



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

N.B. I resoconti stenografici per l'esame dei documenti di bilancio seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA

31^a seduta (pomeridiana): giovedì 23 novembre 2006

Presidenza del vice presidente SILVESTRI,
indi del presidente MARINO

I N D I C E

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1184, 1184-bis e 1184-ter) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

- **(Tabella 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

(1183) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

- MARINO (<i>Ulivo</i>)	Pag. 12
- SILVESTRI (<i>IU-Verdi-Com</i>)	3
BINETTI (<i>Ulivo</i>)	8
BODINI (<i>Ulivo</i>)	3
* IOVENE (<i>Ulivo</i>)	6

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-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; 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 Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Democrazia Cristiana: Misto-DC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Presidenza del vice presidente SILVESTRI

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1184, 1184-bis e 1184-ter) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

(1183) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1184, 1184-bis e 1184-ter (tabelle 15 e 15-ter) e 1183, già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame congiunto, sospeso nella seduta antimeridiana di oggi, nel corso della quale è stata svolta la relazione introduttiva sui provvedimenti in titolo.

Ricordo che il termine per la presentazione di eventuali emendamenti riferiti alle tabelle 15 e 15-ter e ordini del giorno è stato fissato per le ore 12 di martedì 28 novembre.

Dichiaro aperta la discussione sulle tabelle 15 e 15-ter.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, colleghi, la finanziaria in esame è indubbiamente una manovra molto, forse troppo, complessa e tutti ci auguriamo che in sede di esame presso questo ramo del Parlamento si possano apportare alcune semplificazioni. In presenza di documenti così complessi è ovvio che vi siano margini di critica, anche migliorativa, rispetto ai testi proposti.

Con riferimento alla sanità, sento di poter affermare che mai come in questa legge finanziaria sono state adottate misure decisamente a favore del comparto, a cominciare da quelle approntate per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Per la prima volta si è riusciti ad integrare il finanziamento dell'anno in corso con 2 miliardi di euro e, soprattutto, a prospettare un finanziamento certo e incrementale per i prossimi tre anni. Questo effettivo e consistente incremento di risorse permetterà alle Regioni *in primis* e poi a tutte le strutture che da esse dipendono di pianificare, nell'arco del triennio, gli investimenti e le spese, così dando certezze e prospettive.

Sono stati stanziati fondi anche per il riallineamento dei bilanci delle Regioni che si sono trovate in difficoltà o che in passato non hanno rispettato i patti, creando forti disavanzi i cui effetti si sono riversati sul Sistema sanitario nazionale e quindi sulla politica di finanza nazionale.

Finalmente si imbecca una strada di risanamento serio istituendo un Fondo, in questo caso decrementale, che va da un miliardo del 2007 a 750 milioni di euro del 2009, da distribuire tra le Regioni che necessitano di risorse per ripianare i propri conti.

Ricordo che le Regioni hanno sottoscritto il Patto per la salute. I livelli di governo centrale e regionale si sono trovati d'accordo su questa sorta di *road map* (espressione abusata in questo periodo) che porterà le Regioni al pareggio dei propri conti. Si sono previsti interventi in materia di politica del personale, politica che dovrà essere leggermente ridotta rispetto a quella attuata nel 2004.

Si delinea poi una politica di contenimento della spesa farmaceutica prevedendo tetti di spesa rispetto ai quali se le Regioni si collocano al di sopra scattano misure di carattere «punitivo» o comunque di stimolo, se si posizionano invece al di sotto sono previste misure di carattere premiale. Questo meccanismo virtuoso dovrebbe rimettere in linea, nell'arco di tre anni, le Regioni che versano in una situazione patologica dal momento che favorisce la copertura completa delle loro spese sanitarie che, come sappiamo, rappresentano una voce significativa dei loro bilanci.

Aver concordato la necessità di rivedere i livelli essenziali di assistenza certifica e consolida che il Servizio sanitario è nazionale: le Regioni sono erogatrici di servizi ma le scelte fondamentali vengono operate a livello centrale in maniera uniforme su tutto il territorio.

L'aumento delle anticipazioni di tesoreria per il finanziamento delle spese correnti al 97 per cento e il meccanismo, anche in questo caso premiale, del 3 per cento residuo si sostanziano in un altro segnale forte della volontà di agire in modo tempestivo e corretto su questo versante. Tutto ciò fa ben sperare per il futuro, vista la necessità di assicurare un'omogeneità nella qualità delle spese in sanità sul territorio nazionale.

Un altro aspetto qualificante della manovra finanziaria in esame è rinvenibile nella previsione degli investimenti «in salute». In proposito, mi preme innanzi tutto citare l'aumento dello stanziamento da 17 a 20 miliardi di euro per l'acquisto di attrezzature e l'ammodernamento tecnologico. Anche in questo caso sono date indicazioni forti, posto che alcuni capitoli sono dedicati alle radioterapie e radiodiagnostiche del Sud del Paese, al fine di colmare il grave *gap* attualmente esistente. La diversità di cure si riflette statisticamente e documentatamente sul territorio in termini di differenze di aspettativa di vita. Tali interventi sono destinati ad adeguare la sanità delle Regioni meridionali a quella del resto del Paese.

È poi previsto l'appostamento di 100 milioni di euro per la creazione di strutture tipo *hospice* per le malattie terminali e le terapie palliative. Si dà così il segnale politico di incentivare tali settori, che sono presenti nel nostro Paese a macchia di leopardo e non sono ancora penetrati nella cultura e nella realtà di tutte le unità di cura ospedaliere.

Sono stanziati altri 100 milioni di euro per lo sviluppo informatico verso sistemi di gestione in termini non solo finanziari ma anche di prestazioni, onde acquisire dati attendibili in tempo reale.

In merito alle cure odontoiatriche, assolutamente trascurate dal nostro Servizio sanitario, sono previsti sistemi premiali o punitivi per coloro che non si mettono in regola. Anche in questo caso si tratta di un investimento sensibile e significativo.

Vengo ora alla *vexata quaestio* dei *ticket* su cui mi esprimerò in maniera critica. La finanziaria in esame registra un modesto inasprimento dei *ticket* sanitari, solitamente sostenuti da chi li propone e condannati da chi si oppone. Se ne facessimo una questione ideologica certamente potremmo discutere da qui all'eternità. Se l'affrontassimo invece come una questione pratica, forse potremmo trovare punti di accordo, riflettendo sul fatto che l'imposizione di *ticket* proposta consente di coprire circa l'1 per cento della spesa sanitaria e che calcoli – mi sembra attendibili – stimano la spesa per famiglia media, con due figli e tutte le fasce di esenzione per reddito e malattia, in circa 40-45 euro l'anno, dato quest'ultimo assolutamente accettabile. Peraltro, tale misura equipara i sistemi che in questi anni hanno registrato disparità da una Regione all'altra e rende più omogenea la situazione contributiva su tutto il territorio nazionale.

Qualche perplessità può suscitare l'introduzione del *ticket* per il pronto soccorso. Ci si potrebbe domandare perché «punire» il cittadino se ha bisogno di un pronto soccorso. I dati disponibili dimostrano in modo assoluto che in tutta Italia i pronto-soccorsi si sono trovati in difficoltà perché si fa di essi un uso improprio. Troppi cittadini si presentano in pronto soccorso con problemi che potrebbero essere risolti per via ambulatoriale, solo per cercare una scorciatoia per l'accesso agli esami. Se considerati in questa ottica, vale a dire come disincentivo e corresponsabilizzazione del cittadino all'utilizzo del sistema sanitario, i *ticket* possono essere se non graditi quanto meno accettabili.

Il disegno di legge finanziaria si propone di risolvere, o perlomeno di affrontare in senso positivo, il problema dell'accesso alle prestazioni sanitarie, da un lato con le misure sui *ticket*, dall'altro – sicuramente in modo più positivo – con i percorsi diagnostico-terapeutici e, quindi, con la responsabilizzazione degli operatori sanitari e segnatamente dei medici che devono regolare tale spesa.

Un altro aspetto molto importante è rinvenibile nel programma di risparmio per i farmaci, i presidi medici e sanitari – che sono stati trascurati e presentano una disomogeneità di costi che deve essere regolamentata – e le prestazioni di carattere diagnostico. Anche in questo caso si è, a mio avviso, in presenza di una politica positiva.

Tra le misure positive che caratterizzano il disegno di legge finanziaria, sottolineo l'incremento degli stanziamenti per la ricerca scientifica, che arrivano sostanzialmente a 350 milioni di euro, e l'inasprimento delle sanzioni punitive per chi si comporta in modo scorretto, sia esso medico, farmacista od operatore sanitario, nei confronti della sanità, ponendo così in atto una stretta sulla possibile malasanià.

Altrettanto positivo è aver affrontato il sostegno alla lotta contro le malattie rare (la Commissione è ora impegnata sul fronte dei talassemici), alla diffusione dei farmaci orfani (apparentemente residuali, ma che interessano in realtà un gran numero di pazienti) e ai centri spinali.

Richiamo, infine, l'opportuna attenzione rivolta ai bisogni socio-sanitari delle famiglie e soprattutto alle patologie connesse ai fenomeni dell'immigrazione. Aver proposto un centro per l'osservazione e l'intervento non solo nel campo assolutamente nuovo e in grande espansione delle malattie legate all'immigrazione ma con riguardo anche alle nuove povertà oggi presenti nel nostro Paese, è un segnale di sensibilità sociale estremamente importante, che sottolinea la volontà dell'attuale maggioranza di intervenire nei settori più deboli della popolazione.

L'ultimo punto che mi sta cuore e che abbiamo già discusso in Commissione è quello degli specializzandi in medicina, tema che ci vede tutti d'accordo e di cui abbiamo già parlato con il presidente Marino e con il sottosegretario Zucchelli. La Commissione potrebbe presentare un ordine del giorno sull'argomento e magari studiare in questi giorni, con la Commissione bilancio, come intervenire affinché si colga l'occasione di questa finanziaria per sanare una situazione che non è più procrastinabile. Tra l'altro, si tratta di un contratto che non crea problemi di carattere finanziario ma previdenziale. Viste le proposte interessanti presentate in materia, sollecito tutti i colleghi ad impegnarsi affinché sia previsto un intervento nelle sedi più opportune nel corso dei documenti di bilancio. È veramente scandaloso che questa situazione sia ancora irrisolta.

IOVENE (*Ulivo*). Signor Presidente, do atto alla relatrice, senatrice Bassoli, di aver illustrato, con la sua relazione, un quadro esaustivo della situazione. Ciò ci consente di intervenire su aspetti più strettamente politici e su alcune novità che mi sembrano rilevanti rispetto alla discussione in corso.

Come è stato ricordato, il disegno di legge finanziaria, si basa su tre pilastri: risanamento, sviluppo, equità. Non dobbiamo mai dimenticare la connessione tra questi tre pilastri. Il primo, il risanamento, era assolutamente indispensabile e necessario per le condizioni in cui il nostro Paese è precipitato negli anni che abbiamo alle spalle, dal punto di vista non solo dei conti pubblici e della credibilità ma anche della sanità, come si è potuto vedere, per esempio, dalle ultime vicende che hanno riguardato la sanità del Lazio. Vi è, quindi, la necessità di operare in maniera seria, credibile e adeguata per una rimessa a posto dei conti.

Contemporaneamente è una finanziaria che si pone subito, già ora, – e non potrebbe fare altrimenti – il problema dello sviluppo, che non è rinviabile ad un'improbabile fase due, ponendo in essere scelte di merito che riguardano una serie di settori, tra i quali anche la sanità e il comparto sociosanitario. Cardine di questi due aspetti è esattamente l'equità, cioè la necessità di determinare un riequilibrio rispetto alla polarizzazione e alle ingiustizie economiche e sociali accumulate nel corso degli anni. Sono questi i tre cardini su cui si è mossa la manovra al nostro esame.

Non dobbiamo dimenticare neanche il fatto che, soprattutto per quanto riguarda il comparto della salute, è stato usato il metodo della concertazione e dell'accordo con le Regioni. In particolare, la sanità è un terreno sul quale incidono nelle scelte, nel governo e nelle decisioni, due soggetti: lo Stato per quanto riguarda il Servizio sanitario nazionale; le Regioni, che sono parte fondamentale, nelle politiche e nella gestione concreta. Alla base del disegno di legge finanziaria in esame c'è un pieno accordo testimoniato dalla sottoscrizione del Patto per la salute, alla vigilia della presentazione della finanziaria, con la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Tale Patto definisce sostanzialmente le linee guida su cui si è operato, anche con un'inversione di metodo fondamentale rispetto al passato. Non è un caso l'aumento del Fondo sanitario nazionale, l'individuazione di un Fondo transitorio destinato alle Regioni che hanno registrato gli squilibri finanziari più rilevanti (caso eclatante ma non unico il Lazio), l'incremento del Fondo per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico. Come hanno ricordato i colleghi che sono intervenuti, sono state fatte scelte molto significative e importanti.

Nel contempo si è deciso di operare sui risparmi, contenendo i costi nel settore della spesa farmaceutica e responsabilizzando i cittadini e gli operatori rispetto alle scelte operate. Da ciò derivano le questioni relative ai *ticket* e alle responsabilità degli operatori individuate nel corso del dibattito alla Camera dei deputati.

Vi è poi la parte riguardante le politiche socio-sanitarie, di cui ha parlato la relatrice Bassoli nella parte finale della sua relazione e che vorrei ricordare, essendo quelle che sono state maggiormente colpite negli ultimi anni. A tal fine mi preme richiamare la vera e propria razzia, fino al prosciugamento, del Fondo sociale e lo svuotamento di tutte le leggi di spesa, a partire dalla n. 285 del 1997, la legge per l'infanzia e l'adolescenza e altri provvedimenti sempre concernenti questo ambito. Con questa legge finanziaria, invece, non dico che si riesce a raggiungere il risultato, che tutti auspicheremmo ottimale, ma si inverte sensibilmente la tendenza.

Cito solo alcuni degli interventi a mio giudizio significativi: un Fondo duplice per proseguire e intensificare l'azione per abbattere le barriere architettoniche sia negli esercizi commerciali sia nelle scuole (istituti di istruzione secondaria di primo grado e superiore); l'indennità di malattia e i congedi parentali anche nei casi di adozione per gli iscritti alla gestione separata, misura di equità che combatte la precarizzazione del lavoro e dei diritti ad essa connessi, precarizzazione che è stata alimentata e perseguita in questi anni.

Con un voto molto ampio alla Camera - credo positivamente - è stato confermato il finanziamento derivante dal 5 per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche per il sostegno del volontariato e della ricerca scientifica e sanitaria, già introdotto in via sperimentale con la legge finanziaria del 2006. Al riguardo mi preme richiamare, a titolo esemplifi-

cativo, la valutazione del Forum permanente del terzo settore, che è l'organizzazione principale che raccoglie il mondo dell'associazionismo, del volontariato e la cooperazione sociale nel nostro Paese. Alla luce della sperimentazione effettuata nel primo anno di introduzione della misura suindicata, il Forum ritiene che possano essere introdotte (e sarebbe utile farlo) alcune modifiche, definendo meglio sia la platea dei soggetti destinatari del 5 per mille sia gli indirizzi da seguire nella concreta utilizzazione dei fondi.

È stato riproposto e rifinanziato in maniera significativa il Fondo per le politiche sociali che, come ricorderete, nelle finanziarie prima e poi nelle manovre correttive era stato azzerato. È stato inoltre istituito il Fondo per la non autosufficienza, con l'impegno di un incremento dello stesso nel corso degli anni.

In sostanza, come si evince dalle cifre e dalle misure messe in campo, il terzo pilastro dell'equità costituisce la base dell'impalcatura perché con essa si punta a ridistribuire le risorse e le opportunità a vantaggio di chi è stato progressivamente escluso, nel corso degli anni, per la sua condizione sociale, economica e territoriale. Ciò è stato ricordato a proposito delle misure relative ad alcune Regioni al fine di recuperare gli squilibri del Servizio sanitario sul territorio. Il tessuto connettivo è dato invece dagli altri due obiettivi, il risanamento e lo sviluppo, che si vogliono perseguire con la finanziaria in esame.

Con gli opportuni miglioramenti che potranno scaturire dal dibattito parlamentare e dall'esame che svolgeremo in questa Commissione e più in generale in Commissione bilancio, potremo finalmente dare al Paese una legge finanziaria e una politica di sviluppo che da tempo mancava.

Presidenza del presidente MARINO

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, i documenti di bilancio al nostro esame hanno molti punti in comune con i principi che hanno ispirato il decreto-legge n.223 del 2006 in materia di liberalizzazioni, provvedimenti di cui è stata peraltro relatrice in questa Commissione in occasione dell'esame dello stesso in sede consultiva. Pertanto, come sempre succede quando si lavora direttamente su un testo, ho memoria chiara di alcuni punti di esso.

Primo punto: la legge finanziaria istituisce un Fondo transitorio destinato al risanamento della spesa sanitaria delle Regioni che hanno registrato rilevanti *deficit* di bilancio. Tuttavia, sarebbe opportuno mettere a punto in modo rigoroso alcuni indicatori di controllo di qualità della spesa sanitaria regionale, onde individuare tempestivamente la direzione in cui le Regioni si muovono. Sono profondamente convinta che sia difficile controllare la spesa sanitaria, anche nelle migliori intenzioni e con la mi-

gliore buona volontà, e che aiuterebbe tutti avere indicatori chiari e certi. In tal modo, l'accesso al Fondo transitorio favorirebbe davvero il ripiano del *deficit* delle Regioni. L'adozione di strumenti di controllo consentirebbe di verificare i risultati finali e, attraverso una serie di tappe intermedie, l'effettiva adozione da parte delle Regioni di provvedimenti adeguati a tal fine.

Potremo chiedere più facilmente al Paese una serie di sacrifici come quelli previsti in questa finanziaria, se saremo chiari, forti e determinati nell'identificare forme di controllo non solo sull'evasione fiscale, ma anche sullo spreco. Ovviamente, trattandosi di argomento molto complesso, non saprei dire quali siano i più significativi indicatori, so per certo però che in un percorso complesso essi funzionerebbero come per la spia della benzina. Peraltro, l'esistenza di indicatori permetterebbe di capire se si sta andando in una direzione piuttosto che in un'altra.

In altri termini, non vorrei che il Fondo transitorio servisse a legittimare comportamenti che alimentino nella mente delle persone e degli amministratori la consapevolezza che comunque, alla fine, qualcuno interverrà. Non vorrei sembrasse una mia fissazione, ma desidererei che venisse dato questo segnale di rigore, che definirei etico, nella gestione economica.

Il secondo punto che vorrei evidenziare fa riferimento al controllo della spesa farmaceutica, aspetto non unico ma certamente importante. A seguito della mia esperienza concreta sul campo, si è formata in me la convinzione che i farmaci seguano gli stessi meccanismi della moda. Per essere più chiari, si assiste spesso all'ultima moda del farmaco nel senso che un farmaco di nuovissima generazione rende i prodotti farmaceutici che lo hanno preceduto meno interessanti. Da studi compiuti dall'Università in cui lavoro emerge proprio questo aspetto. Occorrerebbe invece un'opera di verifica e di motivazione molto più forte all'uso dei generici.

Forse è un'utopia ma credo che il Ministero della salute potrebbe istituire, come ho visto che ha fatto e che commenterò poi positivamente, oltre all'Istituto nazionale per la medicina migratoria, anche un Istituto nazionale sostenitore, anche attraverso una sorta di alleanza con i produttori, dei farmaci generici efficaci che si possono produrre a costi bassi, favorendone l'uso soprattutto negli ospedali.

Al fine di evitare lo spreco di farmaci, andrebbero poi incentivate la produzione e la vendita delle confezioni monodose. Possiamo intervenire in tale settore in vari modi. Comunque, potenziare di più il livello di conoscenza e la motivazione all'uso di questi farmaci dovrebbe rappresentare uno dei punti qualificanti di un disegno di legge finanziaria che vuole essere sobrio, non perché risparmia sulla salute ma perché decide di investire laddove non è possibile raggiungere gli obiettivi prefissati in altro modo.

Come terzo punto segnalo l'opportunità di approfondire le linee guida da adottare per i percorsi diagnostico terapeutici appropriati. Chiaramente tali linee non potranno mai avere un carattere coercitivo e coattivo dal

momento che ogni paziente è un caso a sé. Inoltre in ogni struttura esiste una filosofia della medicina più incline a muoversi in un modo piuttosto che in un altro. Spesso la quantità di analisi richieste non risponde nemmeno a un dubbio diagnostico, vale a dire alle analisi normalmente rientranti nella *routine*. In certi casi si arriva addirittura al paradosso di eseguire più analisi semplicemente perché si è fatto un prelievo il cui costo, inteso in termini di disagio personale, è minimo per il paziente e non è rilevante la mancanza della prospettiva del processo ad esso successivo. Credo che sui percorsi diagnostico terapeutici siano necessarie indagini precise, che potranno comunque essere svolte dall'istituita Commissione di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale.

Vorrei ora soffermarmi sui laboratori convenzionati, prendendo spunto da una conversazione che ho avuto con il sottosegretario Zucchelli. Successivamente mi sono recata a Napoli, dove ho potuto constatare la proliferazione di laboratori convenzionati e la mancanza di un'economia di scala. A fronte di tanti laboratori che fanno poche analisi, sarebbe invece auspicabile, ai fini della razionalizzazione dei processi, un minor numero di laboratori che fanno più analisi, perché una migliore organizzazione favorirebbe economie di scala anche in termini di strutture. Tra l'altro, ciò consentirebbe di garantire la qualità e di effettuare interventi di controllo sulla stessa. A me sembra che questo sia uno degli obiettivi da perseguire per avere un'economia seria, anche a livello di modelli organizzativi. Favorire l'unificazione in consorzi o cooperative dei laboratori convenzionati permetterebbe di realizzare delle economie di scala. Paradossalmente oggi, nonostante la semplificazione dei processi tecnologici e la riduzione della quantità dei reagenti utilizzati, il costo delle analisi non diminuisce ma aumenta. Tale aumento è dovuto all'impossibilità di comprimere l'enorme costo del personale, che è proporzionato al modello organizzativo. A mio giudizio, questo è uno spreco, fra gli altri, che potrebbe essere contenuto attraverso una riflessione sul modello organizzativo.

Quanto alla ricerca nel campo della sanità, mi fa piacere che nel disegno di legge finanziaria sia previsto uno stanziamento per la sicurezza degli alimenti, argomento su cui non mi soffermo essendo già stato oggetto di attenzione in sede di esame della legge comunitaria. Apprezzo anche la destinazione di risorse per la diagnosi e la cura delle malattie rare, rilevando però l'opportunità di identificare dei punti di eccellenza da non concentrare su Milano o su Roma ma da distribuire adeguatamente sul territorio nazionale. Tuttavia, è necessario intervenire, proprio perché si tratta di malattie rare e di farmaci orfani, perché privi di un progetto di ricerca. Ricordo che nel documento iniziale del Patto per la salute, il Ministro aveva posto l'attenzione sulle linee di ricerca specifiche sui modelli organizzativi; credo che esse vadano riprese in considerazione, atteso che perché sul modello organizzativo si può fare davvero molto.

C'è un punto però su cui mi preme chiedere una garanzia assoluta: l'utilizzo delle cellule staminali. Come potete facilmente comprendere, a me non basta affatto questa dizione generica. So benissimo che l'utilizzo

delle cellule staminali embrionali è proibito dalla legge n. 40 del 2004, però in base alla mia coscienza e alla complessità del contesto a cui rispondo, preferirei che la definizione «cellule staminali» venisse integrata con un esplicito riferimento alla ricerca da cellule staminali adulte o da cordone ombelicale.

Nella campo della ricerca sanitaria nel nostro Paese non è diffusa una figura che negli Stati Uniti (il Presidente potrà dire qualcosa al riguardo) ha una sua visibilità: il ricercatore medico. Il Ministero della salute potrebbe dare un contributo significativo identificando la figura del ricercatore medico negli ospedali che rispondono di più o meglio a determinante condizioni; come ben sappiamo, non tutti gli ospedali sono uguali, non tutti hanno le stesse competenze e rispondono con un adeguato livello di produzione scientifica. Avere ricercatori medici presenti laddove esiste un problema, con la possibilità di creare anche una rete tra loro, potrebbe trasformarsi in un contributo interessante ai fini della riduzione della distanza che a volte si registra tra il mondo universitario e il mondo della sanità, a tutto vantaggio delle strutture in cui ci si occupa di salute e si interviene, anche statisticamente, su rilevanti quote di popolazione.

In proposito mi limito a segnalare soltanto il tema delicato dei pazienti in coma e di coloro che sono soggetti a idratazione e a nutrizione parenterale. Bisogna studiare con evidenza scientifica tali tematiche, raccogliendole dalle persone che operano in quel settore. Da questo punto di vista la ricerca clinica, vissuta al letto del paziente paga poco in termini di impatto ed è per questo poco voluta. A volte la ricerca in università viene fatta più dagli infermieri che dai medici; per questo a me piacerebbe molto che vi fosse uno spazio a ciò dedicato.

Mi rallegro profondamente per la creazione dell'Istituto nazionale per la salute delle popolazioni migranti che in questa fase, che è forte, presenta problematiche specifiche che possono offrire elementi di conoscenza. Sono convinta che ciò consentirà indirettamente di migliorare la qualità dell'accoglienza e il rispetto per la dignità di queste persone. Quando un Paese si sviluppa sotto questo profilo, cresce il livello di civiltà comune di tutti.

Apprezzo molto l'attenzione rivolta alla salute in relazione al tema della famiglia e alle politiche familiari, anche se non si evince se ci si riferisce ai medici di famiglia o all'assistenza domiciliare. Si tratta comunque di un segnale importante per restituire l'attenzione dovuta alla famiglia.

Ben venga poi il riferimento alla non autosufficienza, anche se si tratta di un tema attinente più alle politiche sociali. In una società avviata in questi ultimi anni verso il raddoppio dell'età media di vita un'attenzione vera ed adeguata alla non autosufficienza potrebbe rappresentare un contributo forte anche sotto il profilo della riduzione di qualunque richiesta di eutanasia.

In conclusione, siamo in presenza di risposte positive e di valore, che meritano di essere prese in considerazione perché utili a dare all'opinione pubblica l'idea di una finanziaria che, perlomeno in termini di salute, si sforza di recepire ed accogliere i nuovi bisogni.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,50.