di esse rischiano il fallimento.

Per quanto attiene alla preparazione dei galenici non sono affatto d'accordo con il collega Torlontano che prevede che ci possa essere la preparazione dei galenici nelle farmacie ospedaliere. Queste dovrebbero effettuare soltanto la distribuzione di confezioni ospedaliere e sarebbe opportuno che le confezioni ospedaliere fossero quanto più grandi possibile, perchè si può distribuire il prodotto nei reparti anche in modo sfuso, con un minor prezzo di confezione. Ritengo che sia assolutamente indispensabile che la preparazione dei galenici avvenga solo in farmacia, come sono assolutamente convinto che il farmaco - anche l'aspirina - debba essere venduto solo in farmacia. Magari eliminiamo i prodotti che poco si addicono a quella specifica professionalità, ma il farmaco deve essere venduto esclusivamente in farmacia; quindi, anche il farmaco galenico.

CARELLA. Sono d'accordo se ci sono prescrizioni mediche: ma se non ci sono: perchè il prodotto deve essere venduto in farmacia?

PEPE. Se si parla di farmaco questo deve essere venduto solo in farmacia. Copiamo, allora, gli inglesi; tanto facciamo sempre le pecore! Il farmaco deve essere venduto in farmacia, secondo me.

Per quanto attiene il prodotto innovativo, se è veramente utile lo stabilirà la CUF. Bisogna investire in questi prodotti innovativi, perchè se portano veramente un beneficio per la salute devono essere tenuti in considerazione.

Per quanto attiene il pagamento della ricerca, il Ministero della sanità dovrebbe fare attenzione davvero, perchè molti dicono di volgere ricerca, quasi tutti, ma la ricerca seria la fanno in pochi. Le aziende che operano seriamente vanno sostenute davvero. Ovviamente il ruolo della CUF è importantissimo e rimarrà importante se la stessa continuerà a volare alto.

Capisco perfettamente cosa voleva dire il senatore Torlontano: il problema lo avevo già posto. La CUF è indispensabile e ritengo anche che sia indispensabile che i suoi componenti restino in carica per un periodo molto limitato e che forniscano indicazioni vere, indipendentemente dal condizionamento che ogni uomo può subire.

DI ORIO. Approfittando della presenza del Sottosegretario, vorrei sviluppare alcune considerazioni per quanto riguarda la questione complessiva della politica del farmaco. Tra l'altro è di grande attualità perchè ho saputo oggi che un giornale sta dedicando alcuni articoli ai problemi relativi ai farmaci. Ho visto che c'è una certa frequenza sulla stampa di articoli in questo campo, che per la verità hanno un solo obiettivo, probabilmente corrispondente alla linea di quel giornale, ma che comunque forniscono un contributo sempre in maniera accettabile all'informazione se i fatti vengono esposti con chiarezza.

Vorrei ragionare su alcuni punti, a cominciare dal prezzo del farmaco rispetto al quale dobbiamo far riferimento ad alcune voci in particolare che cerco di riassumere: la ricerca scientifica, il costo della molecola, il principio attivo, il confezionamento e la distribuzione.

Parto innanzitutto dalla ricerca scientifica. Non so se al Sottosegretario risulti qualcosa dai dati in suo possesso, ma credo che la ricerca

scientifico nel campo dei farmaci nel nostro paese sia pressochè nulla. Credo che la maggior parte dei brevetti sia importata, si tratta di un punto che va sottolineato; ritengo che il *know how* prodotto dal nostro paese sia anche questo pressochè nullo negli ultimi anni; inoltre, la quota di ricercatori nelle case farmaceutiche, di coloro che svolgono ricerca in questo ambito sia fortemente diminuita e renda tutto insignificante. A questo punto ritengo debba essere posto il primo interrogativo rispetto a quanto il Sottosegretario diceva in premessa: qual è il ruolo dei farmaci innovativi?

Credo che, in questo momento, innovativi siano soltanto quei farmaci di cui possiamo acquisire il brevetto dall'estero; il *know how* in campo farmacologico nel nostro paese non viene realizzato e quindi in questo settore dipendiamo interamente dall'estero.

Un'altra considerazione che vorrei svolgere riguarda il costo complessivo. Mi risulta che il costo di produzione della molecola sia pressochè insignificante; allora c'è da chiedersi perchè non si fa ricerca nel nostro paese. Se, dunque, il costo della molecola di base incide in maniera del tutto irrilevante, rimangono il confezionamento e la distribuzione, voci rispettabili, ma che poco hanno a che vedere con il farmaco. Anche la realizzazione degli utili non è un elemento tipico del settore farmacologico, essendo presente in tutte le attività produttive del nostro paese. Pertanto, la domanda importante che ci dobbiamo porre è come mai si è arrivati agli attuali prezzi per quanto riguarda i prodotti farmaceutici.

Ebbene, io credo che occorra analizzare molto attentamente quella che è stata la politica del farmaco, sostanzialmente sotto la voce relativa alla promozione dei farmaci stessi. Noi sappiamo che sotto questo profilo - e mi riferisco soltanto alla promozione lecita, quella illecita riguarda la magistratura - dobbiamo considerare, innanzi tutto, il ruolo della prescrizione, nonchè le pressioni che le case farmaceutiche esercitano nei confronti di coloro che sono chiamati a prescrivere i singoli prodotti.

Quindi, tornando al ragionamento principale, vorrei capire come le voci citate in precedenza (ricerca scientifica, costo della molecola, confezionamento, distribuzione e promozione) pesino nella formazione del prezzo. A sensazione, sarei portato a dire che oltre il 70 per cento riguarda spese di promozione; non ho dati specifici al riguardo, però sono del parere che questa sia la voce sicuramente prevalente.

Un altro discorso che vorrei riprendere riguarda la Commissione unica del farmaco. Personalmente ritengo che la CUF, in passato, abbia esercitato un ruolo positivo e che, quindi, debba restare come organo di verifica; certo, anche lì si sono verificati episodi di malfunzionamento che però hanno riguardato singoli componenti, mentre mi pare che l'organo in sé debba essere ritenuto valido.

A questo punto, mi pongo un problema. Lei, onorevole Sottosegretario, ha detto che considera il settore farmaceutico affetto da limitata concorrenza, per cui bisogna in qualche modo liberalizzare il mercato. Posso convenire su questo giudizio, ma ritengo, per quanto ho detto in precedenza, che per quanto riguarda in particolare il settore italiano dei farmaci e l'occupazione in tale comparto un ruolo importante, al di là della liberalizzazione del mercato, lo possa giocare

la determinazione di un sostegno all'attività di ricerca farmaceutica svolta nel nostro paese.

Noi stiamo, infatti, in qualche modo ragionando - e lei, debbo dire, lo ha fatto molto bene finora - soltanto sul prodotto finito già immesso sul mercato. Ebbene, io vorrei sottolineare, invece, l'importanza di recuperare l'aspetto legato alla produzione del farmaco e quindi il ruolo della ricerca scientifica per quanto concerne la produzione del farmaco stesso.

A questo riguardo, ad esempio, ritengo sia importante chiederci - e quindi pongo a lei il quesito - se il nostro ruolo potrà mai diventare, dal punto di vista della produzione dei farmaci, autonomo rispetto all'estero. Questo - a mio avviso - dovrebbe essere un obiettivo importante da perseguire. Non so se lei, nel corso della sua esposizione, abbia sottolineato anche questo aspetto; ma, ad esempio, io non so esattamente quanto dipendiamo dall'estero per i brevetti. Pertanto, mi permetto di suggerire al Governo di ragionare fissando un *target* preciso, che deve essere quello di sostenere la nostra industria farmaceutica.

Ricordo ancora gli articoli giornalistici di qualche anno fa da cui risultava che la nostra attività in campo farmaceutico, per quote molto alte, riguardava farmaci poi collocati in fascia C; il che stava a significare che i farmaci più importanti erano tutti prodotti da aziende multinazionali. Ecco, io vorrei che noi avessimo la capacità di essere presenti sul mercato farmaceutico con prodotti seri anche per quanto riguarda la fascia A. Non so, infatti, se lei abbia notato, signor Sottosegretario, che in tale fascia non è presente alcuna specialità nazionale.

Questo, dunque, dovrebbe essere un obiettivo importante da perseguire, che avrebbe tra l'altro ripercussioni anche sul problema occupazionale a noi è caro; infatti, questo è un settore che, a seguito dell'opera di moralizzazione intrapresa, ha ricattato il paese agendo sull'occupazione. Questo credo sia un dato di fatto a lei ben noto. Quindi, per rilanciare la ricerca, ritengo che la strada da imboccare sia quella che ho precedentemente enunciato.

CARELLA. Condivido molte delle osservazioni svolte dai senatori Di Orio e Torlontano; pertanto, mi limito a rivolgere una domanda al Sottosegretario e a tutti i colleghi. Chiedo, cioè, se non bisogna interrogarsi su quello che è il ruolo dell'università nel campo della ricerca farmaceutica; quest'ultima, infatti, non può essere affidata esclusivamente all'industria italiana che, in realtà, è un'industria di commercializzazione dei prodotti.

Qual è dunque il ruolo dell'università nel campo della ricerca scientifica? Questo è il vero nodo che deve essere sciolto. Non credo, infatti, che la ricerca possa essere sviluppata soltanto dall'industria perchè - ripeto - quella italiana è un'industria che cura sostanzialmente il settore della commercializzazione. Sappiamo tutti che in Italia ci sono società farmaceutiche che non hanno mai fatto ricerca e che non hanno mai prodotto nulla. È grassimo anche che le multinazionali affidino la stessa molecola a industrie diverse, per cui sul mercato troviamo farmaci identici.

A mio avviso - e concludo - la crisi dell'industria farmaceutica italiana è dovuta, in parte, anche alla carenza di un'adeguata attività di ricerca scientifica a livello universitario.

DIONISI. Innanzitutto voglio ringraziare il sottosegretario Carzaniga per la disponibilità dimostrata nel venire qui in Commissione a fornirci tutti gli elementi necessari per ragionare con maggior cognizione di causa su tutta la politica del farmaco.

Diamo atto a questo Governo di aver affrontato un nodo assai importante, anche sulla spinta di quanto operato dal precedente Governo: problematica del farmaco è stata di fatto trattata in termini più corretti.

D'altra parte, alcuni dati stanno a dimostrare come la politica del farmaco si sia incanalata su un percorso di maggiore trasparenza rispetto al passato. Se facciamo i conti degli ultimi anni ci accorgiamo che la riduzione della spesa farmaceutica si aggira intorno ai 5.000 miliardi. Questo fa riflettere sullo sperpero avvenuto in passato.

Dobbiamo rivendicare un ruolo di tutta la sinistra e in particolare del nostro Gruppo che ha combattuto per l'introduzione di elementi di correzione. Va dato atto alla CUF di aver svolto un buon lavoro, anche se sicuramente non è stata raggiunta la perfezione e occorrerà qualche altra «pulizia».

Come è noto, siamo favorevoli ed una ulteriore semplificazione della divisione dei farmaci: siamo per due sole fasce di farmaci, senza che in questo modo ci si appiattisca eccessivamente sulle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (secondo cui con meno di 300 farmaci si riesce a combattere tutte le patologie esistenti sul nostro pianeta). Appiattirci su questa cifra significherebbe negare la natura e la collocazione della nostra nazione a livello internazionale. In fondo l'Italia, con tutti i problemi che pur conosciamo, è uno dei paesi più avanzati al mondo su questo fronte: per questo ritengo che una spesa farmaceutica come quella raggiunta nell'ultima gestione sia abbastanza fisiologica per una nazione come la nostra.

È necessario raggiungere un equilibrio tra produzione, posti di lavoro e contenimento della spesa: in questo senso il lavoro finora compiuto è stato apprezzabile, anche se dobbiamo insistere su questa linea. L'*optimum* sarebbe, dal nostro punto, la suddivisione tra farmaci di fascia A, in cui figurino quelli la cui attività sia scientificamente dimostrata, e farmaci di Fascia B, con un mercato più protetto e a totale carico dei cittadini che vogliono farne uso sulla base di una corretta prescrizione medica.

Francamente non mi sento particolarmente esperto di questo settore della produzione, però ragionando per analogia credo di poter dire che siamo di fronte ad una ristrutturazione, ad una riorganizzazione dell'apparato produttivo dei farmaci e, quindi, di fronte ad un nuovo riassetto. Parlando con alcuni operatori del settore abbiamo appreso che ormai le aziende più importanti anche a livello italiano sono parti di multinazionali: occorre fare i conti perciò con questa realtà e considerare questo dato ormai strutturale per la nuova riorganizzazione dell'apparato produttivo.

Prima il collega Di Orio auspicava un sostegno ed una riproposizione dell'industria farmaceutica nazionale: questo significherebbe un po' pensare ad un ritorno al passato. Ormai la ristrutturazione è già avvenuta, dato che le nostre industrie fanno ormai parte di multinazionali: questo dovrebbe indurci a fare i conti con le modificazioni strutturali intervenute e ad affrontare tutte le problematiche della ricerca e della brevettabilità dei farmaci.

So che cambiano continuamente posizione rispetto alla questione dei brevetti sia le forze politiche sia i cultori della materia, influenzati dal momento politico che stiamo attraversando. Questo accade anche in ragione del fatto che è assai difficile mettere la parola fine sul tema dei brevetti. Da una parte, il brevetto garantisce coloro che investono nella ricerca di nuovi farmaci, ma al tempo stesso impedisce un libero esercizio della competitività. Il brevetto serve a stabilire un monopolio e, quindi, a garantire i profitti alle case che hanno investito nella ricerca: da questo punto di vista si pone il problema di un sostegno alla ricerca anche nel nostro paese.

Prima il collega Di Orio ricordava che da tempo l'industria e la ricerca farmaceutica non producono molecole originali capaci di conquistare anche i mercati esteri: purtroppo questo è il risultato di una politica della ricerca che non a caso vede il nostro paese nelle ultime posizioni, a causa dello scarso impegno dello Stato su questo versante. Tuttavia, per quel poco che lo Stato investe in questo settore, dobbiamo pur dire che questi sono costi che poi non si ritrovano nel prezzo dei farmaci. Non vorrei dire una inesattezza - forse il Sottosegretario può correggermi - ma se un'industria farmaceutica riceve un sostegno per la ricerca di uno o più farmaci, poi tutto sommato questo sostegno statale dovrebbe incidere sul prezzo del farmaco, dal momento che si tratta di spese sostenute non dall'impresa, ma dallo Stato che interviene in questo settore, immagino, su progetti finalizzati o su richiesta da parte delle industrie farmaceutiche.

Quando noi parliamo dei ricavi e dei profitti delle imprese, probabilmente questo è un elemento da tenere in considerazione, perchè si tratta di un sostegno che va direttamente alle imprese farmaceutiche. Credo, poi, di non scoprire niente di nuovo, di non essere eccessivamente malizioso se affermo che forse anche l'apparato statale della ricerca, gli istituti di farmacologia stanno a supporto delle case farmaceutiche. Qui probabilmente sarebbe necessaria una maggiore trasparenza per vedere come il lavoro delle università e degli istituti di farmacologia si ripercuota nella produzione e quali collegamenti esistano tra mondo accademico e mondo dell'industria. Non esiste solo il «Mario Negri» e i rapporti di questo istituto con l'industria farmaceutica; sicuramente esistono anche rapporti tra le nostre università, gli istituti di ricerca e di farmacologia e l'industria farmaceutica. Sarebbe necessario indagare, anche se non è il caso di sollevare un altro polverone per ricercare l'ennesimo scandalo, che ormai è quasi diventato uno sport in Italia, solo perchè lo Stato possa meglio calibrare la sua politica anche in questo settore. Tra l'altro, occorre portare alla luce tutto questo settore sommerso in modo che con maggiore rigore e correttezza si possa intervenire in tutta la politica del farmaco, anche per l'eventuale definizione dei prezzi.

Mi sembra che tutto il dibattito svolto sulla precedente legge finanziaria rispetto al prezzo medio europeo in qualche modo venga di fatto stravolto. Richiamo anche il dibattito che si è svolto tra noi: l'anno scorso avevamo abbandonato la questione della definizione del prezzo medio europeo perchè si introducevano degli elementi che non ci convincevano, perchè avevamo compiuto anche una riflessione rispetto alla capacità di determinare le scelte delle case farmaceutiche non solo nel nostro ma anche negli altri paesi europei; avevamo abbandonato la questione del diverso assetto di altri paesi europei (per esempio del Portogallo, dell'Olanda, eccetera) e della disomogeneità dei loro dati.

Adesso vedo con prepotenza riemergere la scelta del prezzo medio europeo. Credo che anche su questo si debba riprendere un confronto per approfondire in modo netto la questione e per assumere le responsabilità di una scelta quanto meno assunta alla luce del sole.

MONTELEONE. Signor Sottosegretario, mi associo ai ringraziamenti che ha ricevuto dai colleghi per la sua presenza ai nostri lavori. Svolgerò soltanto delle brevi osservazioni su argomenti comuni a quasi tutta la Commissione. Sono dell'avviso che non ci dobbiamo limitare a quanto lei ha prodotto in termini prettamente numerici; tradotto in soldoni, lei ci ha fatto capire che in questa situazione lo Stato ha bisogno di recuperare ben 730 miliardi. Allora, se la politica del farmaco deve essere vista in queste cifre, cambiano molti discorsi e bisogna orientarsi diversamente.

Dopo le grandi abbuffate, dopo le facili elargizioni protette degli anni scorsi era facilmente prevedibile che si dovessero arrivare le indigestioni e quindi la necessità di doverle comunque superare. Ma con quali scelte e investendo in quali soggetti? Lo Stato, l'industria e il consumatore: non ci sono altre vie, sono queste le tre vie obbligate. Lo Stato, attraverso una scelta politica, cioè la liberalizzazione e quindi la competizione; con una ricerca scientifica a doppio canale, a questo punto, perchè un conto è produrre ricerca scientifica prettamente statale, un'altro conto è produrre ricerca scientifica privata. Se la scelta della liberalizzazione e quindi della competizione è vista in un determinato modo, è chiaro che bisognerà pensare, per essere finalmente competitivi, ad avere un concetto non solo nazionale, ma anche internazionale della politica del farmaco. Si tratta di due vie obbligate per la ricerca: quella statale, che investe la scelta politica e quindi le università nel rapporto con questo comparto; poi, quella per conto proprio, cioè quella privata - protetta o meno - lasciata in termini liberi (anche questa è una scelta di tipo politico).

L'industria ha bisogno anche di un contenimento dei prezzi, perchè altrimenti ci si scontra con la politica del mantenimento dei posti di lavoro. La questione va vista anche in questi termini. Poi c'è il consumatore, che costituisce la parte finale: in questo caso si tratta di un consumatore di prima categoria dal momento che stiamo parlando di salute, di farmaci e non di altro. Qui si tratta della salute e di interessi estremamente diversificati.

Lei ha usato anche un'altra espressione: a puntualizzato - mi corregga se sbaglio - che, stando così le cose, è estremamente im-

portante chiarirsi su questi concetti per poi avviarsi ad una scelta molto importante.

Un grosso problema, a mio giudizio, con cui lo Stato o chiunque altro, qualsiasi scelta operi, dovrà fare i conti riguarda le farmacie rurali per le quali lo Stato interviene per certe situazioni che si sono create. Diverrà un grosso problema nel rapporto industria-farmacia, perchè si dovrà intervenire in un duplice modo, cioè a sostegno della farmacia rurale e, indirettamente, del consumatore. Quindi un doppio problema, che è poi anche economico. Le ho voluto fare un esempio che potrebbe investire anche un aspetto economico, visto che lei, fin dall'inizio, ha tenuto a sottolineare il *budget* di riferimento.

Secondo il mio parere, quello dei farmaci è innanzitutto un problema di scelte e di chiarimento politico, perchè quello della liberalizzazione del mercato e della competizione sono concetti sicuramente importati, ma lo è altrettanto un'assunzione in proprio, da parte dello Stato, di una politica in materia da demandare, se del caso, alle regioni, al fine poi di produrre effetti positivi sul territorio. Si tratta, quindi, di un problema estremamente complesso che non si può ridurre soltanto alla questione dei betabloccanti o altro, mi auguro pertanto che si addi vengano realmente ad una seria politica del farmaco.

Del resto, credo che il senatore Torlontano possa ormai tranquillizzarsi e quindi smetterla di insistere su quanto è avvenuto in passato, anche perchè nessuno come il sottoscritto, negli anni che furono, si è battuto contro certe storture.

PRESIDENTE. Signor Sottosegretario, il mio intervento sarà per così dire residuale perchè molto è stato già detto da chi mi ha preceduto. Vorrei pertanto rivolgerle soltanto due brevissime domande.

Si è detto questa sera che l'attività di ricerca in campo farmaceutico è scarsa, però a noi risulterebbe che vi sono diverse aziende, come la Menarini e la Sandoz, che hanno al loro interno un gran numero di dipendenti in qualità di ricercatori. Pertanto, visto che questi soggetti sono a carico delle aziende e non dello Stato, vorrei sapere quanto questo incide sul prezzo dei farmaci.

In secondo luogo, dai dati che lei ci ha fornito, mi è parso di capire che la contrazione della spesa farmaceutica registrata negli ultimi due anni sia dovuta esclusivamente ad una riclassificazione dei farmaci e quindi a un loro passaggio dalla fascia A alle fasce inferiori. Ebbene, non mi pare che il risparmio così ottenuto sia un gran risultato dal momento che è stato realizzato a danno dei cittadini. Ed allora mi chiedo: visto che si tratta di una contrazione fittizia perchè, in realtà, non siamo di fronte ad una riduzione della spesa farmaceutica dello Stato, ma soltanto ad un suo trasferimento sulle spalle del cittadino che paga, dove sono gli interventi strutturali, quelli che avrebbero dovuto portare effettivamente ad una razionalizzazione della spesa del Servizio sanitario nazionale, quali, ad esempio, quello relativo al prezzo di riferimento che doveva partire - secondo le indicazioni della legge finanziaria dello scorso anno - dal 1° gennaio 1996 o quello riguardante il confezionamento ottimale dei prodotti farmaceutici che doveva essere realizzato dalla CUF? Queste sarebbero state due misure che avrebbero potuto portare ad una effettiva contrazione della spesa senza pesare sulla tasca

dei cittadini, altrimenti non si può fare a meno di dire che un po' si bara.

CARZANIGA, *sottosegretario di Stato per il bilancio e la programmazione economica*. Vorrei fare due premesse. La prima è che vi è un documento predisposto dagli uffici del Ministero della sanità, che peraltro credo sia stato consegnato al Parlamento, che analizza in modo completo sia i problemi della sanità che quelli del settore farmaceutico. Lì noi ritroviamo la posizione generale del Governo sulle questioni affrontate questa sera.

Vengo ora alla seconda premessa. È innegabile che, al di là della soluzione di questioni specifiche, dobbiamo tentare di disegnare un processo di natura più strutturale riguardante il ruolo del farmaco nell'ambito della sanità pubblica. Non vi è dubbio che alcuni degli aspetti che voi avete qui sollevato hanno un'elevata incidenza sulla spesa dello Stato e sulla sua efficacia, come pure hanno una grossa rilevanza in termini di costi-benefici per il consumatore malato. Quali possono essere, dunque, le linee guida di questo discorso strutturale? Tutte le volte che ho incontrato gli operatori del settore ho chiesto la loro collaborazione - e spero di ottenerla in futuro - al fine di disegnare insieme una struttura migliore dell'attuale in termini di efficacia.

Al riguardo, però, da che parte dobbiamo dirigerci? È certo che vi sono alcuni interventi fondamentali da realizzare; il primo, a mio avviso, è - come dicevo poc'anzi - quello della segmentazione del mercato e, di fatto, di uno scambio tra lo Stato e le industrie farmaceutiche per ottenere un ribasso dei prezzi dei prodotti da banco e di quelli non coperto da brevetto, a fronte di un rialzo dei prezzi dei prodotti coperti da brevetto, avente lo scopo di incentivare la ricerca canalizzandola, in modo corretto, sui prodotti innovativi.

Quella alla quale abbiamo assistito in passato era una ricerca finalizzata essenzialmente a migliorare il conto economico delle imprese e quindi era difficile, in tali circostanze, per quanto ci si potesse ingegnare, ottenere molta efficacia. Io ho considerato, fino a dodici mesi fa, il problema dall'altro lato del tavolo e quindi taccio, non vado oltre. È indubbio però che uno degli aspetti peculiari e, dal punto di vista mio che sono un esperto di *marketing* un po' curioso, del mercato farmaceutico è che noi ci troviamo di fronte ad una spesa determinata dal medico e per certi aspetti sollecitata dal consumatore, ma pagata dallo Stato a beneficio di un quarto soggetto che è l'industria farmaceutica. Quindi, abbiamo una catena di mercato che è un po' singolare. Fintanto che non controlliamo questa catena nei suoi aspetti, è indubbio che lo Stato si ritrova a controllare un bel niente: altri controllano la catena. Come si può intervenire?

Da un punto di vista teorico, basterebbe anche soltanto rifarsi alle soluzioni adottate da altri paesi passati attraverso fasi simili alla nostra, per osservare innanzitutto che il problema del contenimento della spesa farmaceutica c'è ovunque: negli Stati Uniti, dove è addirittura maggiore, così come in Europa dove il contenimento ha raggiunto la sua massima efficacia in Gran Bretagna, paese che si trascura di citare poichè in esso sono stati raggiunti risultati migliori che da noi. Il cuore del problema è rappresentato, a mio avviso, dagli strumenti che in questo momento per

noi è impossibile applicare, come il *budget* del medico di famiglia. Se riuscissimo ad introdurre simili strumenti, che è possibile introdurre superando alcune difficoltà di ordine tecnico, si potrebbe ottenere una anagrafe centrale (che attualmente non esiste) in base alla quale poi stabilire l'elenco degli assistiti per ciascun medico di famiglia onde verificare se per caso non ci siano doppioni o qualche defunto.

PEPE. Sottosegretario, non esageriamo.

TORLONTANO. In Italia può accadere anche di peggio.

CARZANIGA. Una leggenda metropolitana parla di 70 milioni di assistiti. D'altra parte le cronache di questi giorni hanno portato all'attenzione il pagamento di pensioni a defunti; è concettualmente impossibile verificare se vi siano doppioni o altri fenomeni in mancanza di una anagrafe centrale. È impossibile condurre dei controlli: questa è la mia sommissa opinione, fino a prova contraria.

Attraverso un collegamento telematico tra il medico e dei nodi telematici, realizzabili anche attraverso la rete telefonica, si potrebbe controllare la spesa indotta da ciascun medico ed anche riconoscere maggiore elasticità al medico che potrebbe, meglio di chiunque altro, valutare quale tra i suoi pazienti è effettivamente bisognoso di medicinali gratuiti e quale tra i suoi pazienti è effettivamente bisognoso di medicinali gratuiti e quale può permettersi di pagarli. Questo discorso si è già affacciato in Germania ed ha portato a grandi risultati, oltre ad una maggiore responsabilizzazione del medico rispetto alla spesa farmaceutica. Oltre a questo è possibile attuare un maggiore controllo della spesa *pro capite*. Come sapete, questa spesa, che è di 140.000 lire in alcune regioni, addirittura si triplica in altre regioni dove mancano i controlli. Peraltro, laddove la spesa *pro capite* è molto alta la popolazione paradossalmente è più giovane e quindi dovrebbe consumare meno farmaci. Laddove sono stati introdotti i controlli si sono registrati effetti virtuosi. La regione Friuli-Venezia Giulia ha introdotto un sistema di controlli di una semplicità straordinaria, riuscendo così a stabilizzare la spesa.

Quando si parla di spesa farmaceutica purtroppo si deve parlare - per motivi che mi sfuggono - di una spesa fuori controllo. Il nostro problema però non è soltanto quello di offrire un servizio corretto ai cittadini, ma anche di tutelare la spesa statale: per questo la spesa farmaceutica non può essere valutata soltanto sotto il profilo della salute dei cittadini, ma anche dei suoi elementi economici. In tal senso vanno rispettati i *budget*.

Mi veniva chiesto il parere in ordine al problema: prezzi uguali per farmaci uguali. Ci troviamo di fronte a prodotti il cui costo per la materia prima è molto basso mentre quello per la distribuzione incide in modo molto rilevante (nell'ordine del 33 per cento); se siete interessati, posso comunque fornirvi in un secondo momento adeguata documentazione al riguardo.

Per quanto concerne il problema della distribuzione, sono completamente d'accordo che ci sono farmacie più favorite di altre; il problema delle farmacie rurali è molto grave e del tutto parallelo a quello della distribuzione di altri prodotti, come quelli alimentari. Nel caso delle farmacie ci si potrebbe rifare - sono sicuro che verrà fatta qualche obie-

zione a questa mia proposta - al sistema usato per i notari: ci sono sedi nelle quali si guadagna molto e sedi nelle quali si guadagna meno. È indubbio che ci sono farmacie per le quali la licenza viene trasferita soltanto dietro il pagamento di cifre elevate e dubito che colui che compra la licenza lo faccia per motivi di beneficenza. La razionalizzazione della distribuzione va dunque vista con un po' di flessibilità: il carattere essenziale che si vorrebbe da parte nostra introdurre.

Siamo di fatto alle strette per quanto riguarda il discorso delle farmacie e della distribuzione dei prodotti farmaceutici: le tariffe, fissate per legge, non facilitano certamente la riduzione dei costi. Dobbiamo arrivare a forme caute e morbide di concorrenza nel lungo periodo per quanto riguarda il settore della distribuzione; diversamente è inutile parlare di una nuova politica.

Per quanto riguarda i galenici, sempre guardando all'Inghilterra, di cui si parla poco, una delle minacce che l'anno scorso il Governo inglese ha fatto per mantenere fissa o ridurre l'incidenza dei farmaci è stata quella di obbligare le farmacie a preparare i galenici. Naturalmente si sono levate altissime proteste da parte dell'industria farmaceutica, ma il risultato è stato raggiunto. Il problema è che noi ci troviamo davanti ad una struttura dell'industria farmaceutica (ma non è solo questo il problema) ingessata. Siamo bloccati da disposizioni di legge anche laddove l'atto dovrebbe essere amministrativo e non legislativo. Quindi, in prospettiva una delle vie di uscita da questa situazione è di arrivare ad una sorta di agenzia del farmaco la quale non includa in sé gli aspetti scientifici, ma riguardi soltanto gli aspetti economici e della distribuzione.

Quindi, occorre separare i veri aspetti che vanno lasciati alla CUF da quelli che potrebbero essere affidati ad una struttura la quale si incarichi di arrivare a controllare la spesa nel miglior modo possibile. Potrebbe trattarsi di qualche ente al di fuori del CIPE, che è un esecutore di ciò che stabilisce la legge. Noi abbiamo la possibilità di innovare rispetto alla legge.

Per quanto riguarda il problema della ricerca, è indubbio che la ricerca stessa e il rapporto con l'università sia uno degli assi portanti del successo dell'industria farmaceutica anglosassone, ma perchè le cose stanno in questo modo? È l'università che è diversa, non l'industria. chiunque abbia visto da vicino come si lavora in una università inglese o americana sa che c'è un incentivo di natura monetaria a fare ricerca, a finalizzare il risultato e questo procede efficacia ed efficienza nello stesso tempo e valorizza gli investimenti per la ricerca.

Anche qui il risultato si può ottenere attraverso - è una mia opinione - una maggiore flessibilità degli elementi. Se il ricercatore è un signore soggetto ad una carriera di tipo burocratico, è difficile che sia molto stimolato ad ottenere risultati; se il ricercatore viaggia «sparato» dietro una carota rappresentata dal brevetto al cui sfruttamento parteciperà, il risultato sicuramente sarà diverso.

Qual è il problema della dipendenza della nostra industria dall'estero? Del problema della riorganizzazione della sanità ho già parlato, così come di quello dei contributi statali sollevato dal senatore Dinosi: credo che i contributi statali vadano all'attivo del conto economico dell'industria e non siano di per sé automaticamente trasferiti all'interno o addirittura in riduzione del prezzo del farmaco, altrimenti si tratterebbe di contributi a fondo perduto.

Per il senatore Monteleone, che ha parlato del *budget* della spesa per il 1996, riepilogo i numeri: abbiamo una spesa tendenziale, a legislazione vigente, che arriverà tra i 10.500 e gli 11.000 miliardi. Se non modifichiamo nulla rispetto a ciò che attualmente abbiamo in termini di legge, arriveremo intorno a quella cifra, contro una previsione della legge finanziaria di 9.000 miliardi. Riteniamo che con provvedimenti non particolarmente severi (niente lacrime e sangue), che sono quelli previsti dal cosiddetto «decreto lungo», che non è ancora stato approvato, arriveremo intorno ai 9.700-10.000 miliardi.

Infine, affronto le domande poste dal Presidente. Non credo, che la ricerca abbia lasciato questo paese; è certo però che se noi non creiamo un maggior incentivo di tipo economico per quanto riguarda i prodotti realmente innovativi, abbandonando ogni e qualsiasi intervento cosiddetto di ricerca - e non vado oltre - su prodotti che non sono innovativi, è difficile ottenere risultati. Questa è la mia personale opinione.

Quindi, dobbiamo fare in modo che si conduca ricerca su prodotti innovativi, coinvolgendo tutte quelle che sono le «tastiere» della ricerca: dall'università al CNR, agli ospedali, inducendo forme virtuose di collaborazione con l'industria. Su questo tema abbiamo svolto incontri con tutta la catena di operatori interessati; si tratta di uno dei temi su cui chiedo la partecipazione dei vari operatori al fine di definire forme efficaci di collaborazione.

Per quanto riguarda gli effetti delle politiche di questi ultimi anni, abbiamo avuto inizialmente risultati importanti, con un calo drastico della spesa farmaceutica, ma dal 1994 siamo fondamentalmente fermi in termini di risparmio per lo Stato. Abbiamo ottenuto un contenimento della spesa da parte del Servizio sanitario nazionale, però non abbiamo ottenuto il contenimento della spesa per il consumatore. Quindi, noi non abbiamo adottato una politica di lacrime e sangue verso l'industria, al contrario di quel che più volte ho sentito dire.

Pertanto credo che si sia spazio per un minimo di contenimento rispetto all'attuale situazione transitoria, nella quale abbiamo una spesa inerziale che potrebbe montare fino a 11.000 miliardi. Ricordiamoci che nel frattempo è cresciuto anche il mercato libero, che non è incluso in queste cifre. La mia tesi è quella di portare avanti un testo che assomigli molto al cosiddetto «decreto lungo», per arrivare a razionalizzare tutti gli elementi strutturali del costo dei farmaci, introducendo controlli, da parte delle regioni, che progressivamente vadano nella direzione che ho accennato e arrivino a qualcosa che assomigli molto al *budget* del medico di famiglia.

PRESIDENTE. ringrazio il sottosegretario Carzanifa per l'ampia esposizione e per le risposte davvero esaurienti.

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

I lavori terminano alle ore 18,25.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Referendario parlamentare reggente l'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici
DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE

