

tura del 200 per cento, rappresenta un altro tema che dovrebbe indurre tutti noi a riflettere.

La spesa per i farmaci a carico dei cittadini è aumentata, nell'ultimo anno, dell'11,2 per cento. Si tratta di un dato che il Governo si è limitato a registrare senza colpo ferire, manifestando così, ancora una volta, quanto meno una mancanza di tempestività nell'intervenire. Il ministro competente ha spesso rilasciato interviste ai giornali, senza tuttavia fornire le risposte che ci si aspettava. In certi momenti abbiamo avuto la sensazione che fosse il presidente di un'associazione di cittadini e non colui che costituzionalmente riveste responsabilità di Governo e di gestione della *res* sanitaria. L'unico atto di questo Governo nell'ambito della gestione della sanità pubblica è l'accordo dell'8 agosto 2001 stipulato con le regioni. Tutto qui. Per il resto, la sanità è allo sbando e ciò è sotto gli occhi di tutti, anche dei meno avveduti. Sull'accordo del 2001 tornerò, tuttavia, più avanti.

Abbiamo constatato ormai che questo Governo non sa mantenere i patti, non solo quelli con gli elettori, con la Confindustria, con i sindacati, ma neppure quelli con le regioni. Soprattutto nell'ambito della sanità. Questa « non parola », questo « non mantenere i patti » crea molto, ma molto disagio, trattandosi di un aspetto fondamentale della vita dei cittadini, quale la sanità, che dovrebbe per questo richiamare con maggiore serietà il senso di responsabilità di chi governa.

È noto il sottofinanziamento delle regioni, con riferimento al Fondo sanitario nazionale, il ritardo con cui queste risorse vengono erogate (una volta ogni due anni), nonché il credito delle regioni stesse (20 miliardi di euro). In questi anni, la maggioranza non ha perso una sola occasione — lasciatecelo dire nelle poche circostanze in cui siete in aula — per scaricare la responsabilità del cattivo funzionamento della sanità sui Governi del centrosinistra. È stato l'esercizio più utilizzato in tutte le sedi, istituzionali e non. Eppure, proprio in queste ore, gli amministratori eletti nell'ultima tornata elettorale si stanno

rendendo conto di quanto sia grave la situazione del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale e quanto poco sia stato fatto dal Governo centrale negli ultimi tre anni.

La riforma della sanità, che spesso avete violentato con il nostro comune agire, aveva suscitato grandi speranze: milioni di cittadini avevano avuto la netta sensazione che, finalmente, fosse avvenuto un mutamento reale, un'inversione di rotta rispetto al passato. Pur tra mille difficoltà, erano state poste le condizioni per riqualificare e rafforzare il sistema sanitario nazionale, confermandone il carattere universale e solidaristico di garanzia del principio costituzionale di tutela della salute, come diritto fondamentale della persona. Essa aveva operato il più radicale cambiamento nei rapporti tra la pubblica amministrazione, il personale, le aziende, i cittadini, sviluppando meccanismi di responsabilizzazione che l'incapacità, a volte anche l'incuria di questo Governo e di questa maggioranza, hanno irrimediabilmente compromesso.

Il decreto-legge che stiamo esaminando dimostra come il Governo non abbia saputo mantenere il patto che egli stesso aveva siglato con l'accordo dell'8 agosto 2001. Infatti, in base a tale accordo, si concordò che il *trend* della spesa farmaceutica dovesse essere oggetto di valutazione ogni mese di settembre, al fine di individuare gli strumenti più idonei a contenerla.

Perché ciò non è avvenuto? Perché non ci siamo potuti mai confrontare seriamente in Parlamento su tale tema. La responsabilità è anche di un ministro — lo dico con grande rispetto — che spesso si affaccia in quest'aula con apparente fastidio, quasi giudicasse superfluo e poco produttivo il confronto con le istituzioni. Forse, perché è un tecnico? È un tecnico che, però, ha ommesso di allegare al decreto-legge proprio la relazione tecnica (fino all'ultimo non ci è stato dato di sapere se il provvedimento fosse dotato di copertura o meno).

Permangono interrogativi su quali regioni abbiano determinato lo sfondamento

— saremmo curiosi di saperlo — del tetto prefissato della spesa farmaceutica. L'aspettativa di una relazione tecnica si fonda anche sulla constatazione che, in ambito europeo, l'andamento della spesa farmaceutica appare in generale aumento, anche in considerazione del fatto che l'elevato costo dei farmaci innovativi contribuisce a questo innalzamento. Nella relazione tecnica avrebbero dunque dovuto essere esposte analiticamente le ragioni che hanno determinato, nei primi mesi del 2004, l'impennata della spesa farmaceutica, anche al fine di evitare il ricorso, magari già nel prossimo mese di settembre, ad un ennesimo provvedimento di urgenza.

È evidente che, in questo modo, non si va incontro ad un'effettiva risoluzione del problema, ma solo alla sua temporanea rimozione. L'aumento è ascrivibile ad una pluralità di fattori, uno dei quali è rappresentato dall'attenuazione in diverse regioni, tra la fine del 2003 e l'inizio del 2004, del regime dei ticket.

Un altro elemento scatenante dell'aumento della spesa farmaceutica è stato determinato dalle decisioni assunte dalla Commissione unica per il farmaco in ordine all'ammissione nel prontuario farmaceutico di alcune categorie di medicinali contenenti statine (principio attivo impiegato nella cura del colesterolo), precisando che non si tratta di farmaci innovativi, ma contenenti sostanze adiuvanti l'azione del principio attivo richiamato. Si osserva che si tratta di farmaci aventi costo superiore alle statine, la cui introduzione ha determinato un aumento di spesa pari al 3 per cento.

Abbiamo già ricordato, in sede di discussione sulle linee generali, i 700 mila cittadini stranieri regolarizzati che, dall'ottobre 2003, hanno avuto accesso a pieno titolo a tutte le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, con conseguente crescita dei costi. E questo il Governo dovrebbe saperlo bene, dato che le regioni hanno da tempo chiesto maggiore attenzione proprio al tema dell'assistenza sanitaria per gli extracomunitari e alla necessità di trasferire in quota al Fondo

sanitario nazionale le risorse indispensabili per attuarla pienamente. Questo è uno dei punti qualificanti dell'accordo sul riparto raggiunto dalla Conferenza Stato-regioni. A ciò bisogna aggiungere la tipologia dei nuovi farmaci immessi nel prontuario, caratterizzati da un doppio dosaggio che ne giustifica un prezzo di mercato molto elevato.

Dunque, vogliamo evidenziare come un provvedimento di urgenza volto a fornire applicazione ad una norma dell'ordinamento che non si fonda sull'attenta valutazione delle ragioni che determinano l'andamento crescente della spesa farmaceutica rischi di configurarsi come un provvedimento tampone, che non esamina le cause strutturali di quell'andamento e, perciò, appare destinato a non produrre effetti positivi a lungo termine.

Il contenimento della spesa farmaceutica è un problema che interpella tutti e ciascuno in quest'aula. La Margherita, che è una forza politica responsabile, conosce bene i termini della questione. Vorrei ricordare che proprio un nostro ministro introdusse una norma che poneva a carico delle imprese la responsabilità dello sfioramento. Si trattava di una norma efficace, che riuscì a dispiegare in maniera positiva i propri effetti nel periodo in cui rimase in vigore.

Il provvedimento in esame appare volto ad applicare il criterio della ripartizione del disavanzo della spesa farmaceutica fra le industrie produttrici e le regioni, nella misura rispettivamente del 60 e del 40 per cento, mentre in realtà il mondo della produzione subirà un aggravio a suo carico in misura molto inferiore rispetto a quanto previsto dalla legislazione vigente.

Attraverso alcuni emendamenti, presentati in Commissione e riproposti in Assemblea, abbiamo cercato di richiamare la vostra attenzione su temi importanti per la tenuta del sistema. Non ci siamo sottratti a questa responsabilità, precisando che non è possibile scaricare sulle regioni i costi del mancato rispetto dell'accordo dell'8 agosto 2001. Vi abbiamo sollecitati a tutelare la sperimentazione di alcuni farmaci necessari alla cura di malattie rare e

di malattie neurovegetative, di grande rilevanza sociale, come il morbo di Parkinson e l'Alzheimer. Vi abbiamo chiesto di tutelare e sostenere la ricerca, fornendo alle nostre attività industriali non solo penalità, ma anche prospettive di sviluppo e di competizione. Abbiamo suggerito l'introduzione di confezioni *start* di farmaci, al fine di evitare il concentrarsi di forme speculative che solo a parole dite di voler combattere.

Siete stati sordi, siete stati impietosi nel Comitato dei nove, comunicandoci la vostra contrarietà, nonostante su alcuni dei nostri emendamenti la stessa Commissione bilancio avesse espresso parere favorevole. Farete altrettanto oggi e questo ci disporrà in maniera rigorosa ad esprimere con grande fermezza il nostro « no » a questo provvedimento (*Applausi dei deputati del gruppo della Margherita, DL-L'Ulivo - Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Galeazzi. Ne ha facoltà.

RENATO GALEAZZI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, oggi discutiamo l'ottavo provvedimento, dal giugno 2001, riguardante i farmaci. Questo è già un segno della incapacità di questo Governo ad adottare misure che siano veramente strutturali.

Siamo di fronte all'ennesimo provvedimento tampone, all'ennesima *una tantum*, e questa volta parliamo di farmaci; siamo di fronte all'ennesimo tentativo di mettere una pezza sulla falla rappresentata dai costi della farmaceutica.

Ritengo che questo metodo di governare abbia ormai segnato il passo, dimostrando la sua inefficacia, come appare chiaro dalle vicende della politica e dell'economia di questo paese.

Nei primi tre mesi di quest'anno si è registrato uno sfondamento della spesa farmaceutica; si parla di 1.365 milioni di euro programmati per il 2004, dunque ben al di sopra di quel 13 per cento che era il limite definito a suo tempo.

Tenete conto che in realtà gli italiani pagano ben di più per i farmaci, almeno 120 euro l'anno per ogni cittadino.

Ci troviamo quindi di fronte ad una situazione in cui gli italiani spendono di più e le cause vengono fatte ricadere sulle regioni e sull'industria. Non voglio qui difendere l'industria farmaceutica, ma sicuramente vanno fatte alcune riflessioni sulla politica del farmaco intrapresa in questi anni.

Tenete conto che siamo in un paese in cui la ricerca farmaceutica e i brevetti sono in numero davvero risibile, proprio perché abbiamo subito l'invasione delle multinazionali e siamo di fronte alla mancanza di una politica farmaceutica nazionale. È questo il punto: non si vuole considerare il problema nel suo insieme, esaminando tutto il processo, dalla ricerca fino alla produzione, dalla distribuzione alla prescrizione, fino all'educazione del cittadino, magari non solo del capofamiglia. Esiste quindi un problema strutturale, che riguarda l'uso, o se volete l'abuso, del farmaco.

Mi dispiace, in proposito, ricordare la citazione — a mio avviso non felice — fatta dal collega, quando ricordava l'affermazione di William Osler secondo cui l'uomo si distingue dagli animali grazie al desiderio di prendere medicine. Non condivido questa affermazione perché penso che l'uomo si distingue dagli animali non perché prende farmaci, anzi forse è ben diffusa nella popolazione e nel buon senso comune la convinzione che i farmaci possono anche nuocere e che per questo vanno presi solo in caso di bisogno, nella giusta dose e su corretta indicazione.

Tenete conto che gli antichi romani, che erano saggi, chiamavano le medicine *venena*. Quindi, possono anche essere veleni, ma se presi nella giusta dose sicuramente hanno un importante ed efficace effetto terapeutico, in grado di guarire molte malattie. Ma, ovviamente, stiamo parlando di un uso razionale dei farmaci, che deve evitare gli effetti collaterali e una serie di complicità, anche dispendiose.

Mi sembra che in questa materia non prevalga un ragionamento basato sulle cause del problema, cercando di interve-

nire sulla struttura di una spesa sicuramente importante, rilevante e qualificante per tutti.

Ritengo superficiale addossare la colpa al cittadino, al medico che prescrive le ricette o all'industria perché tende al profitto. Anzi, se i profitti servono ad incentivare la ricerca e a scoprire farmaci nuovi, ben venga il loro ruolo positivo!

In proposito, voglio ricordare un fatto ormai storico: si dice che il bilancio della Gran Bretagna, all'epoca della signora Thatcher, sia stato salvato non solo dal petrolio del Mare del Nord, ma anche dalla scoperta della ranitidina. La Glaxo, che era allora circa la quarantesima ditta farmaceutica del mondo, divenne la prima, e il bilancio della vendita del brevetto di questo farmaco, rivoluzionario per la cura della malattia peptica, portò al pareggio il bilancio della Gran Bretagna. Ricordo questo fatto clamoroso, perché in realtà cambiò anche il corso della patologia.

Oggi si vogliono incriminare le statine perché hanno comportato un aumento del 3 per cento del prezzo, ma mi domando quanti infarti, quante ischemie, quanti ictus le statine stesse sono in grado di prevenire. Mi sembra quindi un progresso farmacologico importante, perché si tratta del primo farmaco che riesce ad abbassare il tasso di colesterolo e a prevenire in maniera davvero efficace le malattie cardiovascolari; non credo proprio che vada criminalizzato.

I veri problemi sono quelli della prescrizione, del costo del farmaco ma anche dell'educazione, in un progetto che deve comprendere tutta la catena, dalla ricerca alla prescrizione. Il decreto in esame non interviene assolutamente in tale direzione e siamo all'ennesimo provvedimento tampone, per mettere una « pezza » su costi che lievitano in modo esponenziale.

Quindi, l'altro aspetto del decreto è la mancanza di analisi sulle cause di tale incremento. L'aumento va oltre il 13 per cento e nessuno si preoccupa di andare a verificarne le cause. Questo mi sembra grave, poiché non abbiamo avuto alcuna epidemia nei primi mesi dell'anno tale da giustificare l'aumento vertiginoso delle

prescrizioni e non sono stati prodotti nuovi farmaci. In realtà, non è stata perseguita una politica per l'uso del farmaco generico: non vi è alcun incentivo per il medico, non vi è alcuna promozione presso il cittadino volta a far comprendere come il farmaco generico abbia lo stesso principio attivo ma un costo minore. Non vi è, dunque, alcuna politica volta a incentivare i farmaci privi di brevetto.

Non vi è, inoltre, alcuna politica sulle confezioni ottimali. Abbiamo proposto, tra l'altro, con i nostri emendamenti l'istituzione della confezione *start*, proprio al fine di evitare lo spreco di farmaci, ma tale suggerimento non è stato accolto.

Ci troviamo di fronte a una situazione di chiusura: su tutti i nostri emendamenti è stato espresso parere contrario, malgrado il nulla osta della Commissione bilancio su alcuni di essi. Dunque, anche il tentativo di intervenire per migliorare alcuni aspetti relativi al costo dei farmaci non ha avuto alcun riscontro. Assistiamo a una posizione di scarso spessore. Infatti, la mancata analisi e il mancato intervento su alcuni aspetti di tale problema comporterà probabilmente la necessità di adottare un ulteriore provvedimento, in quanto non si interviene sui meccanismi che hanno determinato l'aumento della spesa farmaceutica. Si è persa quindi l'occasione per adottare alcune misure che sarebbero potute intervenire sul fenomeno.

L'attuale situazione politica ed economica è critica, il Governo ha già provveduto ad adottare il decreto « taglia spese », con una riduzione drastica delle spese dei comuni, paventata nel prossimo DPEF. La legge finanziaria che verrà presentata nel prossimo autunno rischia di essere dolorosa, di lacrime e sangue: non saranno certamente sufficienti 15 miliardi di euro, ma sarà probabilmente necessaria una manovra di importo maggiore, analoga a quelle dell'inizio degli anni Ottanta, adottate in una situazione politica ed economica ben diversa (l'importo sarà probabilmente di circa 60 mila miliardi di vecchie lire).

Mi domando dunque come vivrà il cittadino nei prossimi mesi, quando i co-

muni saranno costretti ad innalzare le rette degli asili e delle mense e a decurtare tali servizi. I cittadini anziani, che sono i maggiori consumatori di farmaci (non perché amino assumere farmaci per distinguersi dagli animali, ma perché ne hanno bisogno per garantirsi il benessere), affronteranno una situazione di difficoltà. Tale situazione di difficoltà riguarda tutta l'economia, ma i costi della sanità, a mio avviso, dovrebbero essere gli ultimi ad essere compressi.

Non condivido l'opinione recentemente espressa da un premio Nobel, ad avviso del quale il problema dell'Italia è costituito dalle pensioni e dalla sanità. Ritengo che i problemi di questo paese siano strutturali e riguardino la carenza dell'innovazione e della ricerca e della capacità di cambiare politica.

Non intendo soffermarmi sulle singole proposte emendative sulle quali è stato espresso parere contrario e che non hanno avuto alcun riscontro da parte della maggioranza e del Governo, ma intendo richiamare in particolare l'attenzione sull'articolo aggiuntivo 1.04 a mia firma relativo al problema degli specializzandi. Questa Assemblea si è impegnata su tale problema, e il ministro Giovanardi ha affermato di condividere la nostra proposta di correggere una dizione errata contenuta nella legge finanziaria per il 2003 nel senso di sostituire le parole « conseguono il » con le parole « sono in possesso del ». La dizione vigente ha infatti danneggiato i colleghi che hanno presentato un titolo conseguito prima del 2003, che non viene conteggiato con lo stesso criterio con cui viene conteggiato adesso. Si tratta dunque di una situazione che reca danno ai medici che si sono specializzati prima del 2003. Si tratta di un problema serio che si pone nei concorsi, la cui esistenza è stata riconosciuta dal ministro Giovanardi, il quale ha convenuto sulla necessità di introdurre tale modifica per porre rimedio a un errore di dizione. Su tale proposta si è registrato il consenso unanime della Commissione, ma è stata dichiarata inammissibile: se vi fosse stata la buona volontà della Commissione, del Go-

verno e anche della Presidenza, avremmo potuto introdurre tale correzione, risolvendo un problema che genera ansia e contenzioso nei concorsi e che riguarda tutti i medici specializzati.

Questo problema, tra l'altro, si collega a quello dei medici specializzandi, rispetto ai quali, come sapete, il Governo tiene bloccata in Commissione la questione del contratto di lavoro. Si tratta di un'altra deviazione dalla regola del giusto riconoscimento dell'attività che svolgono questi medici, che costituiscono in molti casi le colonne portanti dei reparti ospedalieri, dal momento che svolgono tutte le funzioni assistenziali di ogni altro medico e, anche in questo caso, l'attività che essi svolgono ogni mattina nelle corsie degli ospedali non viene riconosciuta.

Ci troviamo quindi di fronte ad un Governo e ad una maggioranza che, nonostante le affermazioni di principio poi, nei fatti, eludono ogni misura seria di riforma, in questo caso della sanità. Il settore ha sicuramente le sue storture e i suoi problemi, ma avremmo potuto cogliere questa occasione per migliorare la spesa e introdurre degli aggiustamenti a tutta la politica del farmaco. Questa è la conferma che siamo invece di fronte ad un Governo che preferisce chiudere gli occhi e andare avanti a colpi di decreti urgenti (*Applausi dei deputati del gruppo dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Fioroni. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE FIORONI. Signor Presidente, credo che il Governo, con questo provvedimento, abbia superato se stesso e sono certo che anche il sottosegretario Cursi non potrà non avvertire imbarazzo per il decreto-legge appena adottato. Questo provvedimento si presenta come una soluzione tampone per controllare la spesa farmaceutica che è stata dolosamente accresciuta, e quando dico dolosamente mi riferisco alla politica sbagliata, inadeguata, inappropriata e superficiale di questo Governo e di questo ministro: hanno scelto la strada degli interventi gravi, che preve-

dono i recuperi a carico delle aziende produttrici, ma che non affrontano il problema in maniera strutturale come invece dovrebbe essere.

D'altronde, fin dall'insediamento del ministro Sirchia, il rapporto tra questo Governo e la politica del farmaco ha avuto un approccio che si è caratterizzato essenzialmente per una forma di accanimento terapeutico pari solo alla superficialità dello stesso accanimento. Ma come si fa a pensare di controllare la spesa farmaceutica semplicemente dicendo che chi la sfora sarà costretto a ripianarla, quasi che l'industria o coloro che sono chiamati ad acquistare i farmaci possano in qualche modo essere responsabili della valutazione dell'appropriatezza della prescrizione?

In questo decreto-legge c'è un solo grande assente, elemento ormai strutturale nel rapporto che riguarda questo Governo, la salute degli italiani e il modo di rapportarsi al diritto alla tutela della salute. In altri termini, come pensiamo di controllare la spesa farmaceutica se non siano stati minimamente in grado di fornire ai medici di famiglia, ai medici ospedalieri e ai medici specialisti un punto di riferimento che doveva essere rappresentato dai percorsi diagnostici e terapeutici? Come si fa a pensare di tenere sotto controllo la spesa farmaceutica semplicemente perché abbiamo stabilito che non possiamo spendere più del 13 per cento del nostro fondo sanitario nazionale? Il 13 per cento può essere una grande o una piccola cifra! Il problema è individuare la cifra giusta per rispondere in maniera appropriata ai bisogni di salute degli italiani e questo non lo abbiamo fatto.

Ricordo ancora quando dai banchi dell'attuale maggioranza, approvando la riforma sulla sanità — il decreto legislativo n. 229 del 1999 —, si individuò, come era ovvio, che per controllare la spesa farmaceutica occorrevano tre passaggi: innanzitutto elaborare un piano sanitario nazionale e, conseguentemente, una serie di piani sanitari regionali che fossero in grado di far sposare virtualmente la domanda di salute dei cittadini con l'offerta

idonea, ritenuta tale non in base agli amici degli amici che dovevano ottenere con degli pseudoaccreditamenti — come è successo nel Lazio e in Lombardia — risposte abnormi, ma semplicemente consentendo che l'offerta fosse direttamente connessa ai bisogni di salute dei cittadini italiani.

Conseguentemente, avremmo potuto stabilire l'entità del fondo sanitario nazionale e anche l'entità del fondo sanitario regionale. Nulla di tutto questo è stato fatto e, anzi, si è ritenuto di dover evitare accuratamente l'individuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici.

Che cosa sono questi percorsi diagnostici e terapeutici? Essi dovevano rappresentare lo strumento con cui i vari professionisti e medici di fronte alla malattia — fermo restando il diritto del cittadino di essere curato come 'malato' e non in senso astratto in quanto « malattia » — ottenessero quelle risposte appropriate in termini di diagnosi, di cura e di prescrizione farmaceutica, tenendo presente ovviamente il fatto che non vi è alcuna patologia con una differenziazione su base regionale.

Qualcuno allora obiettò che in tal modo si toglieva la possibilità di libera scelta e di esercizio professionale al medico. Assolutamente falso! I professionisti avrebbero potuto allontanarsi dalle prescrizioni dei percorsi diagnostici e terapeutici semplicemente ribadendo il motivo della loro prescrizione, in difformità alle indicazioni di carattere generale, sulla scorta del malato preso in considerazione.

Tutto questo avrebbe consentito di adottare le uniche misure possibili per contenere la spesa farmaceutica, passando attraverso il concetto di appropriatezza delle cure per le singole patologie, facendo assumere alla classe medica una responsabilità nel momento della prescrizione, (evitando magari le sceneggiate televisive del ministro e dei suoi accoliti di criminalizzazione dell'intera classe medica per convincere il malato italiano che il medico prescrive i farmaci solo per le sue « ferie » ed i suoi interessi, e non per la cura del cittadino) ed esercitando contemporanea-

mente un sistema di controlli efficienti non semplicemente sui numeri, ma anche sulla qualità delle prescrizioni.

Qual è stata invece la strada seguita da questo decreto-legge? È stata solamente quella di assolvere il Governo dalla incapacità di individuare — come era un preciso obbligo di legge — i percorsi diagnostici e terapeutici e di varare le linee guida di comportamento per i professionisti affinché potessero curare il malato discostandosi dalle linee guida stesse con una assunzione di responsabilità. È stata scelta invece una strada banale — e io direi anche molto pilatesca — per evitare ogni controllo sistematico serio.

L'unica forma di controllo sistematico che anche questa volta si è tentato di inserire in questo decreto-legge è quella sulle nuove fustelle, sui nuovi percorsi tecnici, sui nuovi costi aggiuntivi, che dovrebbero essere messi in carico al Poligrafico dello Stato o alla fantomatica banca dati del farmaco, che l'Agenzia dovrebbe realizzare: tutte cose che costano molto, che sicuramente non producono alcun meccanismo di razionalizzazione e che, soprattutto, non curano gli interessi del malato, bensì quelli di qualche amico degli amici che ormai da tempo questo Governo ci ha abituato a veder anteporre alle necessità dei cittadini.

Vorrei chiedere al Governo: perché non avete previsto un meccanismo di controllo per evitare lo sfioramento della spesa farmaceutica? Perché non mettete mano seriamente ad una modifica strutturale? Ritorniamo ai percorsi diagnostici e terapeutici, consentiamo ai professionisti di potersi assumere la responsabilità nel momento in cui prescrivono in difformità, e soprattutto avviamo un sistema di controlli che, nella logica dello scarica barile, non è stato fatto in questo paese né dal Ministero della salute né dalle regioni!

Certo, credo ci sia un elemento che ci possa far stare più tranquilli e ritengo faccia stare più tranquillo il Governo. Abbiamo istituito l'Agenzia del farmaco, che ha posto in capo a cinque stimate personalità, sicuramente esperti nei loro ambiti professionali anche se non so con

quale esperienza diretta nel campo del farmaco e della appropriatezza della cura, un potere immenso: quello di dover decidere dal punto di vista tecnico e scientifico quali siano i farmaci da inserire nel prontuario e contemporaneamente valutare « quando » e « se » potranno essere presi gratuitamente dai cittadini.

Tutto questo sarebbe un'opera meritoria se l'Agenzia e coloro che sono stati chiamati nel consiglio di amministrazione avessero *curriculum* proporzionalmente in grado di esprimere quella competenza e capacità, che sicuramente — ritengo — esso evidenzi (potremo stare tranquilli che il prossimo sfondamento non sarà della cifra di quest'anno ma di alcuni milioni di euro in più).

La cosa che dispiace è il fatto che contemporaneamente a questa Agenzia è stato fatto un duplice regalo per quanto riguarda gli aspetti connessi alla ricerca e all'informazione.

Come si pensa di controllare il meccanismo della spesa farmaceutica se non si è minimamente in grado di intervenire nel campo della ricerca? Se, in Italia, affidiamo ogni possibilità di ricerca e di innovazione soltanto alla produzione, all'industria farmaceutica, come facciamo a ritenere che le case farmaceutiche non si sentano legittimate a fare tutto il possibile per recuperare ciò che spendono e per capitalizzare il *business*? Del resto, né dal piano sanitario nazionale né dai piani sanitari regionali sono stati individuati fondi idonei e linee guida di una ricerca che risponda ai bisogni di salute prevalenti nel paese e, nel contempo, nemmeno indicazioni sufficienti per poter sviluppare progetti di ricerca che siano accuratamente monitorati dall'Istituto superiore di sanità o dal dipartimento del farmaco. Questo compito è stato attribuito a cinque esperti del consiglio di amministrazione dell'Agenzia del farmaco, i quali saranno sicuramente in grado di elaborare le predette linee di indirizzo. Le risorse saranno, ancora una volta, soltanto private.

Resta il capitolo dell'informazione farmaceutica. Nel lasciare alle industrie la funzione di produrre i farmaci innovativi,

è come se si dicesse loro: « State tranquille: vi rifarete perché, tutto sommato, l'informazione ai medici sull'appropriatezza dei nuovi farmaci sarà affidata solamente a voi ed alla vostra capacità di sapere sposare l'informazione farmaceutica come elemento istituzionale e l'informazione farmaceutica come *marketing* ». Poi la Guardia di finanza scopre — guarda caso! — che dietro l'informazione farmaceutica c'è anche un fenomeno di incentivazione spinta al consumo di farmaci!

Anziché adottare questi decreti-legge ridicoli e repressivi, con cui si finisce per mettere una toppa peggiore del buco, sarebbe il caso di cominciare ad investire nella ricerca anche farmacologica — dettando apposite linee guida e precisando i settori di ricerca — e di affidare allo Stato il compito di fornire agli operatori sanitari un'informazione corretta e svincolata dalle necessità di mercato fino ad oggi imperranti.

Un altro aspetto degno di trattazione riguarda l'Agenzia del farmaco, la quale continua ad operare in conformità ad un accordo sciocco ed allucinante come quello dell'8 agosto 2001! Si addicono le qualifiche di demenziale al Governo che ha formulato una simile proposta e di sciocche alle regioni che l'hanno accettata. Almeno, le regioni possono addurre un'attenuante perché è come se avessero agito con una pistola puntata alla tempia; in sostanza, avete detto loro: « Se volete ripianare i debiti, mangiate questa minestra; altrimenti, saltate dalla finestra! ». Come si fa a stabilire un tetto della spesa farmaceutica al 13 per cento? Avete fatto, per così dire, un falso in atto pubblico perché, già mentre firmavate l'accordo, in quel lontano 8 agosto del 2001, sapevate benissimo che la spesa farmaceutica era sfalsata di circa 5 mila miliardi (come ricordate bene). Su questa base è stato costruito un castello, che ogni anno è stato implementato.

Ebbene, anziché concepire una politica di controlli, di indirizzi e di osmosi tra ricerca ed informazione, sotto la mano pubblica, avete scelto la strada di un'ulteriore finzione: chiedete una « market-

ta » alle aziende farmaceutiche (« Dateci questi quattro soldi sullo sfioramento ») che, tutto sommato, costa poco ed è facile da accettare.

Vorrei che il ministro dell'economia e delle finanze, ora il Presidente del Consiglio, mi spiegasse come farà (ma, forse, dopo l'abolizione del reato di falso in bilancio, questa sarà una cosa semplicissima) a stabilire quale sia lo sfioramento della spesa farmaceutica, dal momento che la banca dati nazionale sulla spesa esiste a macchia di leopardo e che in due terzi delle regioni i controlli sulla spesa farmaceutica non esistono perché quest'ultima non è monitorizzata (perché questo Governo è schiavo della Lega e non ha esercitato i poteri sostitutivi là dove la monitorizzazione della spesa farmaceutica non veniva eseguita).

Quindi, sapete che questo decreto-legge ha una copertura falsa. Create un meccanismo con cui le aziende dovranno ripianare il deficit insieme con le regioni sapendo bene che dite ai due compari, quello che vende e quello che acquista, che se controllano poco o controllano d'accordo, comunque si troverà un modo per recuperare. La spesa, però, sicuramente non sarà quella che avete preventivato, ma quella che agli amici farà piacere.

Di fronte a tutto ciò, il nostro voto sarà senz'altro contrario. È evidente che siamo in presenza di un Governo incapace e di un ministro che, forse, potrebbe svolgere bene la professione medica, ma che certamente non può guidare la sanità pubblica italiana (*Applausi dei deputati del gruppo della Margherita, DL-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Valpiana. Ne ha facoltà.

TIZIANA VALPIANA. Signor Presidente, credo di dover aggiungere la mia voce a quella dei colleghi intervenuti sul complesso delle proposte emendative presentate da tutti i deputati dell'opposizione componenti la XII Commissione (Affari sociali). Intervengo per spiegare il motivo per il quale anche da parte del gruppo di Rifondazione comunista è stata espressa

una netta contrarietà o, comunque, una grande perplessità rispetto a questo provvedimento la cui finalità potrebbe sembrare di buonsenso nel momento in cui pone a carico delle aziende una parte dello sfioramento del prezzo dei farmaci nel nostro paese.

Credo che non debba meravigliare che il gruppo di Rifondazione comunista, notoriamente molto critico rispetto agli immensi e poco chiari profitti dell'industria farmaceutica, nutra alcune riserve su questo provvedimento. Infatti, ad uno sguardo superficiale, potrebbe sembrare che si intenda far risalire — giustamente — la responsabilità della prescrizione dei farmaci il cui prezzo è molto alto e, quindi, lo « sfioramento » del tetto di spesa previsto del 13 per cento per l'assistenza farmaceutica, alle aziende. In realtà, se analizziamo bene quali saranno le conseguenze reali derivanti dalla conversione di questo decreto-legge, ci rendiamo conto che, ancora una volta, i costi aggiuntivi saranno a carico del cittadino. Infatti, si tratta di un provvedimento tampone e sicuramente le aziende non calcoleranno sul proprio margine lo sconto ulteriore da fare al Servizio sanitario nazionale; esso sarà fatto pagare ai cittadini, probabilmente attraverso le regioni che, prive dei mezzi necessari per portare avanti la spesa farmaceutica, aumenteranno i ticket e gli altri balzelli a carico del cittadino. Sarà fatto pagare direttamente attraverso l'inserimento di molti farmaci nella fascia C (quindi, a totale carico del cittadino).

Vorrei ricordare che nel 2003, per il fondo sanitario nazionale si è registrata una spesa farmaceutica inferiore a quella dell'anno precedente del 6,2 per cento (un miliardo di euro uscito direttamente dalle tasche dei cittadini per il pagamento dei farmaci). Credo, quindi, che la politica farmaceutica attuata nel nostro paese stia erodendo gradualmente il diritto alla salute che dovrebbe essere garantito a tutti i cittadini nel nostro paese e di cui dovrebbe farsi carico il Servizio sanitario nazionale pubblico e solidaristico.

In realtà, il cittadino che necessita di farmaci il più delle volte è lasciato solo dal

Servizio sanitario nazionale di fronte alle spese sempre maggiori previste dall'assistenza farmaceutica ed è costretto a pagare di tasca propria i farmaci che, di fatto, ha già pagato nel momento in cui ha contribuito, attraverso la fiscalità, alla costituzione di questo fondo.

Credo che alla base della scelta di porre a carico dell'industria farmaceutica il 60 per cento dello scostamento, non sia stata svolta un'analisi della situazione. Ancora una volta, ci troviamo di fronte ad un provvedimento tampone che non riuscirà a risolvere il problema perché non ne sono state analizzate le cause. Dunque, sono state individuate soluzioni emergenziali e non strutturali, come questo Governo è abituato a fare in tutti i campi e in particolare in quello della sanità. Infatti, si tratta dell'ottavo provvedimento tampone che tenta di bloccare la bancarotta di fronte alla quale si trova anche il settore della sanità.

Innanzitutto, credo che la causa principale dello sfioramento del tetto stabilito del 13 per cento — vorrei sottolineare anche il fatto che per questo decreto manca stranamente una relazione tecnica, che ci metta in grado di capire realmente quali sono le analisi che stanno alla base delle scelte fatte e quali sono soprattutto gli obiettivi che vengono perseguiti da questo provvedimento — sia da rinvenire nel fatto che si tratta di una percentuale di spesa per la farmaceutica stabilita in maniera del tutto acritica e non corrispondente alla realtà rispetto ad un Fondo sanitario nazionale che noi sappiamo essere assolutamente sottostimato.

Sappiamo ormai che il nostro Fondo sanitario nazionale, che corrisponde al 6,2 per cento del PIL, è in realtà molto inferiore al 6 per cento, se andiamo ad analizzare bene le voci; e sappiamo che la media degli altri paesi europei supera invece il 6 per cento e che sarebbe necessario, se non si scelgono politiche astratte, ma si decide di valutare quali sono i costi reali della sanità nel nostro paese, che il fondo sanitario fosse — come più volte Rifondazione comunista ha cercato di dire e di fare, attraverso le ultime

finanziarie, e come sicuramente nella prossima finanziaria continuerà a sostenere — almeno tra il 7 e l'8 per cento. È evidente che, se ci manteniamo sotto il 6 per cento, di fronte ad una spesa reale dell'8 per cento rispetto al PIL, anche il 13 per cento del Fondo sanitario riservato alla farmaceutica viene ad essere decurtato in maniera proporzionale e risulterà assolutamente non sufficiente e sottostimato rispetto alle reali necessità.

Ancora una volta credo che quello che manca sia un'analisi concreta delle cause che hanno determinato l'aumento della spesa farmaceutica nel nostro paese. Innanzitutto, dobbiamo ricordare che negli ultimi anni c'è stato un aumento generalizzato, in tutti gli Stati dell'Unione europea, della spesa farmaceutica e, in realtà, l'Italia non avrebbe potuto in nessun modo fare eccezione. Le cause sono moltissime, ma sostanzialmente possiamo farle risalire a due ordini di problemi. In primo luogo, l'inserimento di nuovi farmaci innovativi, che hanno avuto e hanno alti costi di ricerca e di innovazione tecnologica, che si riversano evidentemente sul prezzo finale del farmaco e che portano quindi ad un aumento della spesa. L'altro motivo — che credo sia sotto gli occhi di tutti — è l'aumento medio dell'età della popolazione nell'Unione europea e, quindi, di fatto, per le mutate le condizioni di salute dei cittadini, l'aumento del ricorso alla farmaceutica.

Ci sono poi anche alcune cause concrete collegate alle scelte che sono state fatte nell'ultimo periodo, che hanno determinato un aumento della spesa farmaceutica di cui non si può non tener conto. Vorrei ricordare — per sottolineare che questo Governo ha fatto una cosa positiva — che in questa primavera sono stati inseriti all'interno del prontuario farmaceutico i farmaci antistaminici (che ne erano stati precedentemente esclusi), che servono per la cura delle allergie. Sappiamo tutti quanto le allergie, sia di tipo cronico, sia di tipo emergenziale, sia stagionale, siano in aumento nel nostro paese e quanto sia importante il fatto di avere riconosciuto, anche su richiesta di Rifon-

dazione comunista, attraverso atti di sindacato ispettivo, la necessità di inserire nel prontuario farmaceutico (quindi a carico del Servizio sanitario nazionale e in modo gratuito per i cittadini) i farmaci antistaminici. Non si può però non tenere conto del fatto che questo comporta sicuramente un aumento delle spese. Ricordiamoci poi che è stata introdotta tutta una serie di nuovi farmaci — in particolare, statine — all'interno del prontuario farmaceutico, e che anche ciò comporta un aggravio di spesa. Inoltre — e anche al riguardo ritengo sia una cosa sacrosanta e fatta bene, alla quale però si sarebbe dovuto pensare preventivamente, non tardivamente —, con la regolarizzazione, prevista dalla legge Bossi-Fini, abbiamo 700.000 nuovi cittadini stranieri che, grazie a una sistema sanitario nazionale ancora vigente nel nostro paese, godono, dopo questa regolarizzazione, dell'assistenza sanitaria e, quindi, anche dell'assistenza farmaceutica gratuita. A fronte di questi nuovi 700 mila aventi diritto non era stata prevista una lira di aumento delle spese sanitarie per le regioni. È evidente come al riguardo vi sia stata, da parte di tutte le regioni, una presa di posizione seria e dura nei confronti dello Stato e che si sia dovuto correre ai ripari attraverso un aumento dei costi relativi anche a tale voce.

Credo occorra analizzare anche quella serie di fenomeni di illegalità — chiamiamoli così! —, sui quali sta indagando la magistratura, che coinvolgono numerose multinazionali farmaceutiche (ed una in particolare). Al di là dei risultati delle indagini condotte dalla magistratura, resta chiaro che le multinazionali, e le aziende farmaceutiche in generale, hanno riversato e riversano tuttora sul costo dei farmaci spese enormi, sostenute per « oliare » la macchina delle prescrizioni mediche. Al riguardo credo che nel nostro paese debba essere avviata una seria riflessione sul mancato controllo delle prescrizioni e, soprattutto, sull'appropriatezza delle prescrizioni stesse.

A fronte di tutti questi fattori — e, se ce ne fosse il tempo, potremmo probabilmente chiamarne in causa numerosi

altri —, che hanno determinato un aumento della spesa farmaceutica, non sono state adottate né manovre di tipo strutturale, né scelte concrete per evitare la lievitazione di detta spesa. Vorrei provare a citare alcune delle scelte che avrebbero potuto essere compiute — che sono, poi, quelle che abbiamo cercato di tradurre nelle nostre proposte emendative — per contenere il costo dei farmaci non in maniera astratta, e senza ridurre i profitti — che sono sempre tantissimi — ottenuti dalle multinazionali, visto che poi i loro mancati guadagni verranno sempre fatti ricadere sui cittadini.

Vorrei ricordare, innanzitutto, che siedo in Commissione affari sociali ormai da tre legislature, e dal 1994 non sento che parlare della necessità (peraltro, mai affrontata nel nostro paese) di adeguare le confezioni dei farmaci alle dosi ottimali e dunque a dosi che, da una parte, assicurino la continuità terapeutica (mi riferisco, ad esempio, agli antibiotici) e, dall'altra, non contengano una quantità di prodotto superiore a quella necessaria. È evidente, infatti, che la parte di confezioni che non viene utilizzata va sprecata, ed incide fortemente sui costi del settore farmaceutico.

Vorrei osservare, inoltre, che nel nostro paese non sono previste le cosiddette confezioni *starter*. Si tratta di confezioni contenenti piccole dosi (come, ad esempio, dieci pastiglie), in grado di testare il nuovo farmaco prescritto ad un cittadino che lo assume per la prima volta. È evidente che ove venga prescritta una dose « normale » di un medicinale ad un cittadino che successivamente, per un motivo qualsiasi, trova il farmaco non corrispondente al suo bisogno o non adatto a lui, la parte non utilizzata va sprecata: pertanto, ancora una volta, si verifica un sovraccarico di spesa per tutti.

Vorrei ricordare in particolare che, per quanto concerne le statine, sono state ritirate dal mercato le confezioni da 10 pastiglie e sono vendute esclusivamente quelle da 30 pastiglie. Credo che ciò si traduca in uno spreco di 20 pastiglie per ogni confezione venduta: pertanto, i due

terzi della spesa sono soldi buttati al vento o, peggio, nel cassonetto, con un notevole aggravio, anche sotto il profilo ecologico, per il nostro paese. Vorrei altresì segnalare che, in tutti gli altri paesi, è previsto che il farmacista possa aprire la confezione e consegnare al cliente solo la dose strettamente necessaria per la cura, oppure una dose per effettuare una prova della rispondenza del farmaco alle sue esigenze.

Inoltre, manca la possibilità di prescrivere il principio attivo del farmaco. Vorrei ricordare che, al riguardo, sono state condotte campagne informative, ma sono state troppo timide per entrare nella mentalità corrente del nostro paese. Sappiamo quanta parte del costo dei farmaci sia imputabile al fatto che numerosi di essi siano, per così dire, « griffati », e sappiamo, altresì, che molto spesso esistono farmaci identici, ma definiti « generici ». Ebbene, si tratta di un nome che spesso penalizza tali confezioni farmaceutiche, contenenti i principi attivi, perché il cittadino viene poco invogliato ad acquistare un farmaco definito « generico ». Al di là di ciò, credo sia evidente a tutti che gran parte del costo del farmaco è rappresentato proprio dal nome commerciale del farmaco stesso, dalle risorse investite per la sua pubblicizzazione e dall'intero meccanismo della *griffe*, sul quale le case farmaceutiche vivono e rispetto al quale si svolge una competizione tra farmaci che, pur contenendo lo stesso principio attivo e pur producendo gli identici effetti terapeutici, giocano su prezzi diversi, su confezioni diverse e su « ammiccamenti » diversi ai medici prescrittori e, dunque, al consumatore finale.

Credo sarebbe necessario anche nel nostro paese diminuire — come in tutti gli altri paesi — la durata del periodo brevettuale, perché è evidente che quanto più un brevetto è lungo — sappiamo che alcuni farmaci, entrati in commercio in Italia oltre 15 anni fa, sono ancora coperti dal brevetto —, tanto più ciò va ad incidere sul prezzo finale.

Poiché in Commissione affari sociali, da molto tempo, è in discussione una propo-

sta di legge sugli informatori scientifici, sottolineo che sarebbe necessaria, per i medici, un'informazione sui nuovi farmaci gestita non dagli informatori — che una volta si chiamavano propagandisti — provenienti dalle ditte farmaceutiche, ma dalle strutture pubbliche indipendenti.

Concludendo, ritengo che questo decreto-legge non porterà ai risultati cui si dice di voler arrivare, perché in realtà si cerca di dare una soluzione tecnica ad un problema che non è tecnico, ma eminentemente politico, ossia quello di dare la giusta considerazione alla salute dei cittadini del nostro paese (*Applausi dei deputati del gruppo di Rifondazione comunista*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Bolognesi. Ne ha facoltà.

MARIDA BOLOGNESI. Signor Presidente, già lo hanno sottolineato altri colleghi, ma vorrei rimarcare come questo provvedimento riveli la debolezza e l'incapacità del Governo, di governare e regolamentare settori delicati, quale quello che riguarda la salute dei cittadini e delle cittadine italiane.

È infatti evidente la debolezza del Governo, che si presenta in quest'aula limitandosi a registrare lo sfioramento del tetto del 13 per cento e proponendoci un provvedimento tampone di carattere emergenziale (l'ennesimo, vorrei sottolinearlo, perché mi sembra sia il quinto o il sesto che interviene sulla spesa farmaceutica). Tale provvedimento non individua un meccanismo virtuoso su cui cominciare ad operare affinché vi sia un cambiamento della situazione e si riconosca la debolezza del tetto del 13 per cento, iniziando a ragionare su meccanismi virtuosi.

Credo che i nostri emendamenti abbiano individuati molti di tali meccanismi: il tema annoso delle confezioni ottimali, quello dell'appropriatezza dei percorsi terapeutici, o quello del coinvolgimento dei medici di medicina generale e — perché no? — dell'utenza in un tentativo di gestire un tema « caldo » come quello della spesa farmaceutica, che certamente deve essere tenuta sotto controllo, ma non può essere

soltanto oggetto, sistematicamente, di provvedimenti tampone.

Credo che ciò sia il cascame evidente del « fu » ministro Tremonti — « fu » come ministro, ovviamente, non come persona — e individui un punto di debolezza e di incapacità reale del governo della spesa italiana e dell'investimento rispetto ad alcuni settori. Abbiamo, infatti, messo nelle mani del ministro Tremonti la salute dei cittadini italiani, impoverendo ed indebolendo totalmente il ruolo di indirizzo e di verifica del governo della sanità nazionale. Non sarà semplicemente con la sostituzione del ministro della salute che si potrà rimediare a tale *vulnus*, all'assenza di governo della spesa sanitaria e di indirizzo di ciò che vogliamo realizzare, col piano sanitario nazionale e con i piani sanitari regionali.

Addirittura, alcune regioni non sono in grado di presentare indirizzi, di fare programmazione e, quindi, monitoraggio della spesa, definendo anche la qualità del servizio reso, sotto il profilo del diritto alla salute, a tutti i cittadini italiani, ovunque essi nascano e risiedano.

Allora, è evidente la debolezza di questo meccanismo: infischiosene del problema della risposta — e della qualità della stessa — alla salute dei cittadini, si interviene con provvedimenti emergenziali, con provvedimenti tampone, colpendo là dove è più semplice colpire. Ciò senza comprendere che l'ennesima manovra sull'industria del farmaco non solo non individua i motivi dello sfioramento e non accerta se lo stesso sia dovuto anche ad una debolezza del tetto, ma colpisce quello che, invece, dovrebbe essere considerato un settore produttivo, che impiega posti di lavoro e, soprattutto, chiede investimenti e ricerca; ciò, evidentemente, affinché non vi siano soltanto una distribuzione ed una commercializzazione. Tra l'altro, anche in questo caso, non vi è una ripartizione equa su tutta la filiera e non si interviene in maniera ordinata. Soprattutto, l'assenza totale di investimenti per la ricerca, l'assenza totale di governo e di previsione della spesa e di certezza per gli operatori del settore, l'assenza totale di una minima programma-

zione dell'industria, da un lato, e di un minimo intervento nel settore degli operatori, dall'altro, l'assenza di un investimento sulla salute dei cittadini, complessivamente determinano una totale debolezza del governo della salute nel nostro paese.

Sappiamo che si colpisce chi non è responsabile dell'appropriatezza delle prescrizioni. Ciò vuol dire che non siamo in grado di governare, insieme alle regioni, l'appropriatezza delle prescrizioni e la capacità di previsione di spesa e che non abbiamo la minima capacità di intervenire su correttivi minimi. Ancora una volta, il Governo taglia la spesa sanitaria e fa ricadere il controllo della spesa sulle spalle di chi sicuramente non può essere l'oggetto del controllo stesso; esso non è in grado di mettere intorno ad un tavolo medici di medicina generale e regioni e di individuare percorsi appropriati e punti di debolezza nella filiera della spesa e nella distribuzione del farmaco. Il Governo agisce in questo modo e ciò viene rivelato dalla totale assenza di uno « straccio » di relazione tecnica che individui i punti di debolezza.

Ciò significa che, fra tre mesi, si opererà di nuovo un altro taglio e, per l'incapacità del Governo, vi sarà un'altra ricaduta in termini di redistribuzione sui vari soggetti che operano nel campo sanitario, dall'industria fino all'anziano che per la sua patologia cronica usufruisce di un certo medicinale.

È chiaro che, in questo momento di crisi totale del Governo di centrodestra, forse è utopistico pensare di chiedere a chi ne ha la responsabilità — penso al Presidente Berlusconi — di tornare indietro su alcuni indirizzi e di cambiare i ministri che hanno dimostrato una totale incapacità, tra i quali ovviamente il ministro Tremonti. È evidente che, sebbene un primo passo sia già stato compiuto, si brancola nel buio totale per individuare possibili soluzioni ai danni che avete prodotto ai cittadini italiani. Oggi, infatti, è diminuita la capacità di copertura del diritto sanitario per i cittadini ed è aumentata la spesa. Il Governo ci chiede un taglio che cade sulle spalle dell'industria, ma non ci dà soluzioni e indirizzi, né ci

consente di individuare percorsi virtuosi affinché tale spesa torni sotto controllo o si individui la debolezza o l'inefficacia del tetto stabilito.

Potremmo anche tornare a discutere se la risposta in termini di « salute » passi efficacemente da questo tetto di spesa o se forse l'equilibrio tra risposte ai bisogni di salute e spesa farmaceutica richieda una riflessione di natura diversa, perché oggi, con la cronicizzazione di molte patologie e con la possibilità di rispondere in termini di qualità della vita a fronte di molte patologie, noi dobbiamo rivalutare in qualche modo, nel rapporto spesa-benefici, gli investimenti che sono stati adottati.

Oppure, dobbiamo chiedere una assunzione di responsabilità di carattere diverso a chi prescrive farmaci... È possibile individuare un *budget* — come abbiamo chiesto — visto che sappiamo all'incirca quanto può spendere chi ha un certo numero di mutuatati (circa 1500); ad esempio, è allora ipotizzabile che i medici di medicina generale, ai quali si chiede di farsi carico di pazienti a domicilio, possano rispondere, oltre che in termini di qualità della vita, anche in termini di capacità di risparmio per quanto riguarda i ricoveri non « appropriati ».

Questo riequilibrio può costruirsi con i medici che si fanno carico di curare a domicilio pazienti cronici o terminali, con una « scalettatura » maggiore di *budget*. Ci sono tante soluzioni che possono mettersi in campo: per esempio, l'annosa questione della confezione ottimale terapeutica, della quale si parla da anni, e che può essere un modo per combattere sprechi senza gravare sulle spalle dei pazienti.

Ci possono essere percorsi terapeutici e virtuosità nelle prescrizioni, cercando di responsabilizzare i pazienti, attraverso campagne che, per esempio, « lavorino » sul farmaco generico. Tuttavia, la debolezza nell'utilizzo del farmaco generico in Italia dipende dall'incapacità dal punto di vista culturale diffusa in primo luogo fra i medici e successivamente fra i pazienti. Perché allora non investire minimamente in campagne sul farmaco generico affinché la spesa possa essere ridotta ?

Comprenderei che si dicesse, come si è fatto con i condoni e con altri interventi tampone, che tali misure non hanno evidentemente prodotto alcuna efficacia: adottiamo un provvedimento tampone, ma accanto a questo, individuamo percorsi di governo della spesa farmaceutica, percorsi di corresponsabilizzazione, che non si traducano soltanto in una penalizzazione dell'industria, che peraltro, sul piano del *budget* generale della spesa, risulta essere un « pezzetto » del problema.

Noi lo avremmo compreso, avremmo forse criticato, ma probabilmente avremmo dato un contributo (che abbiamo cercato ugualmente di fornire attraverso la presentazione dei nostri emendamenti) affinché si costruisse un diverso percorso per il futuro.

Il Governo si presenta invece in Parlamento senza una relazione, senza aver individuato le cause di questo « sforamento » di spesa, senza fornirci i dati circa il fatto che lo « sforamento » possa riguardare alcune realtà, alcune patologie o alcuni tipi di prescrittori.

Non ha fatto niente di tutto questo, il Governo ! Si è limitato a compiere la sesta o la settima « manovra » sul farmaco, perché, come dire, è semplice, e anche popolare, evidenziare qualche scandalo qua e là, magari « vecchio » e riportato sulla stampa, che individui magari la colpa da una parte e renda meno pesante e grave la manovra; noi qui vogliamo invece svelare questo « giochetto » secondo il quale, se si adotta un intervento tampone e al contempo non si forniscono indirizzi in termini di governo del problema, che individuino quindi soluzioni a medio e lungo termine per risolverlo, è evidente che poi si alzi bandiera bianca rispetto alla capacità stessa di comprendere.

Questo è un ragionamento tutto politico, onorevole rappresentante del Governo, dinanzi al fatto che evidentemente il ministro — non so se sia ancora ministro della salute — non ha avuto il coraggio di venire qui per « difendere » un provvedimento che riveste urgenza soltanto per l'incapacità delle casse dello Stato, e quindi del Tesoro, ma certamente non per i cittadini italiani.

Questi ultimi avrebbero voluto, forse, anche un intervento tampone poiché il Governo non è in grado di fare altro, ma anche iniziative ed indirizzi su cui agire affinché tale tipo di provvedimento non debba essere riprodotto tra tre o sei mesi per colpa dello « sforamento ».

Non è colpa degli italiani se si invecchia di più: fortunatamente, il nostro Servizio sanitario nazionale, che avete cercato di distruggere in ogni modo, continua ancora a rispondere alle esigenze di salute, anche grazie agli operatori sanitari. Tuttavia, è chiaro che, se cambia la qualità delle patologie, deve necessariamente cambiare anche la qualità della risposta da dare al bisogno di salute. L'intervento del farmaco diventa una voce più importante perché tante patologie vengono risolte da farmaci innovativi grazie alla capacità della ricerca e della sperimentazione di fornire sempre nuove soluzioni. Un Governo capace di prevedere cosa accadrà tra dieci o vent'anni in questo paese deve essere in grado di portare avanti indirizzi diversi, fornire non solo risposte emergenziali ma anche strategiche, che mi sembra manchino totalmente nel governo della sanità che era stato appaltato, insieme a molto altro, all'ex ministro Tremonti.

PRESIDENTE. Onorevole Bolognesi...

MARIDA BOLOGNESI. Concludo, signor Presidente.

Con i nostri emendamenti correttivi abbiamo provato ad indicare strade diverse. Mi auguro che presto andrete a casa e saranno altri a dare soluzioni diverse, perché la salute dei cittadini italiani è già abbastanza penalizzata da questo Governo. Mi sembra che la vostra incapacità sia davanti agli occhi dell'Europa e dell'Italia e, soprattutto, dei pazienti, che sono l'anello più debole e chiedono soluzioni strategiche diverse.

Insieme alle regioni, che oggi hanno la massima responsabilità in materia e si sono rivoltate contro il Governo rispetto al provvedimento in esame, dobbiamo individuare strumenti di rilevazione dei problemi sanitari e della spesa farmaceutica e, accanto a

ciò, immettere meccanismi virtuosi. Vi sono regioni che hanno già avviato tali meccanismi. Abbiamo la possibilità di lavorare perché l'Italia non sia un paese non solidale, un paese in cui vi è una sanità di serie A ed una di serie B (cosa che già esiste perché non siete stati capaci neanche di rilevare i livelli essenziali di assistenza nonché in quali territori è maggiore il bisogno di salute dei cittadini).

Mi auguro che il provvedimento in esame, cui siamo fermamente contrari, trovi una risposta negativa dalle regioni e dall'Assemblea, poiché da tempo chiediamo un cambiamento vero sul diritto alla salute (*Applausi dei deputati del gruppo dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare sulle proposte emendative riferite agli articoli del decreto-legge, invito il relatore ad esprimere il parere della Commissione.

FABIO STEFANO MINOLI ROTA, *Relatore*. Signor Presidente, la Commissione esprime parere contrario su tutte le proposte emendative presentate.

PRESIDENTE. Il Governo ?

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, non ripeterò ogni volta che il relatore ed il Governo hanno espresso parere contrario perché è informazione ormai nota...

Passiamo alla votazione dell'emendamento Burtone 1.22.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Burtone. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Signor Presidente, il Governo ha affrontato questo provvedimento ricorrendo al solito intervento tampone. In realtà, non ci troviamo di fronte ad un aumento congiunturale della spesa farmaceutica e, quindi, sono necessari interventi strutturali.

Tenuto conto della crescita del numero degli utenti, con l'accesso a pieno titolo di circa 700 mila cittadini stranieri, e di alcune decisioni della CUF di modificare il prontuario farmaceutico, con l'emendamento in esame chiediamo, con realismo, la rideterminazione, da parte del ministro della salute, di concerto con la Conferenza Stato-regioni, della spesa farmaceutica ed un suo possibile allineamento a quella della maggioranza dei paesi europei.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Labate. Ne ha facoltà.

GRAZIA LABATE. Con l'emendamento in esame richiamiamo l'attenzione dei colleghi della maggioranza e del Governo su due questioni. La prima è una questione metodologica, di tempo, perché chiediamo che entro il mese di agosto 2004, nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, sia ridiscusso l'andamento della spesa farmaceutica. Lo chiediamo in omaggio all'accordo stipulato tra l'attuale Governo e le regioni italiane l'8 agosto 2001, che all'articolo 9, lettera e), prevede che entro il mese di settembre di ciascun esercizio finanziario i soggetti istituzionali si incontrino, analizzino la previsione e l'andamento della spesa e ragionino sulle previsioni reali almeno di un primo semestre. Questo perché siamo tutti convinti che la spesa pubblica vada tenuta sotto controllo e non debba splafonare.

La seconda questione è la seguente. A noi dell'opposizione fa piacere leggere la relazione che accompagna il parere espresso dalla V Commissione. I colleghi sanno, infatti, che il provvedimento in esame non è accompagnato dalla relazione tecnica; dunque, in assenza di tale relazione, il Governo ha dovuto fornire alla Commissione bilancio un'opinione sui tempi e sulle quantità e ha dovuto dire che l'Agenzia nazionale per il farmaco solo a settembre sarà in grado di svolgere il proprio ruolo di controllo.

Invito quindi i colleghi della maggioranza ed il Governo a non sottovalutare questo emendamento dell'opposizione, che

vi viene in aiuto, per evitare che alla fine di ottobre quest'aula si trovi nuovamente ad esaminare un decreto sulle previsioni reali almeno semestrali e che ci chiama ad operare un'ennesima copertura o un ennesimo taglio.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, a titolo personale, l'onorevole Battaglia. Ne ha facoltà.

AUGUSTO BATTAGLIA. Abbiamo criticato il decreto-legge in esame perché esso non parte da un'analisi reale della situazione. Non c'è una relazione tecnica di accompagnamento, né il Governo ci ha detto per quali ragioni è stato sfondato il tetto di spesa di 1.300 milioni di euro.

Con l'emendamento in esame cerchiamo, quindi, di fare uno sforzo per aiutare il Governo e la maggioranza ad individuare le cause dello sfondamento. Dobbiamo considerare infatti che, dal 1° gennaio scorso, 700 mila nuovi utenti del Servizio sanitario nazionale sono stati messi nella condizione di poter avere, secondo la sanatoria relativa agli immigrati, diritto a tutte le forme di assistenza sanitaria, senza che voi abbiate dato nemmeno un euro in più alle regioni per poter affrontare le relative spese sanitarie. D'altronde, non si può pensare che, fra questi 700 mila nuovi utenti, non vi siano persone che siano state male, che siano andate dal dottore e a cui siano stati prescritti dei farmaci. Le regioni si sono, quindi, trovate nella condizione di pagare delle prestazioni aggiuntive, per le quali lo Stato non ha stanziato nemmeno un euro!

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Burtone 1.22, non accettato dalla Commissione né dal Governo e sul quale la V Commissione (Bilancio) ha espresso parere contrario.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

<i>(Presenti</i>	432
<i>Votanti</i>	431
<i>Astenuti</i>	1
<i>Maggioranza</i>	216
<i>Hanno votato sì</i>	199
<i>Hanno votato no</i> ..	232).

Prendo atto che l'onorevole Falanga non è riuscito ad esprimere il proprio voto.

Passiamo alla votazione dell'emendamento Meduri 1.53.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Battaglia. Ne ha facoltà.

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor Presidente, nel corso dell'esame del provvedimento in Commissione ci siamo sforzati di far capire alla maggioranza ed al Governo che non si può affrontare la questione delicata dei farmaci con misure sommarie. In questo caso, non si approfondiscono i problemi reali e non si analizzano i motivi dello sfondamento del tetto di spesa nella misura del 13 per cento. Potrebbe essere accaduto a causa di una valutazione non realistica del suddetto tetto di spesa o di una sottostima o inadeguatezza del fondo sanitario nazionale. Se così fosse, anche la percentuale del 13 per cento risulterebbe sottostimata.

Le regioni devono garantire ai cittadini italiani il diritto all'assistenza sanitaria, ma, in tale contesto, risulta difficile farlo e, pertanto, ci ritroviamo in una situazione che il Governo sta affrontando in maniera inadeguata. Vorrei ricordare al Governo che, grazie ad otto provvedimenti da esso approvati in questi tre anni, i cittadini italiani ormai si sono fatti carico, di tasca propria, del 40 per cento della spesa per le medicine, che un pensionato ormai spende dai 60 agli 80 euro al mese per comprare le medicine, e che una famiglia italiana spende, per ogni componente familiare, 119,1 euro all'anno per la stessa finalità. La copertura finanziaria della spesa farmaceutica in passato gravava, per