



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE TURCO  
IN MERITO AI CRITERI DI NOMINA DEI DIRETTORI  
SCIENTIFICI DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA  
A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

*(Le comunicazioni del Ministro sono state svolte anche nella seduta del 27 settembre 2006)*

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE TURCO  
SUL PATTO PER LA SALUTE

23<sup>a</sup> seduta: mercoledì 25 ottobre 2006

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

**Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco in merito ai criteri di nomina dei direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA) . . . . .	8
TURCO, ministro della salute . . . . .	3

**Comunicazioni del Ministro della salute Turco sul Patto per la salute**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 8, 12, 14
BASSOLI (Ulivo) . . . . .	13
* BIANCONI (FI) . . . . .	12
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	13
* GRAMAZIO (AN) . . . . .	14
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA) . . . . .	12
* TOMASSINI (FI) . . . . .	13
TURCO, ministro della salute . . . . .	8, 12

**Ripresa del seguito delle comunicazioni del Ministro della salute in merito ai criteri di nomina dei direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 14, 20
* CURSI (AN) . . . . .	15, 17
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	19
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA) . . . . .	14
* TOMASSINI (FI) . . . . .	17
TURCO, ministro della salute . . . . .	17

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

*Interviene il ministro della salute Livia Turco.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,05.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco in merito ai criteri di nomina dei direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco in merito ai criteri di nomina dei direttori scientifici degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), sospese nella seduta del 27 settembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, in via sperimentale, la pubblicità della seduta verrà altresì assicurata attraverso la resocontazione stenografica che sarà resa disponibile in tempi rapidi.

Sono molto lieto di avere nuovamente con noi il ministro Turco che saluto e ringrazio per la disponibilità dimostrata, a nome anche della Commissione.

TURCO, *ministro della salute*. Signor Presidente, rileggendo il resoconto dell'audizione del 27 settembre scorso ho avuto modo di apprezzare ulteriormente la discussione svoltasi in quella seduta. Alcune risposte le avevo già date durante il dibattito, ma oggi ho l'opportunità di procedere a ulteriori approfondimenti. Considerato il rapporto esistente tra Governo e Parlamento e la funzione di controllo che quest'ultimo esercita sull'attività dell'Esecutivo, ritengo doveroso esporre in questa sede un resoconto dettagliato sull'attività degli IRCCS, di cui consegno la relativa documentazione agli atti della Commissione. Nella discussione infatti erano emerse due sollecitazioni al Governo: la prima concerneva una richiesta di modifica del regolamento nella parte relativa alle nomine dei direttori scientifici; la seconda sollevava l'esigenza di fare il punto sulla normativa relativa agli IRCCS.

Per quanto riguarda il primo aspetto, vorrei confermare quanto già dichiarato in precedenza. Il testo del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri riguardante la nomina dei direttori scientifici è ora all'esame del Consiglio di Stato e abbiamo sollecitato l'urgenza dell'espressione del pa-

rere, stante l'urgenza di procedere alle nomine in numerosi IRCCS. Quando il decreto tornerà in Consiglio dei ministri, ho dichiarato la disponibilità ad apportare alcune correzioni nella direzione indicata in questa Commissione, ossia accentuare la presenza di personalità del mondo scientifico, ma sempre rimanendo nell'ambito della normativa prevista, come ho chiarito l'altra volta. Nel corso del dibattito erano, infatti, emerse sollecitazioni e proposte, alcune delle quali compatibili con la legge esistente ed altre, come quelle del senatore Tomassini, che richiedevano invece un ripensamento dell'attuale normativa.

Voglio ribadire che intendo raccogliere tali proposte, anche perché lo spirito del decreto è valorizzare la presenza di personalità scientifiche. A tal proposito vorrei sottolineare che la presenza nella commissione di valutazione dei Presidenti dell'Istituto superiore di sanità e dell'ISPESL, entrambi autorità del mondo accademico e scientifico e non mere nomine governative, valorizza al massimo la componente scientifica dei membri.

Per quanto riguarda gli IRCCS, ho dichiarato la disponibilità ad affrontare eventuali problematiche afferenti alla normativa vigente. Tuttavia, qualsiasi normativa, prima di essere messa in discussione, ha bisogno di essere verificata, e credo sia utile una verifica sulla situazione degli IRCCS nel nostro Paese. Ho preparato pertanto un resoconto relativo all'attività degli IRCCS e a quelli che, a nostro avviso, sono i problemi attuali che abbiamo di fronte e che il Governo deve affrontare per apportare dei miglioramenti.

Gli IRCCS – come sapete – sono enti a rilevanza nazionale, con personalità giuridica di diritto pubblico e di diritto privato, che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Gli IRCCS sono organi del Servizio sanitario nazionale che forniscono supporto tecnico ed operativo per l'esercizio delle funzioni assistenziali, per il perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale. Il riconoscimento scientifico è la procedura attraverso la quale determinate strutture ospedaliere emergenti vengono qualificate come IRCCS.

La situazione attuale è la seguente. A seguito dell'emanazione del decreto legislativo n. 288 del 2003 di riordino degli IRCCS, si è proceduto alla conferma del carattere scientifico di quelli già esistenti, pubblici e privati, e al riconoscimento di nuovi istituti. In particolare, gli IRCCS esistenti sono 40, di cui 17 pubblici e 23 privati, dislocati prevalentemente nell'Italia settentrionale.

Per quanto riguarda invece le Regioni del Centro-Sud, sono pervenute le seguenti proposte, da valutare, di costituzione di centri di eccellenza. La prima di esse, contenuta nel disegno di legge finanziaria, è quella di rendere autonomo il Centro di riferimento nazionale per la promozione della salute delle malattie delle popolazioni migranti, che attualmente fa parte dell'Istituto San Gallicano di Roma. La proposta è di rendere autonomo tale istituto mantenendo la sede a Roma, con altre due sedi, una delle quali a Bari. Mi riferisco ovviamente alle proposte, che

ci sono pervenute, di costituzione dei centri di eccellenza nel Centro-Sud. Una di esse riguarda l'Istituto per le biotecnologie trapiantologiche di Perugia, che è una fondazione di diritto privato per la disciplina «Trapiantologia e tecnologie e biotecnologie correlate con particolare riferimento alle cellule staminali, ai trapianti di cellule emopoietiche e di insulae pancreatiche».

Sono, inoltre, pervenute le seguenti proposte di costituzione di centri di eccellenza: l'Istituto ancelle della Divina provvidenza di Bisceglie (ente ecclesiastico per la disciplina delle neuroscienze); la Fondazione università Gabriele D'Annunzio di Chieti Scalo (Fondazione di diritto privato per la disciplina della fisiopatologia dell'invecchiamento); la Fondazione SDN di Napoli (fondazione di diritto privato per la disciplina in diagnostica nucleare); il Centro di riferimento oncologico per la Basilicata, una struttura con molta esperienza, con sede in Rionero in Vulture (ospedale per la disciplina in «Oncologia»); l'istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, in provincia di Forlì, costituito tra diverse ASL per la sperimentazione gestionale ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992 per la disciplina in oncologia; la realizzazione di un Polo pediatrico mediterraneo nel Comune di Acerra, in provincia di Napoli, a seguito di un accordo di programma sottoscritto nel 1998 tra Ministero della salute, la Regione Campania, la Provincia di Napoli, il Comune di Acerra, l'INAIL e la Fondazione Sant'Alfonso (per la disciplina in pediatria); il protocollo d'intesa per l'istituzione del Centro oncologico di eccellenza di Germaneto, in provincia di Catanzaro, e al fine di agevolare il riconoscimento quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico-IRCCS.

Queste sono le proposte di costituzione di centri di eccellenza pervenute al Ministero da parte di fondazioni di diritto privato per il riconoscimento di IRCCS. Ovviamente molte richieste sono d'intesa con le Regioni; ad esempio, il Centro di Perugia è fortemente caldeggiato dalla Regione. Ciò vale anche per l'Istituto oncologico di Rionero in Vulture, in Basilicata, struttura che ha molti anni. In sintesi si tratta di proposte tutte avanzate d'intesa con le Regioni.

Lo stato attuale degli IRCCS per specialità è il seguente: otto IRCCS in oncologia e segnatamente l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro a Genova, l'Istituto oncologico di Bari, il Centro di riferimento oncologico di Aviano, l'Istituto nazionale di tumori di Milano, la Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto europeo di oncologia di Milano, l'Istituto Regina Elena di Roma, l'Istituto oncologico Veneto di Padova.

Nell'ambito delle neuroscienze, della psichiatria, della neuroriabilitazione e della riabilitazione vi sono 14 istituti per la cui specifica rinvio al testo scritto che ho consegnato alla Presidenza.

Per la pediatria vi sono tre istituti, per le malattie genetiche un istituto, per le malattie cardiovascolari tre istituti, per l'oculistica un istituto, per i poli specialistici due istituti, per le malattie infettive e immunopatologie un istituto, per la epatogastroenterologia due istituti, per la dermato-

logia tre istituti, per l'ortopedia due istituti, per la geriatria e la gerontologia un istituto, per la medicina molecolare un istituto.

Dal punto di vista del Governo, a legislazione vigente, dal quadro suindicato emerge uno squilibrio relativo all'attuale dislocazione degli IRCCS sul territorio nazionale, stante la forte differenza esistente tra il Nord e il Centro-Sud. Le discipline che dal punto di vista sociosanitario hanno maggiore impatto sono le malattie cardiovascolari, l'oncologia, la neuroriabilitazione e la pediatria.

Vi è la necessità nel Meridione di potenziare e creare centri di eccellenza in queste discipline, anche al fine di evitare la lunga lista d'attesa dal Sud al Centro-Nord. L'obiettivo è costituire, in stretta collaborazione con le Regioni interessate, centri di rilevanza nazionale dal punto di vista scientifico ed assistenziale, in modo da consentire una crescita sul territorio e favorire la nascita di collaborazioni in rete capaci di soddisfare le esigenze sanitarie della popolazione.

E a cominciare dai poli di eccellenza del Ministero della Salute, vale a dire gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che per loro natura svolgono l'attività di ricerca ed assistenza nell'oncologia, nelle neuroscienze, nella pediatria, nella dermatologia, che possono essere i candidati a funzionare quali poli di aggregazione necessari per l'innalzamento dei livelli assistenziali e delle potenzialità di ricerca nel Sud. Pensiamo che, per superare il divario Centro-Nord e Mezzogiorno sia importante estendere la rete presente nelle attuali specialità anche nel Meridione e che gli IRCCS attuali possano essere il punto di riferimento per estendere questa rete.

Il fatto che gli IRCCS possano assolvere a questo compito è testimoniato dallo stesso «Dna» di queste Istituzioni, che è quello del trasferimento delle conoscenze derivanti dalla ricerca clinica alla pratica medica e alle scelte assistenziali sanitarie a livello di comunità. Ancora oggi, infatti, la maggior parte della pratica medica si svolge a livello di sistemi assistenziali locali con scarsa consuetudine alla condivisione e alla messa in rete delle esperienze. In tal modo le conoscenze prodotte si perdono o possono non trovare una efficace applicazione nella pratica medica.

D'altra parte troppo spesso, nel tradurre i risultati della ricerca in medicina clinica e salute pubblica, non si tiene conto del contesto in cui si realizza la cura e la prevenzione delle malattie, né di elementi fondamentali del comportamento e delle percezioni del medico e del paziente. Questa capacità di unire i diversi elementi che costituiscono il percorso ideale dalla pratica medica alla ricerca e viceversa, la troviamo proprio negli IRCCS. Per questo pensiamo che questa rete sia un punto di grande eccellenza della sanità e della ricerca del nostro Paese e in quanto tale vada valorizzato.

Il punto è estendere questa capacità di condivisione anche al di fuori della rete IRCCS, laddove ciò sia possibile e coerente con le linee di programmazione e i modelli organizzativi.

Un esempio in tal senso viene dalla lotta contro il cancro, a tutt'oggi la seconda causa di morte nel nostro Paese, alla quale è indirizzato il pro-

getto «Alleanza contro il cancro» costituito per iniziativa del Ministero della salute, coordinato dall'Istituto superiore di sanità ed esempio di sinergia che può instaurarsi fra poli d'eccellenza. L'Alleanza rappresenta la rete oncologica italiana d'interconnessione tra gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico oncologico. Attraverso questa rete, il Ministero della salute intende potenziare la ricerca transnazionale e l'interazione e la collaborazione in ambito di ricerca nazionale e internazionale, trasferendo le conoscenze in percorsi informativi, formativi e di aggiornamento destinati agli operatori sanitari in un ambito territoriale il più vasto possibile e valorizzando ed esportando in Europa contenuti e capacità organizzative dei medici e dei ricercatori italiani.

Sempre sul fronte delle sinergie fra eccellenze si rammenta il progetto Teseo, di telepatologia, che mette in comunicazione fra loro diversi istituti, dal Tumori di Milano (che è il capofila), al Regina Elena di Roma e al centro di Aviano, passando per l'Ospedale oncologico di Bari e il Pascale di Napoli.

L'obiettivo principale di Teseo è migliorare la capacità diagnostica dei soggetti partecipanti senza dimenticare l'importanza dell'attività didattica. Altro esempio significativo che va nella medesima direzione è la banca dati sui tumori rari, sempre di Alleanza contro il cancro.

In sintesi, il sistema delle reti, su cui puntiamo, consente di realizzare sinergie nella assistenza e nella ricerca, riduzione dei costi sia nella assistenza che nella ricerca. Sinergie nella ricerca perché una rete intraregionale o interregionale può consentire di concentrare le risorse mediche in alcuni centri dividendoli a seconda delle loro funzioni. Non è detto che tutte le Regioni abbiano il livello di maggiore complessità, ma questo può essere previsto per alcune strutture più qualificate.

La possibilità di concentrare risorse mediche comporta inoltre la diffusione di tecniche di cura uniformi sul territorio e l'effettiva applicazione delle linee guida diagnostiche e terapeutiche. In questo modo sarà possibile conoscere anche l'effettiva efficacia del protocollo terapeutico o diagnostico.

Per quanto riguarda la sinergia per la ricerca, la rete Alleanza contro il cancro con il progetto Teseo ha per esempio prodotto una modifica importante nell'atteggiamento delle strutture di ricerca con i seguenti risultati: ben sette IRCCS oncologici hanno acquisito la medesima apparecchiatura; gli IRCCS stanno condividendo le procedure; le società scientifiche hanno condiviso, comprendendone l'importanza, le finalità del progetto. C'è una riduzione dei costi anche per il lavoro in rete che è immaginabile.

Ci sembra utile sottolineare che il passo in avanti che va fatto oltre a quello di estendere la rete e costruire delle sinergie – come vorremmo fare nel prossimo periodo – è non solo disporre di più risorse dedicate sia all'attività di ricerca sia agli IRCCS (nella legge finanziaria è previsto un aumento di 80 milioni di euro per l'attività di ricerca) ma, oltre alla trasparenza delle procedure, di concentrare tale attività sempre più secondo

alcuni grandi obiettivi. È necessario superare la frammentazione, la parcelizzazione.

Quindi, una preoccupazione rispetto agli IRCCS e che abbiamo posto all'attenzione delle Regioni, è quella di costruire reti e sinergie intorno ad alcuni grandi obiettivi evitando la logica del campanile, in cui ciascuno vuole avere la sua struttura, perché ciò significherebbe non produrre buoni risultati.

In conclusione, a legislazione vigente, pensiamo di dover concentrare la nostra attività in questa direzione: estensione della rete, sinergie e obiettivi di ricerca da definire per i prossimi anni.

Vi ringrazio per l'attenzione e consegno agli uffici il testo scritto della mia replica, al quale rimando, perché mi sembrava doveroso presentarvi una ricognizione puntuale della situazione del sistema.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Livia Turco per la sua informativa.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Signor Presidente, vorrei intervenire sull'ordine dei lavori per far presente che nella replica del Ministro sono presenti novità sostanziali che rendono opportuna la riapertura del dibattito. Si è parlato infatti di nuovi Istituti di ricerca scientifica ed è stata giustamente puntualizzata la parziale distribuzione di tali istituti su tutto il territorio nazionale: in Sardegna, ad esempio, non ne esiste neppure uno malgrado le diverse richieste presentate. Gradirei pertanto un chiarimento a tal riguardo.

In conclusione, anche in vista di situazioni analoghe che potrebbero verificarsi in futuro, significo l'opportunità di riaprire il dibattito qualora in sede di replica il Ministro non risponda solo a quanto da noi richiesto ma introduca elementi innovativi tali da richiedere una nuova discussione.

PRESIDENTE. Senatore Massidda, il Ministro ha inteso riferire nuove informazioni proprio per un dovere di trasparenza e di informazione nei confronti di questa Commissione.

Convenendo comunque sulla sua richiesta, propongo di sospendere brevemente la procedura informativa in atto per consentire al Ministro di svolgere le comunicazioni sul Patto per la salute.

Non facendosi osservazioni, così resta stabilito.

#### **Comunicazioni del ministro della salute Turco sul Patto per la salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del ministro della salute Turco sul Patto per la salute.

TURCO, *ministro della salute*. Presidente, mi preme innanzitutto sottolineare che il Patto per la salute è stato firmato, dopo averlo letto parola per parola in sede prima di firma e condividendolo per intero, da tutte le



Regioni. Non è soltanto un Patto finanziario ma contiene indirizzi per la politica della salute. Estrapolo rapidamente i contenuti delle scelte fondamentali, rilevando però che si tratta di un testo complesso che richiede successivi atti amministrativi e che è stato tradotto peraltro nella legge finanziaria. Alla luce di ciò sento di poter affermare che rappresenta un anticipo della discussione sulla manovra finanziaria.

Il Patto per la salute non è solo finanziario ma contiene la definizione di un meccanismo di finanziamento e una valutazione del fabbisogno di risorse. La valutazione che è alla base del meccanismo di finanziamento e dell'entità delle risorse stanziata è rappresentata dalla situazione attuale. Abbiamo avuto, nel corso degli anni, un forte incremento dell'aumento della spesa sanitaria a cui è corrisposto anche l'accumulo di un disavanzo che per il 2006 ha riguardato tutte le Regioni, ivi incluse quelle che non hanno mai presentato situazioni di *deficit*, come l'Emilia e la Toscana. Senza esprimere una generica valutazione politica ma una valutazione sui numeri, rilevo come, non a caso, esso abbia trovato riscontro nella legge finanziaria, che contiene un articolo che prevede uno stanziamento di due miliardi per il 2006. Il ripiano dell'esercizio 2006 è dovuto al fatto che nella precedente legge finanziaria, a fronte del DPEF che prevedeva un fabbisogno di 95 miliardi di euro, le risorse stanziata furono 91,5 miliardi di euro. Dovendo mettere a punto uno stanziamento per gli anni successivi e dovendo definire un meccanismo di finanziamento, il primo punto che le Regioni hanno posto e su cui abbiamo trovato un'intesa, poi tradottasi nel disegno di legge finanziaria, è stato quello di stanziare due miliardi per il 2006 perché – e lo ripeto – alla luce di una valutazione del fabbisogno nel DPEF dello scorso anno di 95 miliardi di euro di finanziamenti necessari furono stanziati solo 91,5 miliardi di euro.

L'altra scelta riguardante il meccanismo di finanziamento è stata quella di chiedere a tutte le Regioni di condividere l'eguale fatica e responsabilità di definire un meccanismo di finanziamento che ponga il sistema sanitario italiano su basi più solide. Ciò significa avere una garanzia di controllo della spesa, quindi di maggiore efficienza, come condizione per una maggiore equità. Si è chiesto quindi a tutte le Regioni di condividere la duplice responsabilità di garantire e migliorare i livelli di assistenza e nello stesso tempo di contrastare gli sprechi, combattere le inappropriately e promuovere una politica di efficienza ed efficacia. Parlerò poi degli indirizzi qualitativi del Patto, trattandosi di argomento che ha molto a che fare con il meccanismo di finanziamento. Ad ogni modo, è stata individuata come punto di riferimento l'appropriatezza in termini sia di definizione dei livelli di assistenza sia del rapporto tra pubblico e privato e la politica farmaceutica. Tale scelta – se praticata davvero – può consentire un risparmio di risorse e un miglioramento della qualità dei servizi.

Condividere il controllo della spesa e il mantenimento e miglioramento dei livelli essenziali di assistenza ha significato, in concreto, concordare sulla scelta di avere indicato nel disegno di legge finanziaria (e questa è la prima volta che avviene) il finanziamento del Fondo sanitario

nazionale per il prossimo triennio. Questa scelta ha una duplice valenza; non è un dettaglio, ma la sostanza di un meccanismo di finanziamento che cerca di coniugare il miglioramento dei servizi, la certezza di risorse e l'efficienza. Aver stanziato nella finanziaria, che sta per essere approvato dalla Camera, risorse per il prossimo triennio (richiesta fortemente sostenuta dalle Regioni), vuol dire dare alle Regioni la possibilità di esercitare la massima autonomia possibile e poter programmare gli interventi di politica sanitaria. Naturalmente sapete meglio di me quanto il fattore tempo e la possibilità di programmazione siano sostanza di una buona politica della salute. La presenza di questi due elementi consente di compiere investimenti per la ristrutturazione edilizia, per l'acquisto di tecnologie, per la riconversione ospedale-territorio, operazioni realizzabili solo in presenza di disponibilità di tempo, certezza di risorse e di strumenti.

Sempre in riferimento alle cifre stanziate nel disegno di legge finanziaria per il prossimo triennio, è importante rilevare che ciascuna Regione sa che deve far conto solo sulle risorse stanziate e che se si verificherà uno sfioramento non si potrà porre al Governo nazionale il problema di una correzione dello stesso; ciascuna Regione dovrà farvi fronte con le proprie risorse; e se vi sono Regioni che con quelle risorse riusciranno ad ottenere dei miglioramenti in termini di efficienza e di risparmio, quelle risorse resteranno a loro disposizione per implementare e ulteriormente migliorare la rete dei servizi.

Noi - con ciò intendendo tutti i sottoscrittori del Patto - pensiamo che questo sia un punto di grande innovazione, di grande assunzione di responsabilità: il modo giusto per aiutare le Regioni che oggi versano in difficoltà. Visto che molte di esse sono localizzate nel Mezzogiorno, mi preme precisare che non si aiuta il Meridione a diventare autosufficiente e non si vince la sfida dell'unitarietà del sistema - questione che ci sta molto a cuore e che consideriamo una delle missioni della nostra azione di Governo - semplicemente assegnando risorse ma sostenendo e aiutando quelle Regioni a dotarsi di capacità di spesa, di progettazione, di monitoraggio e di controllo.

Nella precedente legislatura è stata svolta un'indagine sulla sanità nel Mezzogiorno dalla quale è emerso quanto il problema non sia soltanto legato alle risorse, ma alla capacità di spesa, di progettazione, di monitoraggio e di valutazione dei risultati.

Per sostenere le Regioni che oggi presentano un pesante disavanzo, abbiamo previsto un fondo straordinario per il sostegno al rientro dal debito, finalizzato da qui al 2010 (quindi, transitorio), che non verrà meno perché quelle risorse confluiranno nel Fondo sanitario nazionale. Al riguardo, dovranno essere attivate procedure, che abbiamo già previsto, per il monitoraggio e il controllo della spesa. Sono già stati avviati progetti di affiancamento nei confronti di tali Regioni che si stanno dimostrando molto utili. Di fatto, l'affiancamento si traduce in un aiuto nella progettazione, nell'azione di riconversione degli indirizzi della politica della salute. Osservando concretamente i programmi delle singole Regioni, si evince che il risparmio, l'efficienza, la riduzione, il superamento delle

situazioni debitorie in cui esse si trovano coincide con la capacità di attivare gli indirizzi di riforma e di politica della salute più auspicabili proprio in termini di bisogni e di salute. Mi riferisco alla riconversione della rete ospedaliera, alla costruzione delle strutture di medicina del territorio, al controllo della spesa farmaceutica, a un efficace accreditamento delle strutture private, a un rapporto più equilibrato tra pubblico e privato.

Il Patto per la salute prevede di intensificare queste misure di affiancamento. A tal fine saranno utili, in particolare, due strumenti: l'Agenzia per i servizi regionali, attualmente prevista, e una struttura denominata Si-VeAS che insedieremo nel prossimo mese e, che ha il compito di controllare l'andamento della spesa sanitaria soprattutto rispetto agli obiettivi qualitativi connessi alla salute.

La parte finanziaria del Patto comprende un altro capitolo a cui attribuiamo (ancora una volta mi riferisco ai sottoscrittori del Patto, quindi Governo e Regioni) molta importanza. Si tratta del grande investimento – scusate il bisticcio di parole – previsto per gli investimenti nel settore sanitario; in altri termini, dell'adeguamento dello stanziamento pluriennale *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per il cofinanziamento degli investimenti nel SSN in modo da consentire la definizione di nuovi accordi di programma per la qualificazione delle strutture sanitarie, l'innovazione tecnologica e il superamento del divario Nord-Sud. Ciò significa dotare le Regioni di risorse da destinare alla programmazione. Ancora una volta conta la certezza di risorse e il fattore tempo. Poter contare su risorse certe per il prossimo triennio consente alle Regioni di realizzare accordi di programma per investimenti in sanità riguardanti sia le strutture che le tecnologie.

Nel Patto sono indicati anche i criteri e le priorità entro cui finalizzare in modo prioritario gli investimenti e cioè il riequilibrio tra Centro-Nord e Mezzogiorno, l'ammodernamento delle strutture e delle tecnologie soprattutto in campo oncologico e per le malattie rare. Anche questo aspetto è stato molto discusso tra le Regioni ma mi sembra positivo che sia stato preso in considerazione prevedendo una misura che incentivi le buone pratiche e i successi e premi chi dimostra di avere maggiore capacità in termini sia di progettazione sia di realizzazione.

Come dicevo, il Patto non è soltanto un patto finanziario ma contiene anche indirizzi di politica della salute. La scelta fondamentale si fonda sull'appropriatezza, sul miglioramento della qualità dei servizi e sull'unitarietà del sistema; si cerca di costituire l'unitarietà del sistema assumendo come punto di riferimento l'idea della sanità come grande investimento.

Nel Patto sono indicati atti e percorsi che dovranno essere costruiti in sede amministrativa nel rapporto tra Governo e Regioni e che riguardano i livelli essenziali di assistenza, il potenziamento del servizio informativo, gli investimenti da realizzare in modo prioritario nell'ambito della medicina del territorio, della promozione e dell'integrazione socio-sanitaria. Vi è poi la scelta di effettuare una verifica sullo stato attuale dell'accreditamento di strutture private, essendo emerso in quasi tutte le Regioni che l'accreditamento delle strutture private nell'ambito del Servizio sani-

tario nazionale è ampiamente previsto dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Non si tratta di riaprire un dibattito di principi ma di effettuare una verifica sulla qualità delle strutture private, per sapere quanto incidono complessivamente sulla rete del servizio sanitario nel suo complesso e, soprattutto, per realizzare un accreditamento che metta a regime le strutture private, affinché la rete di servizi sia il più possibile integrata e in grado di fornire risposte qualitative ai cittadini.

Nel Patto sono poi individuati molti altri aspetti che riguardano atti amministrativi che devono essere adottati d'intesa tra Governo e Regioni per il monitoraggio della spesa, la valutazione dei risultati e il raggiungimento degli obiettivi.

PRESIDENTE. A nome della Commissione ringrazio il ministro Livia Turco per la relazione svolta.

BIANCONI (FI). Presidente, desidero intervenire sull'ordine dei lavori per chiedere al Ministro la cortesia di tornare in Commissione, per discutere del Patto per la salute. Si tratta, infatti, di un documento estremamente corposo, ampiamente sottoscritto e valutato dalle Regioni e degno, a mio avviso, di importanti riflessioni, visto che ci accompagnerà almeno fino al 2008. Alla luce di ciò vorremmo avere un minimo di tempo a disposizione per confrontarci meglio su un documento così importante. Tra l'altro, credo che la stessa maggioranza, oggi scarsamente presente, avrebbe piacere di partecipare al dibattito.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Presidente, credo si ponga per tutti l'esigenza di analizzare più approfonditamente il Patto per la salute, per poter esprimere valutazioni costruttive; ovviamente, se l'intenzione è distruggere, possiamo farlo in un attimo.

TURCO, ministro della salute. Distruggereste un atto condiviso da tutte le Regioni italiane, sia del Centro-destra sia del Centro-sinistra.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Abbiamo la libertà e l'autonomia di pensarla come vogliamo. Del resto anche lei, Ministro, è sempre stata libera da certe pressioni e sa benissimo che di fronte a certi temi siamo liberi di pensarla diversamente.

TURCO, ministro della salute. Senatore Massidda, mi riferivo all'uso del verbo: «distruggere».

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Visto che abbiamo spesso subito attacchi a testa bassa, senza sviluppare un'analisi adeguata, in questa occasione vorremmo invece esaminare il Patto per la salute per essere leali nella nostra valutazione. Anch'io condivido l'esigenza di rileggere il documento; pertanto, ove fosse consentito il rinvio della discussione, preferirei intervenire in un momento successivo. Assistiamo, tra l'altro, a un

disinteresse da parte della maggioranza; negli anni passati, infatti, eravamo abituati a una forte partecipazione della maggioranza e a un disinteresse dell'opposizione; oggi invece accade il contrario ed è chiaro che procedere in questo modo equivale a perdere tempo. Non so se lei, Ministro, si rende conto del fatto che oggi sono presenti in Commissione solo tre rappresentanti della maggioranza.

Colgo infine l'occasione per ribadire la richiesta, da me prima avanzata, di riaprire il dibattito sui criteri di nomina dei direttori scientifici degli IRCCS, alla luce delle novità rilevanti che sono emerse nella replica del ministro Turco.

BASSOLI (*Ulivo*). Presidente, anch'io condivido la richiesta avanzata dai colleghi Bianconi e Massidda, perché penso che le questioni poste oggi dal Ministro meritino da parte di tutti una riflessione più ampia e maggiormente approfondita rispetto a quanto è ora nelle nostre possibilità.

Vorrei altresì precisare che la scarsa presenza in questa sede degli esponenti della maggioranza dipende dal fatto che sono in corso le nomine degli Uffici di Presidenza di varie Commissioni bicamerali. Non si tratta dunque di una scortesia nei confronti del Ministro ma della situazione particolare in cui ci siamo trovati oggi, stante la concomitanza dei lavori di altre Commissioni.

Sottolineo infine l'importanza delle questioni che il Ministro ha indicato oggi nella sua relazione sugli IRCCS, tema che mi sembra stia a cuore a tutti. Poiché dalla relazione del Ministro emergono dati importanti in riferimento sia agli IRCCS sia al Patto per la salute, vorrei approfondire gli argomenti, informandomi, ad esempio, presso la mia Regione, sull'impatto del documento sul territorio e poi portare in Commissione le relative riflessioni.

Dunque, mi associo anch'io alla richiesta avanzata dal senatore Massidda e dalla senatrice Bianconi.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Presidente, mi associo alla richiesta avanzata sul Patto per la salute, sottoscritto tra Governo e Regioni. L'intervento della Ministra sollecita un approfondimento dei temi sui quali ci ha fornito una serie di dati e ritengo per ciò opportuno continuare la discussione in un'altra seduta.

TOMASSINI (*FI*). Presidente, anch'io condivido la richiesta di rinviare ad altra seduta il dibattito sul Patto per la salute, che coinvolge anche le Regioni. Personalmente potrei esporre adesso la mia posizione, ma ritengo sia giusto che tutti abbiano maggior tempo a disposizione; inoltre, la richiesta proviene proprio dalla sua maggioranza. Pertanto, la mia proposta al Presidente e al Ministro, considerato che abbiamo ancora tempo, è quella di consentire ulteriori interventi sui nuovi elementi da lei illustrati riguardo agli Istituti di ricerca clinica a carattere scientifico.

Nonostante la sorta di difesa d'ufficio fatta dalla senatrice Bassoli, mi permetto però di osservare che le assenze odierne sono deprecabili e de-

notano scarsa attenzione nei confronti del Ministro. Considerata la configurazione delle Commissioni e l'equilibrio sostanziale esistente, abbiamo tutti la stessa necessità di assentarci. Gli Uffici di Presidenza e le Commissioni convocate hanno già risolto i loro problemi: i risultati sono noti. Valuto perciò la situazione determinatasi da deprecare; inoltre, ritengo necessaria un'ulteriore seduta e un nuovo confronto sui temi oggetto dell'intervento del Ministro.

GRAMAZIO (AN). Signor Presidente, credo che dagli interventi dei colleghi emerga la necessità di approfondire il Patto per la salute, rinviando il seguito del dibattito ad altra seduta.

Quanto agli IRCCS, il Presidente dovrebbe prendere una decisione sulla base delle posizioni espresse da tutti i Gruppi. Tutti dovremmo avere la possibilità di confrontarci con le singole Regioni, tenuto anche conto dell'accordo contenuto nel Patto per la salute che necessita di un approfondimento.

PRESIDENTE. Prendo atto delle richieste dei senatori e rinvio il seguito delle comunicazioni del ministro della salute Turco sul Patto per la salute ad altra seduta.

**Ripresa del seguito delle comunicazioni del Ministro della salute in merito ai criteri di nomina dei direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**

PRESIDENTE. Riprendiamo la procedura informativa dianzi sospesa.

La richiesta di intervenire su alcuni elementi informativi nuovi introdotti oggi dal Ministro nell'informativa relativa agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, se non unanime, mi sembra largamente condivisa. Pertanto, preso atto degli elementi innovativi emersi nella replica del Ministro e delle richieste di intervento dei senatori, propongo di riaprire il dibattito sulle comunicazioni in titolo.

Non facendosi osservazioni, così resta stabilito.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Presidente, nel corso del dibattito sin qui svolto è emersa la necessità di verificare le novità che ci sono state riferite dal Ministro nell'ambito della propria Regione. Come spesso accade in Assemblea, se il Governo introduce elementi di novità – così accade, ad esempio, alla Camera – il dibattito si riapre. Ciò non è una prassi consueta delle Commissioni. Nella seduta odierna il Ministro ha introdotto elementi nuovi – e ne riconosco il merito – che l'hanno indotta a consegnare la documentazione relativa alla sua comunicazione agli atti della Commissione. Premesso ciò, vorrei avere qualche chiarimento in merito alle proposte pervenute al Ministero di costituzione di IRCCS nelle Regioni del Centro-Sud. Nella mia Regione a proposito degli IRCCS la stampa parla da alcuni mesi di una richiesta disattesa, richiesta che invece scopro ora non essere stata avanzata; in caso contrario, il Ministro ne

avrebbe fatto cenno nel suo intervento. Trattandosi di un argomento non secondario per chi ha ricevuto un mandato, avrei bisogno di verificare perché, a quanto sembra, manca una specifica richiesta per il Centro per la talassemia di Cagliari.

Quando abbiamo discusso degli IRCCS, il Ministro ha preso atto di alcuni suggerimenti *bipartisan* avanzati da questa Commissione, soprattutto per quanto concerne le modalità di individuazione dei direttori generali. Sento però il dovere di intervenire perché nella scorsa legislatura introducemmo il Centro di ricerca sulla talassemia e fu anche espresso un voto unanime affinché lo stesso rimanesse a Roma. Vi fu anche l'interessamento di altri centri di altissima eccellenza, proprio perché si trattava di un fenomeno riguardante soprattutto le Regioni del Mediterraneo; allora si riteneva che Roma fosse il centro di eccellenza. Successivamente questo centro fu denominato «Istituto mediterraneo di ematologia».

Nella mia Regione ha sede il centro di ricerca e studio più efficiente di tutta Italia in materia di talassemia. Tale malattia, anche se è ancora considerata rara, interessa in realtà circa 9 milioni di italiani, tra malati e portatori sani; in Sardegna si sono addirittura bloccate le nascite. Ebbene, pur in mancanza di un centro di eccellenza, studiosi di tutto il mondo vengono da noi su iniziativa personale.

Ho parlato di ciò con l'attuale giunta regionale, che mi ha garantito che la richiesta di un istituto di ricerca scientifica specifica sarebbe stata presentata, come vorrebbe il buon senso, attesa la mancanza in Sardegna di un istituto di ricerca scientifica in assoluto. Il Centro di ricerca per la talassemia, infatti, non esiste più in quanto esiste l'Istituto Mediterraneo di Ematologia, struttura molto più vasta allo scopo di non disperdere questa esperienza di valore non solo nazionale ma internazionale. Ovviamente, conoscendo la serietà della Ministra, ho fugato ogni dubbio in proposito. Di conseguenza, però, dovrò adoperarmi affinché tale richiesta sia attivata: già una volta il mio Governo, nonostante le mie pressioni, commise l'errore di non perseguire questa strada. Come si suol dire: «*errare humanum est, perseverare diabolicum*»; non si può disperdere una grande esperienza su una patologia così vasta e soprattutto – come nel caso dell'istituto di ricerca scientifica – nell'ambito di un rapporto di ricerca nazionale.

Il mio intervento è volto a sapere se vi sia stata una carenza – cosa che non penso – nella sua stesura della richiesta, o se è fasullo ciò che ho ascoltato nella mia Regione in merito alla richiesta degli istituti di ricerca. In difetto di ciò, vorrei sapere se il Governo è disponibile a ritrattare la materia e – in caso affermativo – se debbo mobilitare nuovamente la mia Regione al fine di presentare una richiesta specifica per l'istituzione di un istituto di ricerca scientifica che non è per importanza inferiore a nessuno degli altri istituti che hanno presentato la richiesta e, soprattutto, completa qualcosa al momento assolutamente assente.

CURSI (AN). Signor Presidente, ringrazio il Ministro perché ha fornito rispetto alle richieste che avevamo avanzato, risposte che mi auguro possano trovare concreta attuazione. In particolare, nella formulazione del

regolamento sulle nomine, laddove si fa riferimento ad una presenza più accentuata nel mondo scientifico, sarebbe opportuno fare chiarezza su come possa trovare applicazione questo tipo indicazione. Significo peraltro la difficoltà a ripercorrere l'*iter* procedurale abbastanza lungo da seguire: Conferenza Stato-Regioni, Consiglio di Stato e Consiglio superiore di sanità.

Nel decreto legislativo n. 288 del 2003 sottolineavamo – come ha fatto anche il Ministro nella sua relazione – che si tratta di istituti e centri a rilevanza nazionale. Ho la sensazione che le Regioni non abbiano capito questo tipo di indicatore e immaginano che ognuno debba avere il cappello regionale per avere un istituto di ricerca. Cito la Basilicata; onestamente non conosco la rilevanza scientifica di ricerca, cura, ricovero e gestione, di tale Regione; mi auguro comunque che ci sia, perché altrimenti andremmo incontro ad una regionalizzazione sbagliata dal punto di vista della ricerca. Abbiamo nella nostra Commissione un personaggio illustre nel campo della ricerca, il presidente Marino, che sa quanto sia difficile sostenere sul piano finanziario ricerche che non abbiano un certo tipo di caratteristiche.

Sappiamo anche che le richieste passano attraverso una commissione di verifica in cui sono presenti personaggi illustri a livello nazionale o internazionale. Quindi, la sottolineatura che vorrei fare al Ministro è che siano indicate delle linee guida che servano a rendere univoca la possibilità del riconoscimento dell'IRCCS in quanto tale. Non vorrei che la legittima spinta a livello regionale possa poi far nascere dei piccoli mostri senza nessun tipo di utilità né per le Regioni né tanto meno a livello nazionale. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che gli IRCCS in quanto tali, pubblici o privati, partecipano alla possibilità non solo di aderire ad alcuni protocolli a livello nazionale o internazionale, ma anche di disporre di fondi, pubblici o privati. Mi auguro, quindi, che sia possibile predisporre queste linee guida che sollecitino le Regioni a prestare attenzione affinché nella commissione che sarà nominata, che prevede la presenza (come ho potuto constatare nei miei cinque anni di esperienza) di personaggi di grande livello, sia evitata la regionalizzazione; in altri termini, che il piccolo istituto possa chiedere di avere anch'esso il suo IRCCS.

Analogo discorso concerne i criteri per l'assegnazione. Abbiamo ora il fondo per la ricerca; anche per i criteri di assegnazione vorremmo evitare il rischio di una polverizzazione dei finanziamenti: al di là dell'importo, tenuto conto delle spese che normalmente si devono sostenere (personale, affitto e quant'altro) non so che tipo di ricerca si possa fare con 200.000 euro. Quindi, anche in tal senso invito il Ministro a fornire indicazioni precise sui criteri di assegnazione, che peraltro sono già indicati nel bando.

Mi fa piacere constatare una sottolineatura del sistema a rete dell'alleanza contro il cancro, diventato un modello di riferimento a livello europeo per quanto concerne la rete oncologica. Vorrei spingere ancora di più sul sistema a rete che deve avere sempre la possibilità di collegamenti



a livello europeo e internazionale; e la ricerca si attua solamente a tale livello.

Sull'Istituto Mediterraneo di ematologia (IME) mi rivolgo anche al collega Massidda, trattandosi di argomento di cui abbiamo discusso insieme. Ebbene, l'IME fu costruito dalla Regione Lazio, dal Ministero dell'economia, dal Ministero degli esteri e dal Ministero della salute. Nello statuto dell'IME – che presumo non sia cambiato – è riportato che gli enti o le Regioni o chiunque vuole partecipare, ha la possibilità di presentare la richiesta, di aderire e di entrare nel consiglio di amministrazione. Quindi, se la Sardegna non ha la possibilità tecnica e scientifica di costituire un IRCCS in quanto tale, la Regione può chiedere di partecipare all'IME perché tale disponibilità è prevista nello statuto e penso sia particolarmente importante.

Se non sbaglio, un IRCCS in quanto tale è previsto già nel disegno di legge finanziaria: il Centro per le popolazioni migranti. Invito però il Ministro ad un'attenta lettura dell'articolo del disegno di legge che vi fa riferimento. È opportuno rilevare che sulla vicenda del San Gallicano, con sede a Roma e a Bari, era all'epoca in piedi uno sgonfiamento. Infatti il Regina Elena e il San Gallicano nascono come un unico IRCCS. Si discute già da diversi anni, con l'accordo di tutte le componenti politiche della Regione Lazio, ma anche della Camera e del Senato, di sdoppiare gli IRCCS, uno al San Gallicano e uno al Regina Elena, gestiti dagli Istituti fisioterapici ospedalieri (IFO) della zona EUR di Roma. Poiché nell'attuale formulazione della finanziaria ciò non è previsto, forse varrebbe la pena, trattandosi di una legge, di precisare che la struttura nasce non solo come IRCCS ma come IRCCS autonomo. In caso contrario, giuridicamente resterà sempre unito al Regina Elena. Quindi, è necessario studiare nel disegno di legge finanziaria un tipo di riferimento in tal senso.

Non sono d'accordo con i colleghi che propongono di rinviare la discussione sul Patto per la salute perché gli intervenuti, sostenendo tale possibilità, non considerano che esso altro non è che il disegno di legge finanziaria.

TURCO, *ministro della salute*. Non solo.

CURSI (AN). Leggendo il Patto per la salute ho constatato che per l'80 per cento è in finanziaria. Quindi, vale la pena discuterlo congiuntamente in sede di esame della legge finanziaria che contiene circa l'80 per cento di quanto riportato nel Patto per la salute.

TOMASSINI (FI). Ringrazio anch'io il Ministro per la sua replica dalla quale sono emersi ulteriori elementi in ordine agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Vorrei però intervenire sugli elementi di novità a proposito di tali Istituti di ricerca a carattere scientifico, dei quali vorrei ricordare, più che altro a me stesso ma anche ai colleghi, la missione precipua.

La ricerca non è una missione esclusiva degli IRCCS ma è propria di tutti i luoghi di ricovero e cura. Se dovessimo fare un'esemplificazione, potremmo dire che gli ospedali in media dedicano l'80 per cento della loro attività alla cura e un 20 per cento alla ricerca clinica applicata; le sedi universitarie dovrebbero fare metà e metà, perché devono fare formazione oltre che ricerca; per gli IRCCS dovrebbe valere la regola inversa, quindi un 20 per cento dell'attività dedicato alla cura e un 80 per cento alla ricerca. In quest'ottica, mi corre l'obbligo di ricordare l'attività che abbiamo svolto con la Commissione di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale che avevo l'onore di presiedere nella XIII legislatura, dove la relattrice, la senatrice Bernasconi dei DS, presentò un importante documento che è ancora agli atti e che bene o male riecheggia quanto ci ha ora riferito il Ministro: la dislocazione tra Nord e Sud degli Istituti; la natura giuridica di istituto pubblico e privato (è stato più facile trovare enti e disponibilità al Nord rispetto al Sud, magari anche per la concentrazione economica); la natura specifica delle missioni (si era visto già allora che era meglio la monotematicità); il problema dei finanziamenti che non è da sottovalutare. Dobbiamo ricordare, infatti, che questi Istituti per quanto riguarda le cure poggiano di più sulle spalle delle Regioni e, in tal senso, gravano molto di più sul Nord che non sul Sud; di contro i finanziamenti per la ricerca dovrebbero essere proporzionali alla capacità di ricerca degli stessi.

Alla luce di tutto ciò, quando il Ministro espone una nuova lista di richieste e ci informa dell'andamento della situazione, mi vengono spontanee alcune domande, a cui potrà rispondere magari successivamente o con un documento. Innanzitutto, sarebbe molto importante conoscere lo stato delle fondazioni, perché questo era stato l'indirizzo del Governo precedente e riteniamo sia la fonte della nuova gestione. Dobbiamo esprimere, poi, la medesima preoccupazione, già manifestata poco fa dal vice presidente Cursi, nel senso che non si realizzi una sorta di campanilismo dove dietro alla volontà di creare un IRCCS, si nasconde, mistificata, la volontà di prendere un DRG maggiorato o agevolato e di creare sostanzialmente un simbolo o un emblema sotto il quale magari non vi è ancora nulla. Secondo me la ricerca, come la capacità, forzata non esiste da nessuna parte, perché è proprio in questo modo che si possono creare cose inutili. Mi permetto pertanto di dissentire lievemente dal collega Massidda: non si deve creare un emblema regionale, ma seguire le capacità là dove sono. Quando egli mi parla del riconoscimento per l'anemia mediterranea, ben venga, perché la maggiore esperienza e capacità risiedono in quell'istituto; ma quando sentiamo parlare di altro, vorrei verificare. Ad esempio, proprio nel documento che ho prima citato la cosiddetta sede distaccata dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, che era a Rionero in Vulture, era una struttura considerata da chiudere in quanto non all'altezza in termini di capacità. Se i dati sono cambiati, ben venga un riconoscimento, ma la mia raccomandazione al Ministro è che cerchi di verificare a fondo queste situazioni.

Gli istituti di neuroscienze, ad esempio, sono molti e sviluppati ma di diversissima capacità. Ricordando che ci deve essere la flessibilità nella ricerca, perché il dedicarsi alla cura è già una missione diversa, una delle emergenze in questo settore è rappresentata dai centri per l'anoressia e la bulimia. Conosco davvero pochi centri di ricerche efficaci in materia nell'ambito delle neuroscienze; e un esempio dei tanti aspetti importanti ed emergenti che sarebbe importante seguire.

In conclusione, mi auguro che nell'ambito della verifica di tutte le realtà che esistono a livello nazionale non si ricrei un criterio regionalistico di campanile o geografico Nord-Sud ma, ove esistano, si possano accettare più richieste documentate ed efficaci, e da questo punto di vista ho assoluta fiducia nella Commissione ministeriale che è a ciò preposta e che si è sempre distinta quanto a serietà.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Sarò brevissima, Presidente. Mi associo innanzitutto ad alcune richieste avanzate e ringrazio la Ministra perché, anziché limitarsi a rispondere ai quesiti posti nella precedente seduta, ha fornito un adeguato approfondimento. Anticipare gli atti con una relazione in Commissione su una materia importante come quella degli IRCCS, trasmettendo anche la relativa documentazione, rappresenta un fatto innovativo (anche se non ho partecipato alle precedenti legislature) da valutare positivamente.

Intervengo telegraficamente vista la ristrettezza dei tempi a disposizione, limitandomi ad introdurre alcuni argomenti che qui non sono stati toccati ma che a noi stanno particolarmente a cuore e che riguardano, andando oltre la tematica degli IRCCS, l'importanza e l'essenzialità della ricerca in campo medico e sanitario, come peraltro sottolineato dalla relazione della ministra Turco, con particolare riferimento al tema delle risorse, in particolare quelle pubbliche, per la ricerca, e quindi dell'orientamento che attraverso i finanziamenti pubblici si può dare alla ricerca. Credo infatti che questo sia un tema da tenere sempre presente essendo anche connesso alla natura giuridica degli istituti stessi.

Abbiamo attraversato il Novecento uscendo da un secolo caratterizzato dalla filantropia e dal mecenatismo, ma credo che, dopo allora, questi ultimi non si ripresentino in quei termini ma mettano piuttosto a tema la remunerazione degli investimenti effettuati e ciò vale anche per la ricerca. Ritorna, quindi, il tema dell'appropriatezza anche in riferimento alla ricerca e agli IRCCS. Non ho partecipato alle precedenti attività parlamentari in materia, tuttavia vi sono dati, quali quelli statunitensi, da cui risulta che circa il 75 per cento dei fondi destinati alla sperimentazione clinica e alla ricerca, al di là della sperimentazione clinica, provengono dall'industria farmaceutica, in particolare dalle grandi multinazionali del farmaco. In questo quadro, la priorità degli orientamenti può essere determinata dai soggetti privati che finanziano il sistema. Partendo dall'esperienza statunitense, significo l'importanza di evitare un orientamento che non garantisce un'equa distribuzione dei frutti della ricerca e che ha prodotto disuguaglianze a livello sia mondiale che interno. Da questo punto di vista gli

Stati Uniti rappresentano un'esperienza di grande disuguaglianza ed è questo uno dei punti su cui voglio focalizzare l'attenzione in questo mio intervento, necessariamente limitato nei tempi. Quindi, al di là del mantenimento di tutte le nostre ritrosie sulla trasformazione degli IRCCS in fondazioni, riteniamo che detti istituti così trasformati diventino insensibili alle indicazioni sulle finalità da perseguire da parte degli enti pubblici, essendo governati da regole che li rendono in qualche modo impermeabili. Ritengo debba essere messa a tema la questione dei fondi pubblici per la ricerca e comunque dell'orientamento dei fondi destinati alla ricerca, dell'appropriatezza e soprattutto dei frutti della stessa.

Quindi, il nodo di criticità su cui vorrei richiamare l'attenzione del Governo che certamente è già centrata sul punto: nell'elenco degli enti richiamato e che dovrà aggiornarsi mi sembra di riconoscere soprattutto istituzioni a carattere privato. Segnalo pertanto la necessità di rivolgere attenzione rispetto a questo andamento che potrebbe comportare, oltre alle criticità che già sono state evidenziate, uno squilibrio tra il pubblico e il privato nella ricerca e nella capacità di indirizzo della stessa.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, stante l'imminenza dei lavori dell'Assemblea e viste le numerose richieste di intervento non soddisfatte, rinvio il seguito delle comunicazioni del Ministro della salute in merito ai criteri di nomina dei direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*