

che, tuttavia, si sono fermate ad una presa in considerazione dei fattori nazionali che hanno inciso sullo sfondamento. Per questo, ad esempio, si è fatto riferimento all'immissione nel prontuario farmaceutico di nuove categorie di medicinali, al trasferimento in classe A dei farmaci antistaminici, all'inadeguatezza delle confezioni dei farmaci in commercio, alle esigenze di razionalizzazione della spesa.

Pur non potendo negare la veridicità di queste riflessioni, ritengo, tuttavia, che tale analisi sia intrinsecamente incompleta ed essenzialmente artificiosa, nel momento in cui non viene integrata con un'analisi delle politiche regionali di definizione dell'assistenza farmaceutica. A partire dal decreto-legge n. 347 del 2001, infatti, gran parte della responsabilità in materia di controllo e mantenimento della spesa farmaceutica è stata attribuita alle regioni, cui spetta garantire il rispetto del tetto di spesa programmato per l'assistenza farmaceutica, nonché provvedere alla copertura di eventuali disavanzi di gestione.

Alle regioni è attribuita la competenza ad adottare determinate misure di contenimento della spesa, tra cui la distribuzione diretta di farmaci, l'introduzione di misure di compartecipazione della spesa da parte dei cittadini o di variazione dell'aliquota addizionale regionale sull'imposta sul reddito delle persone fisiche.

La presenza di diversi strumenti di modulazione della spesa farmaceutica e la facoltà per le regioni di combinarli in modo diverso ha fatto sì che, a partire dal 2002, il quadro della politica farmaceutica regionale abbia assunto un aspetto molto differenziato e articolato al suo interno.

Vorrei evidenziare che tale decentramento delle competenze in materia di assistenza farmaceutica è una conseguenza non soltanto di una certa evoluzione della distribuzione delle funzioni in ambito sanitario, ma anche del più generale processo di trasformazione dell'ordinamento verso un assetto a forte autonomismo. Mi sembra pertanto evidente che il processo di decentramento delle compe-

tenze nel settore dell'assistenza farmaceutica corrisponda ad una tendenza in larga misura incontrovertibile.

Se questo è vero, non ci si può esimere dal rilevare che il decreto-legge in esame si affida ad un meccanismo di ripiano del disavanzo non del tutto conforme al regime dell'autonomia regionale nelle politiche e nella gestione delle risorse nell'ambito farmaceutico. Da una parte infatti è evidente che ragionare in termini di ripiano dello sfondamento a livello nazionale, anziché regionale, significa derogare a quell'assetto di decentramento che si è faticosamente affermato nell'ultimo decennio; d'altra parte, rimangono strumenti di controllo del settore fortemente centralistici, come il potere riconosciuto all'Agenzia nazionale del farmaco di rivedere il prontuario farmaceutico.

Tale previsione solleva nello specifico una duplice perplessità: la prima è connessa al già richiamato processo di regionalizzazione; la seconda riguarda la tutela dei diritti dei cittadini attraverso un'assistenza farmaceutica adeguata e commisurata alle specifiche esigenze del territorio.

Non si possono d'altronde ignorare gli squilibri prodotti dal provvedimento in esame nel settore della produzione, distribuzione e commercializzazione dei farmaci.

Porre l'onere della copertura del disavanzo soltanto a carico di una categoria di settore significa infatti compiere un'operazione di redistribuzione del reddito minata alla base da alcune irragionevolezza di fondo, sicché non si comprende per quale ragione il trinomio responsabilità dello sfondamento, maggiori profitti, coinvolgimento nella copertura del disavanzo sia applicato solo a carico dei produttori e non anche a carico dei grossisti e dei farmacisti, che condividono con l'azienda farmaceutica un'analogha partecipazione allo sfondamento del tetto di spesa.

Certo, è comprensibile l'esigenza di liquidità che informa il provvedimento in esame ed è altresì evidente che l'incremento della spesa registrato nei primi

mesi del 2004 assume effettivamente un'entità difficilmente preventivabile in sede di manovra finanziaria.

Tuttavia, si intende sottolineare che il provvedimento in esame deve essere inteso come misura assolutamente straordinaria di ripiano del disavanzo.

In una prospettiva di lungo periodo, siamo infatti convinti che l'unica strada per garantire una politica farmaceutica flessibile e commisurata alle esigenze del territorio sia quella dell'assoluta valorizzazione della autonomia regionale.

Se infatti si può cogliere un'antinomia di fondo fra le due contrapposte esigenze della razionalizzazione della spesa e della garanzia di un'assistenza ampia ed articolata ai cittadini, è innegabile che l'unico strumento per conciliare tali diversi interessi è quello del riconoscimento alle regioni di una effettiva potestà decisionale e di spesa.

In questa chiave di lettura vorrei che il provvedimento in esame fosse interpretato, nella convinzione che qualsiasi diversa prospettiva interpretativa sia destinata a rappresentare un passo indietro in quel cammino verso il federalismo che questa maggioranza ha concordemente intrapreso.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Labate. Ne ha facoltà.

GRAZIA LABATE. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, con l'atto Camera n. 5086, che dispone la conversione in legge del decreto-legge 24 giugno 2004, n.156, recante interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica, ci troviamo di fronte all'ottavo provvedimento di legge, dal giugno 2001, che affronta, direttamente o indirettamente, l'andamento della spesa farmaceutica nel nostro paese, secondo una logica che, a nostro modo di vedere, non soltanto non raggiunge gli obiettivi di razionalizzazione e di contenimento della spesa, ma continua a scaricarla, da un lato, sul mondo dei produttori, e, dall'altro, sulle regioni e, di conseguenza, sui cittadini italiani.

Buon senso e responsabilità di governo avrebbero richiesto ben altro: capacità di governo dell'intero sistema produttivo di settore italiano, sostegno alla ricerca ed all'innovazione, informazione indipendente verso i prescrittori ed i cittadini, regole chiare e certe di governo del settore con i soggetti responsabili istituzionalmente (i soggetti distributori e prescrittori, i soggetti dell'informazione).

Come hanno detto il collega Ercole e il sottosegretario Cursi, il problema è che, se si analizza bene la questione della spesa farmaceutica, si può notare che occorrono sempre di più interventi strutturali. Tuttavia, questo decreto-legge non li affronta. Continuiamo a dirci da anni in quest'aula, a seconda degli otto provvedimenti che ho citato, che occorre razionalizzare e contenere la spesa farmaceutica. Non siamo, però, in presenza di altrettanti provvedimenti, emanati o da emanarsi da parte di questo Governo, che abbiano fondato l'analisi e, quindi, le conseguenze e gli strumenti sui fattori strutturali che determinano un aumento di spese. Infatti, così non è stato in tutti questi anni: ha prevalso una logica di provvedimenti tampone via via rivolti al contenimento della spesa, secondo una visione accentratrice e burocratico-amministrativa legata a tagli, tetti, ticket, *copayment*, modalità degli sfondamenti di spesa da parte delle industrie e delle regioni italiane.

Anche con questo provvedimento la logica rimane la stessa: dare corso al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto massimo (il 13 per cento) previsto nel 2000 – l'andamento della farmaceutica nei primi tre mesi di quest'anno denuncia uno scostamento tendenziale per l'intero 2004 pari a 1.365 milioni di euro –, con ciò applicando uno dei meccanismi di ripiano previsti dall'articolo 48 del decreto-legge n. 269 del 2003, volto a porre a carico dei produttori nella misura del 60 per cento e delle regioni nella misura del 40 per cento il costo dello scostamento verificatosi.

Al decreto-legge in esame non è allegata la relazione tecnica. Ci si affida, con la relazione di accompagnamento, agli ele-

menti sulla crescita della spesa farmaceutica nei primi tre mesi del 2004 ed alla valutazione degli effetti finanziari del provvedimento ai fini del contenimento del disavanzo della spesa medesima. Nulla si dice in questo provvedimento sul perché sia aumentata la spesa; perché vi sia stato un numero così elevato di ricette e di prescrizioni; quali effetti siano derivati dall'introduzione di nuovi farmaci o di confezioni i cui i dosaggi, in pastiglie o fiale, sono stati più che raddoppiati tra il 2003 e il 2004; perché il mercato dei generici rimanga molto basso nel nostro paese rispetto ai paesi dell'Unione; quale effetto abbia sortito il decreto-legge n. 63 del 2002, convertito con la legge n. 112 del 2002, che ha disposto una riduzione del prezzo dei medicinali del 5 per cento. Potrei continuare: non si dice nulla sulle cause che hanno determinato l'aumento di spesa, sui fattori strutturali che continuano nel nostro un paese a far diventare il problema della spesa farmaceutica il corno semplice di una spesa pubblica sulla quale concentrare provvedimenti per la sua drastica riduzione o per il suo contenimento.

Quindi, si tratta dell'ennesimo provvedimento-tampone per correre ai ripari in vista di altre stangate previste con il decreto « taglia spese »; e poi vedremo nel DPEF e nella futura legge finanziaria. Tanto, alla fine, pagano le regioni, i cittadini ed i produttori.

Sui conti pubblici va avanti la logica dei prestigiatori, piuttosto che quella della responsabilità di Governo: prendo di qua, metto là, nascondo nel cilindro, tiro fuori il provvedimento! Ora tocca alle industrie e alle regioni e peraltro, con il marchin-gegno trovato « al netto dell'IVA », tocca alle regioni altro che il 40 per cento, bensì la copertura di circa l'80 per cento alla fine dell'esercizio finanziario 2004! Quelle stesse regioni che proprio in questi giorni richiamano il Governo a rivedere il patto dell'8 agosto 2001, al quale questo decreto-legge non si è minimamente ispirato, nemmeno nella metodologia, poiché la lettera e) dell'articolo 9 di quel patto recitava che a settembre, fatta almeno una verifica

semestrale dell'andamento della spesa (e non una verifica trimestrale con proiezioni tendenziali), si dovesse provvedere con strumenti di contenimento. Le regioni, dunque, in questi giorni richiamano il Governo a rivedere il Patto, a rispettarlo e ad onorarlo, proprio per i provvedimenti assunti dal Governo nel delicato settore della sanità, in particolare nella farmaceutica.

Nella discussione svoltasi in Commissione di merito, abbiamo tentato di suggerirvi proposte congrue, di metodo e di contenuto, per affrontare, con strumenti seri a partire da questo decreto, misure strutturali che potessero aprire una stagione negoziale con i produttori, i prescrittori e i soggetti preposti istituzionalmente al governo della spesa. Ciò, al fine di evitare la continua emergenza con cui avete trattato finora la spesa farmaceutica. Invece niente, siete stati sordi, nonostante che anche le stesse regioni, le industrie e i vari soggetti interessati nella catena produzione-distribuzione-prescrizione-offerta finale vi abbiano da tempo sollecitato l'apertura di tavoli negoziali, per affrontare i fattori reali che determinano scostamenti rispetto alle vostre previsioni!

Assistiamo, purtroppo, ancora a scandali rilevanti sui farmaci e, nonostante l'efficace azione dei NAS, della Guardia di finanza ed ora dei processi ordinari che si cominciano a celebrare, il decreto legislativo n. 541 del 1992 rimane lo stesso. Le proposte avanzate dalle associazioni industriali per bloccare eventi promozionali anomali abbisognano di un adeguato sostegno legislativo, ma vengono ignorate. Così come vengono ignorate le proposte per consentire ai medici di prescrivere il principio attivo del farmaco adeguato alla terapia, così che, a parità di principio attivo, si possa dare quello a prezzo più basso. Per quanto riguarda poi le confezioni ottimali, esse restano una chimera, che questo Parlamento insegue da anni, ma che non attua.

Dobbiamo considerare poi che siamo, in Europa, al cospetto oramai di 25 paesi, dove quelli più industrializzati vantano

queste metodologie e questi strumenti da tempo, potendo meglio di noi procedere ad un contenimento, ad una razionalizzazione e ad una qualificazione della spesa, senza né affossare la loro industria, né tagliare i cittadini o i soggetti istituzionali decentrati con forme di partecipazione alla spesa, bensì tentando di risolvere i nodi strutturali e ponendosi il problema dell'adeguamento dall'interno della spesa pubblica per i servizi sanitari nazionali o per quelli che abbiano altre caratteristiche, e ponendosi inoltre il problema di come garantire ai propri cittadini la diversità di un'assistenza farmaceutica che non faccia pagare a coloro che nel mercato sono i soggetti più deboli il prezzo dell'incongruenza di politiche strutturali o congiunturali di contenimento di questa spesa.

I colleghi hanno detto che, di fronte ad uno sfondamento la cui previsione è di quel tipo, tutti dobbiamo avere il senso di responsabilità per rispettare quel tetto del 13 per cento, per cui il provvedimento del Governo si giustifica così: si corre ai ripari prima che il buco possa essere molto più rilevante. Anche se capisco che problemi di contenimento della spesa pubblica facciano adottare al Governo un provvedimento di questa natura, continuo tuttavia a ritenere che finché non si saranno risolti, almeno in parte, i problemi strutturali dell'aumento della spesa in tale campo, il tipo di provvedimento in atto non solo non frenerà l'andamento della spesa farmaceutica (ma questo ce lo diranno le statistiche dei prossimi mesi), ma non potrà neanche rimedio ai fattori che davvero portano a questo aumento, nel tempo, dell'incidenza di questa voce di settore sulla spesa pubblica.

Noi naturalmente, come tutti coloro che hanno buon senso ed il senso di governo dei problemi del paese, ci siamo domandati il motivo di tutto ciò. Abbiamo esaminato i dati, cercando di disarticolargli. Non è vero ciò che afferma l'onorevole Ercole, perché disponiamo di un'analisi molto attenta di ciò che è accaduto regione per regione: vi sono regioni nelle quali sono state attivate procedure di

ticket per ricetta, per prescrizione o per numero di prescrizioni, mentre in altre non sono stati introdotti strumenti di *copayment* (è un'analisi disarticolata).

Tornando al problema principale, vi sono dati oggettivi per cui si giustifica l'aumento della spesa farmaceutica? Credo che il Governo non possa ignorare almeno tre dati oggettivi, pena la sconfessione dei dati reali. Il primo dato oggettivo, relativamente agli scostamenti, è dato dall'aumento di spesa per alcune categorie di medicinali (quelle legate, per esempio, al settore delle statine). In particolare, la Commissione nazionale del farmaco ha introdotto dal novembre 2003 nuovi farmaci che presentano lo stesso principio attivo, ma costi molto più elevati (ciò ha comportato un incremento di spesa pari al 3 per cento). Inoltre (non possiamo ignorare le leggi che abbiamo approvato), gli aventi diritto alle prescrizioni farmaceutiche sono aumentati di 700 mila unità, perché, a partire dall'ottobre 2002, si è proceduto, giustamente, alla regolarizzazione di settecentomila cittadini stranieri (sono stati regolarizzati con l'ultima sanatoria). Ciò oggettivamente produce un aumento dei soggetti aventi diritto.

Se non dovessero bastare le analisi generali, vi sono quelle disarticolate per regione. Dalle prescrizioni farmaceutiche si desume la domanda di salute dei cittadini stranieri ed emerge che nel nostro paese soffrono di patologie rilevanti, ad esempio, di dermatiti, legate ad un contesto ambientale ed alimentare in cui vengono a trovarsi diverso da quello del loro paese.

L'aumento del 3 per cento è dovuto anche al fatto che le prescrizioni vengono orientate verso farmaci ancora coperti da brevetto. La scelta della prescrizione di medicinali più costosi determina un incremento del valore medio lordo per ricetta e deprime il mercato dei farmaci generici. Inoltre, il trasferimento di prescrizioni verso medicinali a più alto dosaggio e con un numero maggiore di unità posologiche non è affatto giustificato.

Vorrei ricordare al Presidente ed a quest'aula che il nostro paese ha un pro-

blema di smaltimento dei prodotti farmaceutici residui (con tutte le conseguenze che ne derivano per l'equilibrio dell'ambiente). Non si riesce, inoltre, ad adottare la confezione ottimale per ciclo di terapia, con grave danno per la spesa pubblica, per l'ambiente e per quei cittadini, soprattutto anziani, che non sempre sono attenti alle date di scadenza dei prodotti farmaceutici.

Sono ragioni oggettivamente incontestabili, ma, andando oltre, vi sono altre motivazioni: esistono problematiche relative alle politiche di marketing o commerciali, dal punto di vista dell'industria. Vorrei ricordare in quest'aula che le associazioni dei produttori, che hanno proposto a questo Governo un blocco, per sei mesi, di tutte quelle forme di pubblicità o di informazione che, inopinatamente, possono avere un certo effetto per quanto riguarda l'aumento tendenziale della spesa farmaceutica, chiedono al Governo un'assunzione di responsabilità in termini di supporto legislativo affinché ciò si realizzi; altrimenti, l'Autorità garante per il mercato e la libera concorrenza potrebbe pensare che si tratta di misure difettose della turbativa di mercato.

Di fronte a ciò, il Governo non solo non ha adottato alcun provvedimento legislativo, ma ha respinto anche gli emendamenti che, sia l'opposizione sia alcuni colleghi della maggioranza, avevano presentato affinché si potesse avviare una politica di questo genere. Così come tutta l'enfasi del controllo e della gestione a livello regionale non incontra la volontà del Governo di procedere ad una modifica legislativa per far sì che i rapporti convenzionali da stabilirsi con associazioni di produttori e regioni a livello regionale per la distribuzione diretta non siano continuamente minacciati da ricorsi al TAR, non trovando nell'ordinamento una sufficiente sponda legislativa che li faccia considerare validi. Questi sono alcuni degli aspetti strutturali che vediamo ignorati, nonostante si richiami l'azione di Governo di gestione e di controllo delle regioni.

Ci siamo domandati se si faccia finta di non vedere la realtà continuando a percorrere la strada più semplice, o se invece

davvero si ignori cosa voglia dire mettere in campo una politica con finalità strategiche di medio e lungo periodo nel campo della spesa farmaceutica.

È qui che nasce il nostro dovere istituzionale di non consentire al Governo di procedere reiteratamente attraverso provvedimenti tampone che non sortiscono effetto e di proporre una reale discussione affinché la spesa farmaceutica possa essere tenuta sotto controllo, garantendo ai cittadini il diritto a prodotti innovativi e di qualità.

A questo punto, vorrei sottolineare due questioni sulle quali ritengo che anche la maggioranza debba riflettere. Il collega Ercole, giustamente, richiamava la disarticolazione regione per regione del problema dell'aumento dei tetti di spesa. Nel 2003, il tetto di spesa del 13 per cento per la spesa farmaceutica pubblica è stato rispettato da tutte le regioni del nord, tranne che dalla mia, la Liguria, che lo ha sfondato al 14,5 per cento, trattandosi di una regione nella quale la domanda di consumo farmaceutico — vista la presenza della popolazione anziana più numerosa del paese — è particolarmente elevata.

Tra le regioni del centro, alla fine del 2003, sono al di sotto del tetto del 13 per cento solo la Toscana e l'Umbria, mentre il Lazio registra un sfioramento pari al 16,49 e le Marche pari al 14,04. Più pesante è, invece, la situazione nel Mezzogiorno d'Italia dove tutte le regioni hanno superato la soglia stabilita con il Patto dell'8 agosto. La regione con il tetto più alto è stata la Sicilia, con il 17,58 per cento, mentre quello più basso è toccato al Trentino Alto Adige, con l'8,62 per cento della spesa sanitaria.

Presupponendo che non vi siano epidemie particolari in Sicilia che non avvengano anche nella regione Trentino Alto Adige, ci si domanda davvero perché il Governo non abbia riflettuto su cosa abbia modificato questo tipo di *trend*. In sostanza, a livello nazionale, l'incidenza è stata del 13,76 per cento se si accettano questi dati di fonte regionale e del 13,64 per cento se ci si attiene ai dati ISTAT.

Allora, da questo punto di vista dobbiamo davvero interrogarci sulla scelta di porre il 40 per cento a carico delle regioni; non è possibile che anche in un meccanismo mutuato da un provvedimento di legge si faccia « pari e patta » sia delle regioni virtuose sia di quelle che sfondano e non attuano strumenti di controllo, oppure non si tenga conto che nelle regioni italiane esiste una dinamica dell'andamento della domanda non uniforme, che esige una risposta in termini di prescrizioni farmacologiche adeguata alla domanda effettiva posta dai cittadini.

Per dirla in soldoni, vorrei rispondere al collega relatore e al sottosegretario Corsi che, se esiste in prontuario la memantina per curare l'Alzheimer grave e la concentrazione di malati per questa malattia è maggiore in alcune regioni, allora, dato che il costo della memantina è molto maggiore rispetto a quello dei farmaci prima utilizzati, non potete far finta di niente. Dovete invece negoziare con le regioni le conseguenze derivanti dalla decisione del potere centrale — visto che il prontuario ha giustamente carattere nazionale — di inserire nel prontuario italiano un farmaco che la direttiva multistato comunitaria ha registrato in tutta Europa e che è giusto mettere a disposizione dei pazienti gravi di Alzheimer in Italia.

Se questo comporta un aumento, occorre affrontarlo negoziando con le regioni e con le imprese produttrici le modalità affinché non si produca uno sfondamento sistematico del tetto di spesa. Altrimenti, credo che scaricare a valle quanto si fa a monte o giocare allo scarico delle responsabilità farà forse approvare un provvedimento-tampone per trovare questi 465 milioni di euro, senza però risolvere i problemi. Dobbiamo, infatti, dire che il 13 per cento è basso rispetto alla realtà e all'incidenza della domanda; dobbiamo poi dire che le imprese produttrici in Italia non hanno una politica industriale di sostegno.

Non voglio tediare i colleghi, ma dispongo dei dati, così come credo li abbiate voi, sullo stato dell'arte della situazione

industriale italiana. Duecento imprese negli ultimi anni hanno subito un processo di internazionalizzazione da parte delle multinazionali, che hanno ridotto il potere di ricerca e di innovazione, di conquista dei mercati, di un'adeguata politica di innovazione del farmaco e che oggi sono prive di una visione strategica che dia loro sostegno alla ricerca e all'innovazione, che le aiuti a rivedere gli impianti e le tecnologie, che spieghi loro come conquistare fette di mercato di nicchia dove poter piazzare i prodotti. Non si può continuare a considerare il mondo dei produttori come il mostro dei mostri della spesa sanitaria, oppure i cittadini come degli scialacquatori che fanno della spesa pubblica un qualcosa senza strumenti per la sua regolazione. Non possiamo adeguarci a questa deviazione delle politiche: non giova a voi, né al paese dal punto di vista dello sviluppo economico industriale del settore farmaceutico.

Non giova, inoltre, ai cittadini, perché spesso non hanno la possibilità di disporre di farmaci davvero innovativi, e quindi sono costretti ad assumere due mila stantine con un determinato principio attivo a prezzi elevatissimi. Non è stata condotta una buona azione promozionale sui farmaci generici, facendo credere al cittadino di assumere un farmaco di serie B, quando potrebbe averne uno di serie A, mentre tutto ciò non è vero. La campagna di informazione verso i capifamiglia e i medici prescrittori è stata solo un'opzione ideale di questo Governo, non uno strumento reale.

Inoltre, in Parlamento non siamo in grado di affrontare questa materia se non con provvedimenti di tale natura. Mi sorprende — per il rispetto che nutro verso l'onorevole Minoli Rota, esperto della materia, verso quest'aula, verso il sottosegretario e verso tutti i colleghi che interverranno — che siamo costretti a discutere di questo tema in una logica bassa — mi consenta, signor Presidente — e senza futuro, né per i cittadini, né per la qualità della spesa pubblica sanitaria italiana né per il mondo industriale. Ciò dovrebbe preoccupare notevolmente il Governo, vi-

ste le analisi sull'andamento dei tassi di produttività industriale, che vedono il nostro paese a un livello tale da non poter competere né a livello europeo né in ambito internazionale.

Concludo, signor Presidente, osservando che la sordità rispetto agli emendamenti da noi presentati è stata totale. Ringrazio il relatore e il sottosegretario per le loro parole, ma all'opposizione non bastano più le parole. Continueremo la battaglia sugli emendamenti: mi aspetto un po' di coerenza, nonché che qualche emendamento strutturale possa essere accolto (*Applausi dei deputati del gruppo dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Burtone. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il decreto-legge in esame reca interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica, che nel nostro paese è tornata a crescere. Alcuni dati ci danno la misura del problema: si è registrato un incremento, nell'aprile 2004, del 16 per cento rispetto all'aprile 2003; sulla base di una proiezione sull'andamento della spesa farmaceutica relativa all'intero 2004, potrebbe determinarsi un disavanzo di spesa pari a 1365 milioni di euro lordi.

Conducendo un'attenta valutazione, possiamo affermare che diviene fondamentale non fermare l'attenzione ad un'analisi epidermica e meramente contabile, ma è necessario discutere e ragionare su un programma di razionalizzazione finalizzato alla sostenibilità economica della spesa farmaceutica, in particolare di quella convenzionata, che costituisce il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva.

Si tratta infatti di uno dei comparti più importanti delle politiche pubbliche dello Stato sociale, che va controllato e garantito dallo Stato e dalle regioni, non solo per la consapevolezza della fondamentale funzione del farmaco, ma soprattutto in virtù dell'articolo 32 della Costituzione, che garantisce cure gratuite agli indigenti.

Va subito ricordato che il Governo, dal 2001 ad oggi, ha adottato in tale materia provvedimenti di altro genere. Tuttavia, se i risultati sono quelli segnalati anche da altri colleghi, sono stati evidentemente commessi alcuni errori, e vi è il rischio di vederli confermati.

Riteniamo infatti, in materia di spesa farmaceutica, che non ci si trovi di fronte a problemi congiunturali, bensì strutturali. Tali questioni non si risolvono senza un'analisi attenta di tutti i fattori che incidono. Tale analisi è limitata dalla mancata presentazione della relazione tecnica di accompagnamento del decreto-legge: il Governo dovrà presentare domani una relazione alla Commissione bilancio.

Pur tuttavia, l'opposizione dell'Ulivo non ha tenuto la linea del « tanto peggio, tanto meglio ». Le nostre proposte emendative derivano da forze politiche che svolgono con rigore il proprio ruolo di opposizione, proponendosi con un programma ben diverso dalla linea dell'attuale Governo, da noi non condivisa, che consiste nel continuare a produrre decreti-legge tampone (non è infatti da escludere che su tale materia venga adottato un ulteriore decreto-legge a settembre).

Siamo convinti che, sotto il profilo economico, l'aumento dei costi e la crescita della spesa farmaceutica si fondino su alcune ragioni.

In primo luogo, l'accesso a pieno titolo alla fruizione di tutte le prestazioni del Servizio sanitario nazionale di circa 700 mila cittadini stranieri.

In secondo luogo, la decisione della commissione unica del farmaco di inserire nel prontuario farmaceutico alcuni farmaci contenenti statine, vale a dire sostanze importanti per la cura delle dislipidemie.

Il terzo tema è quello che riguarda l'ordinanza del Ministero della salute, che inserisce a carico del Sistema sanitario nazionale i farmaci antistaminici.

Questa prima valutazione ci porta a dire, con realismo e senza demagogia, che bisogna fare un ragionamento sulle risorse. Non si possono chiedere più servizi con le stesse risorse! Oggi le risorse del

Sistema sanitario nazionale sono il 5,9 del PIL; la nostra proposta — l'abbiamo avanzata da tempo — è quella di arrivare al 7 per cento. Si tratta di un problema serio, che noi continueremo a porre, innanzi tutto nella prossima legge finanziaria.

Si tenga conto tra l'altro che, nel corso del 2003, la spesa farmaceutica pubblica nei valori pro capite in Italia è stata di 193,580 euro, con una incidenza sul PIL di 0,85; in Francia è stata di 319,554 euro, con una incidenza sul PIL di 1,22; in Germania è stata di 277,001 euro, con una incidenza sul PIL di 1,07.

Sappiamo però che non è solo una questione di risorse: ci sono problemi legati alla moralizzazione del settore, ci sono tempeste finanziarie che hanno attraversato ancora una volta questo settore, gli incredibili aumenti dei prezzi di alcuni farmaci — vi sono stati ricarichi addirittura oltre il 200 per cento —; vi è la necessità di razionalizzare questo comparto.

Su questo versante si sono registrati però i maggiori limiti di una linea di Governo inadeguata, che spesso è stata intempestiva, altre volte inerte. Noi abbiamo proposto da tempo e torniamo a ribadire la necessità di modificare la legge n. 112 del 2002, con un taglio del certificato di protezione complementare da uno a due anni, per ogni anno solare, in modo da avviare una reale incentivazione al mercato dei medicinali generici; abbiamo proposto la regolamentazione della prescrizione dei medicinali inducendo il medico prescrittore a trascrivere il principio attivo del medicinale e non il nome della specialità medicinale; abbiamo ribadito la necessità di una regolamentazione nell'ambito degli accordi nazionali con i medici di medicina generale sulla appropriatezza della prescrizione, secondo le linee di evidenza scientifica; abbiamo chiesto maggiori controlli sulle varie forme di promozione commerciale esercitate dall'industria farmaceutica sui medici prescrittori, la piena attuazione del decreto ministeriale del 2 agosto 2001 sulla numerazione progressiva dei bollini apposti sulle confezioni dei medicinali erogabili

dal servizio sanitario nazionale, per quanto attiene il monitoraggio delle confezioni medicinali, all'interno del sistema distributivo, onde poter acquisire la piena rintracciabilità di una confezione, sia per aspetti di farmacovigilanza sia per quelli che attengono ad evitare la distorsione del sistema distributivo di tutta la filiera del farmaco. Abbiamo più volte ribadito la necessità di potenziare la distribuzione diretta dei farmaci ad alto contenuto terapeutico, ad alto costo, con l'impegno delle strutture farmaceutiche, delle aziende ospedaliere e di quelle universitarie.

Il Governo, ancora una volta, invece di affrontare questi nodi strutturali, ha scelto una scorciatoia di corto respiro, un intervento, ancora una volta, tampone. Il Governo ha iniziato ancora una volta un percorso che è quello di coprire il disavanzo utilizzando le industrie farmaceutiche e le regioni: ha riversato il 60 per cento del ricarico sulle industrie farmaceutiche e il 40 per cento sulle regioni. Anche su questo, però, vogliamo dire qualcosa con molta chiarezza. Abbiamo premesso e lo ribadiamo che vi è la necessità di maggiore rigore, di controlli, di moralizzazione del settore.

Bisogna coinvolgere la Farminindustria ed i medici prescrittori su un progetto etico. Non crediamo infatti che sia giusto attribuire solo ai produttori la responsabilità dell'aumento del consumo dei medicinali. Sarebbe stata più equa la distribuzione dell'onere del disavanzo tra le categorie di tutti gli operatori coinvolti nel commercio dei farmaci.

Diciamo questo perché temiamo per la tenuta delle nostre aziende, soprattutto quelle medie e piccole. Non vorremmo che al solito, al sorgere di alcune difficoltà economiche, a pagare fossero gli anelli deboli, le aziende localizzate nel Mezzogiorno, soprattutto i lavoratori.

Lo diciamo perché siamo seriamente preoccupati, anche perché, durante la campagna elettorale in Sicilia per le elezioni del Parlamento europeo, abbiamo

avuto alcune anticipazioni del decreto-legge in discussione, collegandolo alle questioni occupazionali.

Vorrei citare un comunicato stampa, redatto su carta intestata del vicepresidente della regione siciliana. Il vicepresidente dice che la bozza del decreto-legge sul ripianamento del tetto di spesa farmaceutica, così come formulato dai ministri Sirchia e Tremonti, non piace alla regione siciliana; e sempre il vicepresidente, onorevole Castiglione, afferma che a subire un danno dal decreto-legge potrebbe essere proprio la Sicilia, che vanta la presenza di insediamenti produttivi di notevole spessore nel settore farmaceutico, non ultima la Wyatt. A rischio sono molti posti di lavoro, riguardanti circa mille lavoratori, che operano presso la sede siciliana dell'azienda americana. In questo scenario occorre una presa di posizione forte dei parlamentari siciliani: ecco perché l'onorevole Castiglione propone la costituzione di un tavolo formato dai deputati siciliani per avviare un confronto con i ministri Sirchia e Tremonti, affinché si operi sì per il ripianamento del buco sanitario, ma allo stesso tempo per la salvaguardia della professionalità di coloro che lavorano nell'azienda farmaceutica siciliana. L'onorevole Castiglione così conclude: « Sono certo che il mio appello verrà raccolto dagli altri colleghi, particolarmente sensibili ad un tema delicato come il lavoro nella nostra isola. ».

Noi ci auguriamo che non ci siano quegli effetti devastanti richiamati da un esponente di questa maggioranza, l'onorevole Castiglione, che è stato sinora vicepresidente della regione. Ma ci chiediamo se questi tavoli siano stati istituiti. E questo appello è stato rivolto ai deputati siciliani? Mi pare che non ci sia stato nulla di tutto ciò! Come al solito, si tratta di una strumentalizzazione di natura elettorale, un allarmismo creato, probabilmente, tra i lavoratori per dire che c'è sempre un protettore, in questo caso l'onorevole Castiglione.

Noi siamo invece, con realismo, preoccupati della tenuta della nostra industria. Noi non vogliamo fare regali alle aziende:

ecco perché alcune nostre proposte hanno avuto come obiettivo il potenziamento della ricerca, dell'innovazione di queste industrie. Ci siamo mossi lungo questo tragitto perché riteniamo che alcune industrie abbiano la necessità di potenziare la propria capacità produttiva, collegandosi innanzitutto con processi innovativi nuovi.

Tra l'altro, in Italia la ricerca farmaceutica copre circa 5.156 addetti, con 812 milioni di euro di spesa; in Francia ci sono circa 19.115 addetti, con 3.360 milioni di euro di spesa; in Germania 14.481 addetti, con circa 3.590 milioni di euro di spesa. L'Italia in questo caso continua ad essere fanalino di coda.

Noi ci siamo preoccupati di tutto ciò: non regali alle aziende, ma fondi per la ricerca per evitare — lo ripeto — che a pagare in questa manovra siano gli anelli deboli, le aziende del Mezzogiorno, i lavoratori.

Con riferimento, poi, alle questioni concernenti le regioni, premesso che è noto il sottofinanziamento alle regioni per quanto riguarda il Fondo sanitario nazionale, premesso che c'è un ritardo nell'erogazione delle risorse e premesso che le regioni vantano un credito di 20 miliardi di euro, chiediamo ancora una volta che venga fatta una verifica tecnica che investa ogni singola regione. Certo, ognuno di noi ha le sue informazioni: l'onorevole Ercole ha fatto alcune affermazioni ed ha distinto alcune regioni dalle altre; anch'io conosco la pesantezza della situazione in Sicilia. In Sicilia c'è una vera e propria voragine della spesa sanitaria, che impegna il bilancio regionale ormai per il 55 per cento del totale delle disponibilità!

Nel settore della politica sanitaria farmaceutica le cose vanno ancora peggio (l'ha detto il collega Ercole, ma voglio ribadirlo). A Cuffaro, presidente di una giunta di centrodestra, può essere assegnata la maglia nera, purtroppo. Nel settore di cui si discute, sono da porre in rilievo, in terra di Sicilia, ulteriori limiti: in provincia di Trapani, dove si è passati all'assistenza indiretta, i cittadini debbono pagare le medicine; avranno i rimborsi

successivamente. Peraltro, sono stati confermati pesanti *ticket* e, per la terza volta in un semestre, sono state modificate le norme in materia di esenzioni. Avere l'indicatore della situazione economica equivalente compatibile con l'esenzione è diventato, ormai, un fatto straordinario, ma la cosa più grave è che, stavolta, per essere esentati dal *ticket*, non bisogna superare un reddito di 7 mila euro annui. Quindi, due coniugi pensionati, con la pensione sociale e con una modestissima abitazione, per poter usufruire dei farmaci debbono pagare un esoso *ticket*! In Sicilia, a pagare sono, purtroppo, i più deboli tra i cittadini: gli anziani.

D'altra parte, sappiamo — e lo abbiamo detto più volte, signor sottosegretario, anche in quest'aula — che per la sanità sono stati spesi, in Sicilia, fiumi di denaro: fiumi di denaro sono confluiti in settori importanti, i centri specializzati privati, quelli della sanità privata, quelli che, attualmente, sono in mano ad alcuni assessori regionali, primo fra tutti l'assessore regionale alla sanità, ma anche ad altri che siedono nella giunta di Governo. Abbiamo detto più volte queste cose, ma il Governo non si è mai dimostrato sensibile: questo Governo non ci ha mai prestato ascolto quando abbiamo denunciato i conflitti di interessi che stanno portando al disastro la sanità pubblica in Sicilia e che stanno danneggiando i siciliani.

Signor Presidente, concludo esprimendo sul provvedimento al nostro esame un giudizio assolutamente negativo: esso rappresenta uno specchietto per le allodole, privo com'è di effetti concreti, se non quello di incrementare gli oneri a carico delle regioni, le quali saranno costrette a riversarli sui cittadini. Il decreto-legge in esame dimostra, ancora una volta, che il Governo non ha alcuna capacità di amministrare la sanità nel nostro paese, mentre continua, purtroppo, lo smantellamento dello Stato sociale e del sistema sanitario nazionale.

Ecco perché ci auguriamo che la stagione di un Governo che sta affossando la

sanità italiana possa finire al più presto (*Applausi dei deputati del gruppo della Margherita, DL-L'Ulivo*)!

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Battaglia. Ne ha facoltà.

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor Presidente, in considerazione dell'ora tarda e del fatto che vi è un altro punto all'ordine del giorno, il mio intervento sarà molto sintetico.

In sostanza, con il decreto-legge al nostro esame, il Governo ammette e, anzi, certifica il fallimento della politica del farmaco di questi tre anni, non soltanto perché siamo, ormai, all'ottavo provvedimento in materia (come ricordava la collega Labate), ma anche perché, come questo stesso fatto dimostra, il Governo vive alla giornata e, di volta in volta, cerca di mettere una toppa *ad hoc*.

Vi siete inventati tutto: i prezzi, il *premium price*, ma a distanza di tempo ancora non è stato adottato il regolamento di attuazione (oltretutto aveva una copertura finanziaria ridicola). Avete creato una situazione di totale incertezza che sta causando la fuga dall'Italia di chiunque abbia intenzione di investire sul farmaco e di creare occupazione e sviluppo in questo settore.

I dati del fallimento sono molto chiari. La spesa è ormai fuori controllo (le previsioni di sfondamento di quest'anno sono di 1.300 milioni di euro) e il fenomeno è dilagante in tutta Italia. Quando un problema riguarda tutte le regioni significa che l'insieme delle misure che avete adottato non è stato in grado di mettere sotto controllo la spesa. Il problema è strutturale e non possiamo prendercela con il medico che prescrive il farmaco. Oggi, quindi, siete costretti ad adottare questo provvedimento. Ad un cittadino potrebbe sorgere il dubbio che se la spesa è fuori controllo è perché hanno dato tutto a tutti. La verità è esattamente il contrario. In questi tre anni (dati del 2003), gli italiani hanno speso per le medicine 6,4 miliardi di euro. In media, ogni italiano spende annualmente 119 euro per l'acquisto di

medicines. Una famiglia media spende un milione di vecchie lire all'anno per l'acquisto di medicinali. L'aumento delle spese per il cittadino è pari al 17 per cento. In questi tre anni la copertura della spesa per farmaci da parte dello Stato è passata dal 68 al 60 per cento. Dunque, l'8 per cento della spesa, che prima sosteneva il Servizio sanitario nazionale, oggi, lo paga il cittadino di tasca propria. Questo sfondamento dei tetti di spesa è coinciso con una diminuzione della copertura del diritto alla salute e quindi del diritto a ricevere il farmaco gratuitamente da parte del cittadino. Per non parlare dell'industria farmaceutica. In tal senso, indico solo due dati: lo scorso anno l'*export* è diminuito del 7,81 per cento mentre il saldo attivo è passato da 1.513 milioni di euro a 758, si è cioè dimezzato. In sintesi: sfondamento della spesa; riduzione delle prestazioni ai cittadini e situazione di crisi dell'industria farmaceutica italiana! Credo che peggio di così non si poteva fare! Siete riusciti ad ottenere questi tre risultati che certificano il fallimento di una politica.

Come affrontate questa situazione? Ancora una volta in modo approssimativo attraverso un decreto-legge. Ma — lo ha sottolineato la collega Labate — ancora non ci avete spiegato per quale ragione esista tale sfondamento. È importante questo aspetto, perché le misure che devono essere adottate o fanno riferimento alla concreta realtà o restano misure generiche. Infatti, non si può pensare di approvare oggi la conversione in legge di questo decreto-legge e, tra tre mesi, di adottare un altro provvedimento d'urgenza «accollando» in tal modo una determinata cifra alle regioni ed un'altra alle industrie! Non si può procedere in questo modo! Da cosa deriva questo sfondamento? È troppo basso il finanziamento del Fondo sanitario nazionale? Da mesi vi ricordiamo che c'è una sottostima del fondo. Se conteggiassimo il 13 per cento su un fondo sottostimato, ovviamente non ci sarebbero le risorse per pagare le medicine. Questa è matematica.

Dal primo gennaio abbiamo inserito nel Servizio sanitario nazionale 700 mila

nuovi cittadini. Non avete dato una lira in più alle regioni. Questi cittadini saranno stati male? Qualche medicina l'avranno comprata? Potremmo continuare riportando molti altri esempi. Voi, invece di analizzare le ragioni che hanno portato allo sfondamento, ad una crescita fuori controllo della spesa, e di proporci un provvedimento che tamponi la situazione dando ossigeno alle regioni, avete adottato una misura sommaria.

Tale misura sommaria è pericolosa e anche inefficace. È pericolosa perché comunque in questa situazione voi assestate un colpo da 475 milioni di euro alle imprese farmaceutiche, che si trovano nella situazione che descrivevo prima, ma anche perché questa operazione non risolve il problema. Infatti, se la matematica non è un'opinione, qui abbiamo un miliardo e 300 milioni di euro di sfondamento; voi ci proponete un meccanismo di ripiano che, sostanzialmente, da qui al 31 dicembre, porterà le imprese ad un contributo dell'entità di circa 300 milioni di euro. La domanda che vi facciamo noi è la seguente: ma il miliardo di euro che avanza chi lo paga? Lo pagano le regioni? Ad oggi, pare di sì! Voi con questo decreto certificate un ulteriore colpo da 2 mila miliardi di vecchie lire sulla finanza regionale, che è in grande affanno, che in questi anni in materia di sanità ha attraversato profonde difficoltà derivanti dai ritardi dei trasferimenti, dall'aumento dei costi. Tutte le regioni sono in affanno e voi, in questa situazione, gli «accollate» oggi, di fatto, 2 mila miliardi di vecchie lire. Siete stati costretti ad approvare un emendamento, in cui dite che, se i conti non tornano, ci penserà l'Agenzia per il farmaco, l'AIFA! E che significa? Noi andiamo ad istituire il 29 luglio una nuova agenzia e a settembre, al ritorno dalle ferie, diciamo a questa nuova agenzia, che ancora deve cominciare a lavorare, che deve reperire 2 mila miliardi di vecchie lire? E come può farlo? Io temo che lo possa fare riducendo i farmaci del prontuario, passando farmaci dalla fascia A alla fascia C — questa è la prospettiva

grave —, quindi accollando ulteriori oneri alle famiglie italiane. E questo è inaccettabile!

Quindi, voi presentate un decreto sommario, che non entra nel merito dei problemi che hanno portato allo sfondamento e che crea oltretutto 2 mila miliardi di lire di ulteriori oneri per le regioni italiane. Questo è il risultato della vostra politica! E questo credo che sia un provvedimento ancora più grave delle ragioni che hanno portato voi a proporlo.

Allora, noi vi abbiamo fatto delle proposte in Commissione, abbiamo ripresentato gli emendamenti e vi invitiamo ad esaminarli. Essi non saranno risolutivi certamente della questione farmaco, però vi pongono una serie di questioni che possono aiutare quanto meno a tamponare questa situazione, entrando nella realtà delle cose. Infatti, se noi pensiamo di poter puntare sul farmaco generico per alcune situazioni e vi proponiamo di fare una campagna per evitare che questo farmaco generico, di cui abbiamo parlato tanto, non venga prescritto da nessuno, credo che aiutiamo a risolvere il problema, così come quando vi proponiamo le confezioni ottimali, le confezioni *start* — ce lo chiedono i medici —, che possono portare ad una riduzione dei costi.

Accogliete questi emendamenti, che non risolveranno tutto, ma almeno possono contribuire a migliorare la situazione e a migliorarla strutturalmente e nel tempo! Se non affrontiamo tali questioni, presto sarete costretti ad assumere altri provvedimenti, che colpiranno ancora di più il diritto alla salute. Invece dobbiamo porci un obiettivo di fondo, che è quello di garantire al cittadino il diritto anche al farmaco innovativo, al farmaco di ultima generazione, quello che può raggiungere dei risultati anche nel contrasto a malattie gravi, che altrimenti debiliterebbero l'organismo, colpirebbero la salute del cittadino profondamente, a volte portando addirittura anche alla morte. Quindi, dobbiamo spostare l'attenzione verso questo tipo di farmaco, dobbiamo puntare alla ricerca, dobbiamo sostenere le imprese in questo sforzo, dobbiamo recuperare quel

gap che c'è tra il sistema italiano e gli altri sistemi europei, perché stiamo perdendo posizioni.

Io credo che le nostre proposte vadano in tale direzione. Vi chiediamo di aprire, nei prossimi giorni, un confronto costruttivo e di misurarvi con le nostre proposte emendative. Finora non lo avete fatto, perché le avete respinte tutte in sede di Commissione, e credo che ciò costituisca un gravissimo errore, perché vi impedisce di apportare, ad un decreto-legge sbagliato, anche quei piccoli miglioramenti che potrebbero renderlo maggiormente accettabile da tutti.

PRESIDENTE. Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

**(Repliche del relatore e del Governo
— A.C. 5086)**

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Minoli Rota.

FABIO STEFANO MINOLI ROTA, *Relatore*. Signor Presidente, in sede di replica vorrei spendere due brevissime parole — visto l'orario — e vorrei soprattutto rispondere all'appello lanciato dai colleghi dell'opposizione in merito alle proposte emendative da loro presentate. Ho avuto modo di esaminare tali proposte con attenzione, e mi richiamo alle parole espresse dai colleghi, nel senso che emendamenti di questa importanza, relativi all'aspetto strutturale, devono essere compresi all'interno di ambiti che devono essere strutturalmente concepiti in sede di Commissione, per essere successivamente portati all'attenzione del Governo.

Raccoglio anche con piacere l'invito del Governo a procedere con la revisione del decreto legislativo n. 541 del 1992, concernente l'informazione scientifica, in modo da poter valutare insieme, in sede di Commissione, anche il contenuto di siffatte proposte emendative, al fine di fornire la migliore risposta per favorire lo sviluppo della ricerca e, soprattutto, per

scrivere regole chiare, necessarie a tutti i responsabili della filiera del farmaco. Ciò al fine di affrontare nella maniera migliore un aspetto importante della tutela del cittadino.

Occorre tuttavia spendere anche una parola polemica riguardo alla domanda su chi sia effettivamente il responsabile del notevole aumento del consumo dei prodotti farmaceutici. È evidente che, al di là dei soggetti operatori, dei produttori e dei distributori farmacisti, qualche attenzione debba essere rivolta anche a chi effettivamente prescrive i farmaci, vale a dire la classe medica, che deve essere educata anch'essa a svolgere un'azione di maggiore contenimento. Non proseguo oltre in quella che può essere un'opera di riflessione, riservandomi di intervenire nel prosieguo del dibattito.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il rappresentante del Governo.

CESARE CURSI, Sottosegretario di Stato per la salute. Signor Presidente, ringrazio l'onorevole Battaglia, che conosco da diversi anni, che correttamente rimane in Assemblea, mentre invece qualcun altro prima svolge le sue osservazioni e poi se ne va via. Sorprendono alcune domande poste dagli intervenuti, tra cui qualche medico, che prima pongono quesiti e successivamente non riescono a darsi delle risposte. Mi dispiace: io sono avvocato, e so che, così come gli ingegneri e gli architetti, non posso prescrivere medicine; forse è opportuno che quei medici, che rivolgono quelle domande, si diano anche alcune risposte.

Qualcuno perfino mi preoccupa, perché immagina addirittura una differenziazione della copertura del ripiano, dimenticando che oggi stiamo attuando un provvedimento, votato da questo Parlamento, che ha già fissato un tetto, ha già determinato le modalità di copertura ed ha stabilito le quote del 60 per cento e del 40 per cento (ovviamente, se qualcuno vuole intervenire tanto per parlare, può farlo), dimenticando anche che la definizione della famosa quota del 13 per cento a carico del

Servizio sanitario regionale non è uscita dal gioco del lotto, ma venne concordata in sede di Conferenza Stato-regioni!

Rilevo una cosa strana: quando fa comodo, si difendono fino all'estremo le competenze e le prerogative delle regioni — guai a chi le tocca, perché sono dei *sancta sanctorum!* —, e quando invece non fa comodo, è lo Stato a dover provvedere, dimenticando che l'unica legge che regola il rapporto tra lo Stato e le regioni, al di là della *devolution* e degli accordi che verranno attuati (se e quando saranno fatti), è la legge costituzionale n. 3 del 2001, che è stata votata — come voi sapete — non da questa maggioranza, ma dal Parlamento. Non dimentichiamoci, infatti, che il trasferimento delle competenze alle regioni in questo ambito è stata compiuto attraverso quella legge costituzionale, non attraverso la cosiddetta *devolution*; pertanto, quando alcuni colleghi dell'opposizione rilasciano certe affermazioni sulle regioni, allora dovrebbero dimenticarsi anche questo: forse hanno votato quella legge, ma non lo ricordano più.

Sorprende altresì come alcuni degli interventi svolti abbiamo dimenticato le funzioni di controllo. Ho sentito qualche collega invocare il controllo dello Stato: ebbene, vorrei ricordare che il controllo sulla spesa sanitaria, specialmente quella farmacologica, rientra nelle competenze delle regioni, che dispongono di ispettorati di controllo. È inutile chiamare i NAS, che assolvono a funzioni di emergenza, è inutile chiamare i carabinieri: le regioni devono svolgere funzioni di controllo, e dunque le esplicitassero!

Sorprende anche ascoltare che si è arrivati ad uno sfondamento della spesa farmaceutica di 1.300 milioni di euro. Colleghi dell'opposizione, ci si dimentica di ciò che è successo nel 2000? Vi siete dimenticati che, nel 2000, a ridosso delle elezioni del 2001, il *ticket* è scomparso, per cui le persone hanno comprato con la carriola — come si dice a Roma — le medicine?

AUGUSTO BATTAGLIA. Si vede che sono finite! Le persone le stanno ricomprando con un'altra carriola!

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Quando si è deciso di abolire il *ticket*, si è dimenticato ciò che è successo: il più grande buco finanziario, rispetto al quale non dite nulla o fate finta di dimenticare.

Concludo. Qualcuno dimentica anche il ruolo che alcune categorie svolgono nel settore della spesa farmaceutica — lo accennava il relatore —, soprattutto i medici. Qualcuno dimentica ciò che è successo sul terreno delle promozioni. Ricordo che, sia in Assemblea sia in Commissione, qualcuno si è stracciato le vesti, qualcuno ha denunciato e condannato ciò che accaduto. Oggi, invece, noto che vi è un atteggiamento diverso. Fa piacere. Vuol dire che, tutti insieme, si matura e si cresce.

Siamo convinti della necessità — come ho detto prima — di nuove relazioni con il mondo della produzione, con il mondo della distribuzione e con il mondo dei medici, per definire un comune percorso, atto a fissare procedure, tetti e comportamenti etici che siano in grado di pervenire a soluzioni condivise nelle quali ognuno si assuma le proprie competenze e responsabilità.

PRESIDENTE. Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Discussione del testo unificato delle proposte di legge: Pisapia ed altri; Trantino ed altri; Soda ed altri; Buffo ed altri; Pisapia ed altri; Piscitello: Disposizioni in materia di protezione umanitaria e di diritto di asilo (1238-1554-1738-3847-3857-3883) (ore 21,33).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del testo unificato delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Pisapia ed altri; Trantino ed altri; Soda ed altri; Buffo ed altri; Pisapia ed altri; Piscitello: Disposizioni in materia di protezione umanitaria e di diritto di asilo.

Avverto che lo schema recante la ripartizione dei tempi per il dibattito è pubblicato in calce al vigente calendario dei lavori dell'Assemblea (*vedi calendario*).

**(Discussione sulle linee generali
— A.C. 1238 ed abbinate)**

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Avverto che il Presidente del gruppo parlamentare dei Democratici di sinistra-L'Ulivo ne ha chiesto l'ampliamento, senza limitazioni delle iscrizioni a parlare, ai sensi dell'articolo 83, comma 2, del regolamento.

Ha facoltà di parlare il relatore, onorevole Soda.

ANTONIO SODA, *Relatore*. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, sarò breve, data l'ora tarda. Conseguirò comunque alcune considerazioni scritte per un approfondimento che spero potrà essere compiuto nel Comitato dei nove.

Penso che, questa sera, discutendo sul diritto d'asilo, dobbiamo volgere un commosso saluto ai profughi sudanesi e dare anche atto che sono prevalsi, nel nostro paese e nella sensibilità del Governo, principi di umanità e di civiltà rispetto all'applicazione di regole e forme che, a volte, contrastano con la necessità che, in fondo, l'Europa — che appare stanca ed impaurita — sappia esprimere fino in fondo il suo ruolo di accoglienza nei confronti dei perseguitati di tutte le guerre.

Recentemente, in occasione della celebrazione della giornata del rifugiato, il titolo dell'incontro che si è svolto a Roma e, promosso dall'ACNUR, era dedicato alla casa come luogo e simbolo della propria identità. Affinché tale dignità sia restituita ai rifugiati, è necessario che vi sia un quadro di certezze giuridiche e di regole improntate ai principi internazionali in tema di accoglienza.

Non abbiamo una legge organica sul diritto d'asilo. Questa proposta di legge, che giunge oggi all'esame dell'Assemblea,

mira a dare sia attuazione dell'articolo 10 della Costituzione sia esecuzione delle convenzioni internazionali.

La questione che ogni Stato democratico ha di fronte a sé, quando affronta una proposta di disciplina organica del diritto d'asilo, è la conciliazione, in un punto di equilibrio, del tema della sicurezza con quello dell'accoglienza, la funzione di sicurezza che ogni Stato democratico deve garantire ai propri cittadini e, insieme, l'etica ed il rispetto dei principi internazionali.

Il testo all'esame dell'Assemblea è, appunto, un tentativo di creare una disciplina di equilibrio tra tali valori e principi. Non si tratta di un testo, come ho già avuto modo di rilevare in Commissione, completamente soddisfacente, però esso si muove all'interno di un equilibrio possibile tra tali due valori.

Nelle note scritte che consegnerò per la pubblicazione in calce al resoconto analizzo gli aspetti che mi auguro l'Assemblea approfondisca, al fine di raggiungere l'armonia tra questi due valori. Vorrei segnalare i principi cardine di questo testo unificato. Mi riferisco al principio del riconoscimento del diritto di asilo non soltanto a coloro che sono qualificati come rifugiati secondo le Convenzioni internazionali, ma anche a tutti coloro ai quali nel loro paese di origine sono conculcate le libertà democratiche, ossia a tutti coloro cui è impedito l'effettivo esercizio del diritto di espressione e di libertà politiche e democratiche.

Il diritto d'asilo è esteso anche al coniuge e al convivente, poiché sappiamo, per l'esperienza concreta delle tragedie dei rifugiati, che spesso la violenza e il potere si esercitano sui congiunti e sui figli. Quindi, oltre all'istituto del ricongiungimento familiare, a questi ultimi dobbiamo garantire anche l'estensione delle provvidenze e delle guarentigie proprie del diritto di asilo.

Per quanto concerne la procedura, nel testo si sceglie l'ipotesi della pluralità delle commissioni, perché siano articolate sul territorio e siano più vicine alle domande di chi propone il diritto di asilo, rispetto

alla scelta di una commissione unica nazionale, che non garantisce tempi certi e immediatezza di esame della domanda.

Sempre per quanto riguarda la procedura, il principio cardine è quello di garantire ai richiedenti l'asilo il massimo di assistenza relativamente alla lingua, il massimo di assistenza tecnico-giuridica e, insieme, tempi ragionevoli e brevi per l'esame della loro domanda di asilo.

L'altro principio cardine è costituito dalla giurisdizionalizzazione del diritto, ossia dalla possibilità di far valere questo diritto non soltanto di fronte agli organi amministrativi, ma anche di fronte all'autorità giudiziaria. In questo senso, vanno considerati tutti i provvedimenti che vengono assunti dall'autorità amministrativa e dalle commissioni, che pur vedendo tra i propri membri la presenza del rappresentante dell'ACNUR e dei rappresentanti regionali e pur avendo piena autonomia rispetto ai ministeri e, quindi, al potere esecutivo di appartenenza, restano pur sempre organi amministrativi. Dunque, il diritto dei richiedenti asilo, essendo un diritto costituzionalmente protetto, deve avere piena tutela giurisdizionale.

Sul tema più drammatico della condizione dei richiedenti asilo durante il corso della procedura, nel testo è previsto il principio generale in virtù del quale la semplice proposizione della domanda di asilo non comporta limitazioni di libertà al richiedente asilo e, soltanto per ipotesi determinate e specificate dalla legge, sono previsti centri di identificazione o di accoglienza secondo una tipologia espressa nel testo. Comunque, trattandosi di provvedimenti — mi riferisco a quelli di trattenimento — che incidono sulla sfera di libertà dei richiedenti l'asilo, il principio generale che anima il testo della proposta di legge è quello della convalida degli stessi da parte dell'autorità giudiziaria. Ho segnalato nella relazione che nel testo vi sono alcune insufficienze, lacune e contraddizioni che mi auguro l'Assemblea possa compiutamente risolvere.

Di fronte ai provvedimenti negativi e, quindi, di non accoglienza della domanda di rifugiato, il principio che dovremmo

accogliere in quest'aula e che è *in nuce* nel testo la possibilità di verificare tali atti, con un'efficacia, almeno in primo grado, sospensiva del provvedimento negativo dell'autorità amministrativa. Ciò, anche in ottemperanza alla Convenzione internazionale, la quale prevede che il respingimento non avvenga se non previa verifica della sussistenza del diritto da parte di un organo giurisdizionale.

Problemi si pongono all'interno del testo anche per quanto riguarda il diritto al lavoro dei richiedenti l'asilo e, su questo terreno, alcuni principi che sono contenuti nel testo di legge necessitano di una armonizzazione e un coordinamento.

In sostanza, al di là delle osservazioni di carattere squisitamente tecnico che sono contenute nella nota di cui mi riservo di chiedere l'autorizzazione alla pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna, a me sembra che l'impianto complessivo di questa proposta di legge possa essere utilmente approfondito dall'Assemblea, nella direzione dei tre principi sopra ricordati: garanzia del diritto d'asilo anche nei riguardi di coloro che per la nostra Costituzione hanno diritto a vedere riconosciute nel nostro paese le libertà conculcate nei paesi di provenienza e di origine, procedura garantita con l'assistenza sociale, morale, tecnica e giuridica; disciplina dei centri di identificazione nei quali le limitazioni della sfera dei diritti di libertà siano temporanee e garantite dalla magistratura ordinaria con provvedimenti di convalida per le ragioni del trattenimento; ragionevolezza e brevità del tempo di permanenza, con la possibilità di esercizio del diritto davanti all'autorità giudiziaria, ove vi sia stato un provvedimento negativo di rigetto da parte dell'autorità amministrativa.

Intorno a questi tre valori guida è possibile predisporre una normativa che sia conforme alla nostra Costituzione, alle convenzioni internazionali e che sia anche di guida, possibilmente nell'Unione europea, affinché non abbiano a ripetersi quelle tragedie che stiamo registrando in questi giorni nei nostri mari e che hanno

visto un'Europa incapace di dare una risposta ad una domanda di asilo e di aiuto che, da terre disperate come il Sudan, proviene al nostro paese.

In conclusione, chiedo l'autorizzazione alla pubblicazione in calce al resoconto della seduta odierna di conclusioni integrative della mia relazione.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, in base ai consueti criteri.

Prendo atto che il rappresentante del Governo si riserva di intervenire nel prosieguo del dibattito.

È iscritto a parlare l'onorevole Molinari. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE MOLINARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, considerata l'ora tarda, chiedo alla Presidenza l'autorizzazione alla pubblicazione in calce al resoconto della seduta odierna del testo del mio intervento.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, secondo i consueti criteri.

Constato l'assenza dell'onorevole Luciano Dussin, iscritto a parlare: s'intende che vi abbia rinunciato.

È iscritta a parlare l'onorevole Deiana. Ne ha facoltà.

ELETTRA DEIANA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, anch'io chiedo alla Presidenza l'autorizzazione alla pubblicazione in calce del resoconto della seduta odierna del testo del mio intervento.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, secondo i consueti criteri.

È iscritto a parlare l'onorevole Selva. Ne ha facoltà.

GUSTAVO SELVA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, chiedo alla Presidenza l'autorizzazione alla pubblicazione in calce al resoconto della seduta odierna del testo del mio intervento.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, secondo i consueti criteri.