

RESOCONTO

SOMMARIO E STENOGRAFICO

438.

SEDUTA DI LUNEDÌ 15 MARZO 2004

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **FABIO MUSSI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PUBLIO FIORI**

INDICE

<i>RESOCONTO SOMMARIO</i>	III-V
<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>	1-29

	PAG.		PAG.
Missioni	1	(<i>Discussione sulle linee generali – A.C. 4761</i>) .	1
Disegno di legge di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 10 del 2004: Emergenze sanitarie e ricerca nei settori della genetica molecolare e dell'alta innovazione (Approvato dal Senato) (A.C. 4761) (Discussione)	1	Presidente	1
(<i>Annunzio di questioni pregiudiziali – A.C. 4761</i>)	1	Battaglia Augusto (DS-U)	5
Presidente	1	Labate Grazia (DS-U)	15
		Minoli Rota Fabio Stefano (FI), <i>Relatore</i> .	2
		Mosella Donato Renato (MARGH-U)	10
		(<i>Repliche – A.C. 4761</i>)	20
		Presidente	20

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Forza Italia: FI; Democratici di Sinistra-L'Ulivo: DS-U; Alleanza Nazionale: AN; Margherita, DL-L'Ulivo: MARGH-U; Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro: UDC; Lega Nord Federazione Padana: LNFP; Rifondazione comunista: RC; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com.it; Misto-socialisti democratici italiani: Misto-SDI; Misto-Verdi-L'Ulivo: Misto-Verdi-U; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.linguist.; Misto-Liberal-democratici, Repubblicani, Nuovo PSI: Misto-LdRN.PSI; Misto-Alleanza Popolare-UDEUR: Misto-AP-UDEUR.

	PAG.		PAG.
Cursi Cesare, <i>Sottosegretario per la salute</i> .	21	(<i>Discussione sulle linee generali – A.C. 4611</i>) .	26
Minoli Rota Fabio Stefano (FI), <i>Relatore</i> .	21	Presidente	26
Palumbo Giuseppe (FI), <i>Presidente della XII Commissione</i>	20	Baccini Mario, <i>Sottosegretario per gli affari esteri</i>	28
Disegno di legge di ratifica: Trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per l'alimentazione e l'agricoltura (A.C. 4611) ed abbinato (A.C. 2674-2871) (Discussione)	26	Selva Gustavo (AN), <i>Presidente della III Commissione</i>	26
		Ordine del giorno della seduta di domani .	28
		<i>ERRATA CORRIGE</i>	29

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'Allegato A.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'Allegato B.

RESOCONTO SOMMARIO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI

La seduta comincia alle 16.

La Camera approva il processo verbale della seduta del 16 febbraio 2004.

Missioni.

PRESIDENTE comunica che i deputati complessivamente in missione sono quarantadue.

Discussione del disegno di legge S. 2701, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 10 del 2004: Emergenze sanitarie e ricerca nei settori della genetica molecolare e dell'alta innovazione (approvato dal Senato) (4761).

PRESIDENTE avverte che sono state presentate le questioni pregiudiziali Leoni n. 1 e Burtone n. 2, che saranno esaminate in altra seduta.

Dichiara aperta la discussione sulle linee generali, della quale è stato chiesto l'ampliamento.

FABIO STEFANO MINOLI ROTA, *Relatore*, illustra il contenuto del decreto-legge in esame, recante interventi urgenti per prevenire e controllare le emergenze di salute pubblica, per realizzare in Italia una Fondazione nazionale di genetica molecolare e per dare adeguata copertura finanziaria ai progetti di ricerca di alta innovazione scaturenti da un accordo bilaterale tra l'Italia e gli Stati Uniti per

potenziare la tutela della salute nei settori dell'oncologia, delle malattie rare e del bioterrorismo. Sottolinea altresì che con le modifiche introdotte dal Senato sono state inserite nel testo altre tematiche di rilievo concernenti, tra l'altro, la privatizzazione delle farmacie comunali, il contratto di formazione specialistica medica, la prevenzione secondaria dei tumori, i trapianti di organi. Dà conto inoltre degli oneri conseguenti agli interventi disposti dal provvedimento d'urgenza in esame con l'indicazione puntuale delle modalità per farvi fronte.

PRESIDENTE prende atto che il rappresentante del Governo si riserva di intervenire in replica.

AUGUSTO BATTAGLIA, nel manifestare preoccupazione per l'incongrua scelta di collocare la sede del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie presso il Ministero della salute, giudica penalizzanti le soluzioni individuate per risolvere l'annoso problema dei medici specializzandi, lamentando il carattere frammentario degli interventi del Governo nel settore della sanità; nel preannunciare la presentazione di proposte emendative volte a migliorare il testo del provvedimento d'urgenza in esame, manifesta un orientamento contrario alla sua conversione in legge.

DONATO RENATO MOSELLA lamenta il carattere estemporaneo e frammentario delle iniziative legislative in materia sanitaria adottate dal Governo, al quale imputa la responsabilità di avere indebolito il sistema sanitario nazionale e, conseguen-

temente, di favorire la progressiva privatizzazione del settore, destinata a riflettersi negativamente sulla tutela della salute dei cittadini. Sottolinea quindi l'impostazione centralistica sottesa al provvedimento d'urgenza in discussione, che giudica discutibile, approssimativo ed irrispettoso dell'autonomia degli enti territoriali: richiama, in particolare, l'esigenza di destinare più ingenti risorse finanziarie ad istituti di ricerca già esistenti piuttosto che prevedere l'istituzione di nuove strutture.

GRAZIA LABATE, nel ritenere che il provvedimento d'urgenza in discussione presenti profili di dubbia legittimità costituzionale, atteso che disciplina, tra l'altro, materie che, ai sensi dell'articolo 117 della Carta fondamentale, dovrebbero essere oggetto di potestà legislativa concorrente, esprime forti perplessità, in particolare, sulle modalità costitutive e sul ruolo assegnato alla Fondazione Istituto nazionale di genetica molecolare, alla quale l'articolo 2 del decreto-legge destina significative risorse finanziarie; sottolineata altresì la necessità di apportare rilevanti modifiche al testo delle disposizioni concernenti i medici specializzandi, segnatamente sotto i profili del trattamento economico e degli oneri previdenziali ed assistenziali, invita il Governo a perseguire una politica sanitaria di carattere organico.

PRESIDENTE dichiara chiusa la discussione sulle linee generali.

GIUSEPPE PALUMBO, *Presidente della XII Commissione*, lamentata l'eccessiva enfaticizzazione, da parte delle forze politiche di opposizione, dei problemi che interessano i medici specializzandi, richiama le significative risorse finanziarie ad essi destinate; rileva altresì che, in Italia, la spesa sanitaria è sostanzialmente analoga a quella degli altri paesi aderenti all'Unione europea.

FABIO STEFANO MINOLI ROTA, *Relatore*, osserva che il decreto-legge in discussione è finalizzato, tra l'altro, al

sostegno della ricerca e ad un più razionale funzionamento del settore sanitario, anche attraverso opportune sinergie tra il sistema pubblico e l'apporto dei privati.

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*, ricordato che l'assistenza sanitaria rientra tra le materie attribuite alla competenza delle regioni, rileva che alcune di esse non hanno ottemperato agli impegni assunti, segnatamente con riferimento alla riduzione della spesa farmaceutica e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni. Sottolinea, tra l'altro, che l'Esecutivo sta approfondendo il massimo impegno per consentire alle regioni di superare l'attuale situazione di difficoltà.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PUBLIO FIORI

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*, giudicate altresì particolarmente apprezzabili le disposizioni concernenti i medici specializzandi e quelle finalizzate ad incentivare l'attività di prevenzione secondaria dei tumori, auspica la sollecita conversione in legge del provvedimento d'urgenza in esame.

PRESIDENTE rinvia il seguito del dibattito ad altra seduta.

Discussione del disegno di legge di ratifica: Trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per l'alimentazione e l'agricoltura (4611 ed abbinate).

PRESIDENTE avverte che lo schema recante la ripartizione dei tempi per il dibattito è riprodotto in calce al resoconto della seduta del 9 marzo scorso.

Dichiara aperta la discussione sulle linee generali.

GUSTAVO SELVA, *Presidente della III Commissione*, in sostituzione del relatore, sottolinea la rilevanza del trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per

l'alimentazione e l'agricoltura, illustra il contenuto del relativo disegno di legge di ratifica, nel testo della Commissione, del quale auspica la sollecita approvazione.

MARIO BACCINI, *Sottosegretario di Stato per gli affari esteri*, auspica anch'egli la sollecita approvazione del disegno di legge di ratifica in discussione.

PRESIDENTE dichiara chiusa la discussione sulle linee generali e rinvia il seguito del dibattito ad altra seduta.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE comunica l'ordine del giorno della seduta di domani:

Martedì 16 marzo 2004, alle 10.

(Vedi resoconto stenografico pag. 28).

La seduta termina alle 18,10.

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI

La seduta comincia alle 16.

VITTORIO TARDITI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 16 febbraio 2004.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Alemanno, Aprea, Armosino, Baccini, Ballaman, Berlusconi, Berselli, Buttiglione, Cicu, Colucci, Contento, Delfino, Dell'Elce, Dozzo, Fini, Frattini, Gasparri, Giovanardi, Maroni, Martinat, Matteoli, Miccichè, Piscitello, Possa, Prestigiacomo, Ramponi, Santelli, Scarpa Bonazza Buora, Selva, Sospiri, Spini, Tortoli, Tremaglia, Tremonti, Urbani, Urso, Valducci, Valentino, Viceconte e Vietti sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono quarantadue, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Discussione del disegno di legge: S. 2701 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 gennaio 2004, n. 10, recante interventi urgenti

per fronteggiare emergenze sanitarie e per finanziare la ricerca nei settori della genetica molecolare e dell'alta innovazione (Approvato dal Senato) (4761).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 gennaio 2004, n. 10, recante interventi urgenti per fronteggiare emergenze sanitarie e per finanziare la ricerca nei settori della genetica molecolare e dell'alta innovazione.

(Annunzio di questioni pregiudiziali – A.C. 4761)

PRESIDENTE. Avverto che sono state presentate, a norma dell'articolo 96-bis, comma 3, del regolamento, le questioni pregiudiziali Leoni ed altri n. 1 e Burtone ed altri n. 2 (*vedi l'allegato A – A.C. 4761 sezione 1*), che saranno esaminate in altra seduta.

(Discussione sulle linee generali – A.C. 4761)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

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

Avverto, altresì, che la XII Commissione (Affari sociali) si intende autorizzata a riferire oralmente.

Il relatore, onorevole Minoli Rota, ha facoltà di svolgere la relazione.

FABIO STEFANO MINOLI ROTA, *Relatore*. Signor Presidente, il decreto-legge in esame, recante interventi urgenti per fronteggiare emergenze sanitarie e per finanziare la ricerca nel settore della genetica molecolare e dell'alta innovazione, originariamente era composto da tre articoli che si riferivano alle materie comprese nella titolazione.

Il testo, *in primis*, evidenzia la necessità di intervenire con urgenza, in modo da prevenire e controllare le emergenze di salute pubblica, realizzare nel nostro paese una fondazione nazionale di genetica molecolare e dare adeguata copertura finanziaria ai progetti di ricerca di alta innovazione. Si tratta di settori strettamente legati al progresso della ricerca biomedica per i quali si rileva strategico potenziare gli investimenti, in modo da rendere il nostro paese competitivo con l'Europa e con il resto del mondo occidentale.

Con la recente mappatura del genoma umano si sono, infatti, aperte nuove strade per la ricerca che potrebbero permettere nei prossimi anni di debellare alcune delle principali patologie che affliggono l'umanità. Tuttavia, per arrivare a questi risultati, occorre dotare i ricercatori di opportune risorse e, più in generale, mettere il Sistema sanitario nazionale in grado di competere con la sanità e la ricerca dei paesi occidentali più evoluti.

Con le disposizioni introdotte dal Senato, all'esame odierno dell'Assemblea, ai tre articoli originali contenuti nel disegno di legge d'iniziativa del Governo si sono aggiunte, con l'inserimento di ulteriori articoli, altre tematiche di rilievo, quali la privatizzazione delle farmacie comunali, il contratto di formazione specialistica medica, la prevenzione secondaria dei tumori, i trapianti di organi, il trattamento

dei dati concernenti lo stato di salute ed il concorso della sanità militare alle emergenze.

In quest'ultimo periodo si sono avute gravi infezioni virali, che hanno imposto anche al nostro paese di correre urgentemente ai ripari, realizzando efficaci sistemi di intervento, in modo da fronteggiare tempestivamente le situazioni di emergenza di salute pubblica. Di fronte a condizioni ben note, quali l'epidemia di polmonite atipica o i rischi legati al bioterrorismo, il Governo propone, con l'articolo 1, la costituzione del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, in modo da fronteggiare adeguatamente queste situazioni di urgenza e le altre condizioni di difficoltà che si potrebbero presentare nel caso di gravi epidemie.

Alla luce degli ultimi fatti di cronaca, che hanno visto un riacutizzarsi del preoccupante fenomeno rappresentato dal terrorismo internazionale e dal diffondersi di epidemie, fino a pochi anni fa praticamente sconosciute presso la comunità scientifica, si comprende quanto sia strategico puntare sul potenziamento della prevenzione nel campo della salute pubblica.

A tale proposito, vale la pena di considerare come l'emergenza internazionale sulla Sars sia tutt'altro che attenuata; è altresì significativo ricordare che, a partire da domani fino al 18 marzo, l'Organizzazione mondiale della sanità ha convocato a Ginevra una riunione di esperti sui rischi di una pandemia di influenza.

L'eliminazione di milioni di volatili e le altre misure adottate in Asia e negli altri paesi colpiti dall'influenza dei polli, scoppiata lo scorso dicembre in Corea del Sud, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità hanno ridotto la probabilità di uno scoppio a breve di un'epidemia di influenza umana ma, fino a quando i *virus* influenzali aviario e umano circoleranno nell'ambiente, gli elementi per lo sviluppo di una pandemia umana sussisteranno. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, potremo reagire in modo efficace solo se saremo adeguatamente preparati.

A tal fine, è indispensabile il potenziamento della ricerca e della prevenzione, anche attraverso forme di collaborazione tra soggetti istituzionali nazionali e internazionali.

Il Centro per la prevenzione, infatti, opera in collaborazione con le strutture regionali, mediante convenzioni con l'Istituto superiore di sanità, le università, gli IRCCS, gli istituti zooprofilattici sperimentali, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. A tali soggetti sono stati aggiunti anche gli organi della sanità militare, che collaboreranno all'attività del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Recentemente, anche in ambito internazionale, è stata formulata una proposta di regolamento per la creazione di un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie che, nella condizione di agenzia indipendente, coordinerebbe l'attività tra i centri nazionali dei singoli Stati membri dedicati alla sorveglianza epidemiologica.

Per l'attività del Centro nazionale è prevista da parte del Ministero della salute una spesa totale di 90 milioni di euro per il triennio 2004-2006. Alla cifra da impiegare in questa attività si è giunti considerando gli importi che lo scorso anno sono stati destinati per affrontare le necessità dovute all'emergenza della SARS, nonché le spese sostenute per fronteggiare le conseguenze inerenti eventuali attentati bioterroristici.

Per dare seguito ad un accordo bilaterale sottoscritto dal nostro paese con gli Stati Uniti per migliorare la tutela della salute nei settori dell'oncologia, del bioterrorismo e delle malattie rare, è urgente avviare nel nostro paese un istituto di genetica molecolare, che operi nel settore della farmacogenomica e della cura dei tumori e che diventi il naturale corrispondente del *National Institute of Health*, in modo da rispettare gli accordi tra i due paesi nell'ambito della ricerca cofinanziata, che ha tra gli obiettivi principali l'uso dei *cip* per il *geneprofiling*, secondo quanto previsto nell'ambito del *memorandum* d'intesa tra i due paesi.

A tale scopo, lo scorso dicembre, a Milano, è stata costituita la fondazione Istituto nazionale di genetica molecolare (INGM). Di tale fondazione fanno parte il Ministero della salute, il Ministero degli affari esteri, l'Istituto di ricerca scientifica Ospedale Maggiore di Milano e la regione Lombardia. La fondazione, prevista all'articolo 2, non ha scopo di lucro e, tra le sue finalità, promuove la ricerca nell'ambito delle biotecnologie e della genetica molecolare, fino a prevedere lo sviluppo di nuovi farmaci antitumorali e per le malattie rare.

Il finanziamento della fondazione è stato calcolato tenendo presenti i criteri adottati in precedenza per istituti analoghi. Agli oneri derivanti per le spese di gestione e di ricerca della fondazione si provvede con l'adozione degli accantonamenti del Ministero della salute delle tabelle A e B della legge finanziaria per il 2004. Gli oneri previsti ammontano a circa 7 milioni di euro per il 2004, a cui vanno aggiunti 5 milioni di euro per la ristrutturazione dei locali e l'acquisto delle attrezzature, 6 milioni e mezzo per il 2005 e 6 milioni 700 mila euro per il 2006. A tali cifre vanno aggiunti cospicui finanziamenti privati, assicurati a titolo di donazione da una famiglia milanese, che hanno contribuito in modo determinante alla fattibilità del progetto, fornendo concreta prova di quanta sensibilità sia possibile trovare per aiutare la ricerca.

Il controllo dell'attività della fondazione è assicurato dalla presentazione al ministro della salute della relazione annuale che riguarderà l'attività svolta e da quella di fine triennio 2004-2006, che illustreranno i risultati ottenuti nel complesso dalla fondazione e la loro applicabilità per il Servizio sanitario nazionale.

Con l'articolo 3 il decreto in esame intende finanziare progetti di ricerca e di alta innovazione, attinenti i settori dell'oncologia, delle malattie rare e del bioterrorismo, da realizzarsi in collaborazione con Stati Uniti, nel quadro di un accordo bilaterale tra i due paesi nei settori della sanità e della scienza. I progetti finanziati saranno individuati con decreto del Mini-

stero della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Per il triennio 2004-2006 i finanziamenti previsti per i progetti di ricerca oncologica sono pari a 18 milioni di euro, per i progetti di ricerca sulle malattie rare a 11 milioni 250 mila euro e per i progetti di ricerca sul bioterrorismo a 9 milioni di euro. Agli stanziamenti previsti si provvede con i fondi destinati all'accantonamento di competenza del Ministero della salute compresi nella tabella B dell'ultima finanziaria.

Come detto in premessa, l'esame al Senato del provvedimento ha comportato l'inserimento di aspetti importanti per migliorare la cura e la prevenzione, che ricoprono anch'essi il carattere di urgenza. L'articolo 3-bis riguarda le farmacie comunali e il relativo processo di privatizzazione al quale sono ricorse molte amministrazioni comunali mediante la cessione di partecipazioni delle società di gestione delle farmacie che, per la prevalenza, sono state aggiudicate ad imprese che operano nella distribuzione dei farmaci. La recente sentenza della Corte costituzionale, con la quale la Corte ha definito il giudizio incidentale di legittimità costituzionale promosso dal TAR della Lombardia in seguito al ricorso promosso da Federfarma contro la vendita delle quattro farmacie del comune di Milano ad una multinazionale tedesca che opera nella distribuzione, ha dichiarato l'incostituzionalità dell'articolo 8 delle norme di riordino del settore farmaceutico nella parte in cui non prevede che la partecipazione a società di gestione di farmacie comunali è incompatibile con qualsiasi altra attività nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione e informazione scientifica del farmaco.

Per evitare che gli oltre venti comuni che hanno già concluso le procedure contrattuali con l'aggiudicazione dei punti vendita comunali si trovino, considerando la possibile applicazione retroattiva della sentenza della Corte, in gravissime difficoltà finanziarie, con devastanti effetti sui

loro bilanci, l'articolo in esame fa salvi gli effetti delle procedure di privatizzazione delle farmacie comunali concluse alla data della sentenza della Corte del 24 luglio 2003. In tal modo, si scongiura anche una grave violazione del diritto comunitario da parte del nostro paese; infatti, com'è ben noto, il diritto comunitario prevale sulle norme contrastanti degli Stati membri, comprese quelle di rango costituzionale. Occorre ricordare che, secondo la costante giurisprudenza della Corte di giustizia, la violazione del diritto comunitario da parte di uno Stato membro è idonea a far sorgere un diritto al risarcimento del danno da parte dei soggetti i cui diritti, derivati dall'ordinamento comunitario, siano stati lesi.

Il Senato ha introdotto un articolo che modifica il decreto legislativo n. 368 dell'agosto del 1999, che dà attuazione alla direttiva dell'Unione europea e che riguarda il contratto di formazione lavoro dei medici specializzandi. Negli ultimi anni l'argomento degli specializzandi è stato oggetto di grande attenzione, sia nelle più recenti leggi finanziarie sia attraverso la presentazione di atti parlamentari di controllo e di indirizzo. Anche la Conferenza Stato-regioni si è recentemente espressa sul tema, proponendo diverse soluzioni: nel marzo 2002, la possibilità di attivare contratti di formazione lavoro per l'anno accademico 2002-2003; nel marzo 2003, una proposta di dividere la formazione in due momenti: il primo, di formazione teorico-pratica presso le università; il secondo, da esercitare presso strutture territoriali.

In questo quadro, il Governo ha presentato al Senato un emendamento per regolamentare la materia, che è stato recepito nell'articolo 3-ter. L'articolo in questione intende fornire ai medici specializzandi un migliore inquadramento con diverse condizioni contrattuali. Va ricordato che la tipologia di contratto formazione lavoro, contenuta nel decreto legislativo n. 368, non è mai stata adottata per mancanza di copertura finanziaria e, di conseguenza, i medici specializzandi sono ad oggi ancora soggetti al sistema delle

borse di studio che è in vigore dal 1991. Oggi, nonostante le difficili condizioni economiche generali del nostro paese, il Governo presenta una nuova disciplina (il nuovo contratto di formazione specialistica, che prevede per gli specializzandi un migliore trattamento economico, composto da una parte fissa ed una variabile) e destina per tale finalità specifiche risorse finanziarie. Per questa categoria, indispensabile per il buon funzionamento dell'azienda ospedaliera, viene prevista la possibilità di sostituire a tempo determinato il medico del servizio sanitario nazionale e di seguire una seconda specializzazione. Alla copertura dei costi aggiuntivi derivanti dall'articolo in esame, pari ad oltre 86 milioni di euro per il biennio 2004-2005, provvede il Ministero della salute attraverso gli accantonamenti previsti in tabella A dall'ultima legge finanziaria.

Inoltre, per quanto riguarda l'impegno finanziario in favore degli specializzandi, evidenzio fin d'ora la disponibilità che ho raccolto dal Governo ad integrare ulteriormente le risorse messe a disposizione per l'anno in corso (vale a dire 36 milioni di euro).

In ottemperanza alla necessità di prevenire l'insorgenza delle forme tumorali, si prevede, all'articolo 3-*quater*, lo stanziamento di oltre 52 milioni di euro per il triennio 2004-2006. Con tali risorse, si intende riequilibrare la differente situazione tra le regioni relativamente alla prevenzione secondaria dei tumori, avviare il programma di *screening* del cancro del colon retto e potenziare gli *screening* già in corso, riguardanti il cancro della mammella e del collo dell'utero. In tal modo, si contribuirà a rendere più uniformi i livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale, per quanto concerne la prevenzione e la cura delle malattie tumorali.

Alla luce dell'accresciuta sensibilità della popolazione sul tema dei trapianti d'organo, documentata da un significativo incremento delle donazioni registrato negli ultimi anni, l'articolo 3-*quinquies* prevede l'incremento di spesa, per il triennio 2004-2006, di circa 6 milioni di euro, da destinarsi, per la gestione nonché per l'assun-

zione di personale a tempo determinato, in favore del Centro nazionale per i trapianti d'organo, e di oltre 10 milioni di euro, per lo stesso periodo, per le attività dei centri di riferimento interregionali per i trapianti, da distribuire fra i centri stessi sulla base dell'accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-regioni.

L'articolo 3-*sexies*, infine, modifica il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, entrato in vigore lo scorso gennaio. L'articolo in esame ha lo scopo di correggere le disposizioni contenute nel citato decreto legislativo relative alla *privacy* nel trattamento dei dati concernenti lo stato di salute dei pazienti, con particolare riguardo alla semplificazione degli oneri burocratici introdotti per i medici di famiglia e per i pediatri di libera scelta, in relazione ai rapporti con i propri assistiti.

PRESIDENTE. Prendo atto che il rappresentante del Governo si riserva di intervenire in sede di replica.

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

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor sottosegretario, non sono pochi gli aspetti che non ci convincono del decreto-legge in esame, recante interventi urgenti per fronteggiare emergenze sanitarie.

La sanità italiana ha certamente bisogno di interventi urgenti e le notizie riportate dalla stampa e da trasmissioni televisive nelle scorse settimane (mi riferisco, ad esempio, a quanto è accaduto nella regione Calabria) richiederebbero da parte del Governo una presa di coscienza della situazione nella quale versa il Servizio sanitario nazionale, della difficoltà da parte delle ASL di garantire servizi adeguati ai cittadini, delle liste d'attesa e di tutto ciò che caratterizza la fase particolare che il Servizio sanitario nazionale stesso sta attraversando.

Passando all'esame degli articoli del decreto-legge, si tratta di misure in gran parte non urgenti che potrebbero essere contenute in un disegno di legge ordinario, che darebbe al Parlamento maggiori pos-

sibilità di intervento per il migliore utilizzo delle scarse risorse riservate alla sanità dalla legge finanziaria, in un quadro di tagli, di ridimensionamenti e di interventi analoghi.

Quanto al merito delle misure previste, alcune di esse suscitano notevoli perplessità. Mi riferisco in primo luogo all'articolo 1, che prevede l'istituzione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, con compiti di analisi dei rischi legati alle malattie infettive e al bioterrorismo.

La prima obiezione che solleviamo relativamente all'articolo 1 è che siamo colpiti dal fatto che si vuole insediare questo importante centro di ricerca presso il Ministero della salute. Mi pare che ciò non regga dal punto di vista dei riferimenti istituzionali. Il Ministero della salute, infatti, non ha compiti operativi né di ricerca.

La prima domanda che ci siamo posti è la seguente: come mai si vuole insediare un centro di ricerca presso il Ministero della salute e non, per esempio, presso l'Istituto superiore di sanità, che è un'istituzione prestigiosa e ampiamente riconosciuta in campo nazionale ed internazionale e che dà le linee di indirizzo alla ricerca italiana? Come mai si vuole individuare la sede di questa iniziativa presso il Ministero della salute e nell'articolo 1 si prevedono addirittura delle convenzioni tra il Ministero stesso e una serie di strutture di ricerca o il Servizio sanitario nazionale per sviluppare l'attività di ricerca nel campo in gestione?

Siamo preoccupati di questa previsione e molto esplicitamente ne evidenziamo il motivo. Siamo preoccupati perché da qualche tempo presso l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico «Lazzaro Spallanzani» di Roma avvengono delle cose che non ci convincono. Non convincono noi, le istituzioni locali e i cittadini di quel comprensorio, che con molta preoccupazione seguono quanto sta avvenendo all'istituto Spallanzani.

Ad un certo punto, in questo istituto di ricovero e cura a carattere scientifico si è deciso, per esempio, di chiudere il reparto

pediatrico. Non è necessario un reparto pediatrico presso l'istituto Spallanzani e si può affrontare il problema della pediatria in altre strutture sanitarie della città: queste sono le motivazioni. Successivamente, si è deciso di chiudere tutti i passaggi liberi tra l'istituto stesso e l'adiacente ospedale San Camillo. Per chi non lo sapesse, l'ospedale Spallanzani fa parte di un comprensorio con il San Camillo e il Forlanini. Si tratta di uno dei più grossi comprensori della sanità italiana, oltreché di quella romana. Ad un certo punto, si è deciso di chiudere i passaggi verso gli altri ospedali per ragioni che non si comprendono. Spesso quei passaggi rendevano più facile la collaborazione, che c'era e c'è tuttora, tra l'istituto Spallanzani e il San Camillo, per esempio, per l'utilizzo di alcune apparecchiature di laboratorio o per alcune consulenze necessarie allo Spallanzani da parte del San Camillo. Oggi, in mancanza di questo passaggio, i medici del San Camillo, per raggiungere lo Spallanzani, devono affrontare mezz'ora di traffico in città. Questa decisione non sembra ragionevole né logica.

Poi, si è cominciato a parlare di difese anticarro all'interno dello Spallanzani. Quando i cittadini e gli operatori hanno iniziato a sentir parlare di difese anticarro, si sono preoccupati, perché da una parte leggono «ricerca nel campo del bioterrorismo» e dall'altra sentono parlare di difese anticarro. Allora, gli operatori, le organizzazioni sindacali e soprattutto le migliaia e migliaia di famiglie che risiedono vicino allo Spallanzani si domandano: quando mai si sono previste difese anticarro per un ospedale? Cosa si vuole fare dell'ospedale Spallanzani? Una struttura paramilitare di ricerca nel campo del bioterrorismo? Per carità! Se ciò è necessario, anche alla luce dei rapporti con gli altri paesi dell'Unione europea e con gli Stati Uniti, ebbene la si crei pure. Ma si può realizzare una struttura paramilitare, che ha bisogno di difese anticarro, nel cuore di alcuni tra i più grandi e popolosi quartieri romani, dove i

vecchietti vanno a spasso a prendere l'aria e le famiglie passano per portare i bambini a scuola?

La preoccupazione tra la popolazione è molto grande, tant'è che due consigli circoscrizionali interessati a quel territorio già si sono pronunciati unanimemente contro questo progetto.

Perché noi siamo convinti che il Governo non sia chiaro su questo aspetto? Perché prevede, come sede del centro di ricerca di cui al decreto-legge in esame, il Ministero della salute.

Quando mai il Ministero della salute è stato sede di un centro di ricerca sul bioterrorismo? Ma come? Abbiamo l'Istituto superiore di sanità, la sanità militare, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Allora, voi dovete parlare con molta chiarezza, dovete essere chiari con la regione Lazio, con il comune di Roma, con i municipi interessati e con i cittadini. Ci dovete dire cosa volete realizzare dentro l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Spallanzani di Roma. Queste scelte non possono essere fatte attraverso sotterfugi, per cui si mette davanti l'etichetta del Ministero della salute, che non ha competenze in materia di ricerca, e poi si realizza una struttura che ha una funzione non soltanto sanitaria ma addirittura di carattere militare nel cuore della città di Roma e di un grande comprensorio sanitario, molto utilizzato dalla popolazione romana. Questa è una prospettiva che non possiamo accettare e che contrasteremo con molta forza. Pertanto, chiediamo al Governo e alla maggioranza di essere molto chiari su questo punto.

Ciò non vuol dire che, con la sua esperienza in materia di malattie infettive, lo Spallanzani non possa collaborare ad un progetto di ricerca. Ma questo progetto di ricerca affidiamolo all'Istituto superiore di sanità, coinvolgiamo lo Spallanzani e le altre strutture per gli aspetti clinici della ricerca e, se ci sono dei laboratori e delle strutture che hanno bisogno di una protezione militare, realizziamola in luoghi dove ciò è possibile e non in realtà in cui

vivono le famiglie romane, assoggettandole a rischi che, come abbiamo visto, di questi tempi a volte sono reali.

Nel corso del dibattito formalizzeremo le nostre richieste attraverso la presentazione di proposte emendative. Abbiamo presentato emendamenti non solo soppressivi ma che propongono un modello diverso di intervento, al fine di perseguire lo stesso obiettivo tutelando le popolazioni dei quartieri di Roma interessati. Ci auguriamo di avere delle risposte chiare da parte del Governo: la formulazione dell'articolo 1 non è chiara ma ambigua e si presta ad operazioni che rischiano di sollevare una grande preoccupazione nella città di Roma.

Ci sono ulteriori punti, sui quali interverranno anche altri colleghi, che non ci convincono, come l'articolo 2. Si stanziavano delle somme, del resto limitate, per una struttura con sede a Milano e non si capisce per quale ragione, visto che in Italia vi sono altri centri che fanno ricerca nel campo molecolare.

Voglio dire qualche parola anche sull'articolo 3-ter, riguardante l'annosa vicenda dei medici specializzandi, che più volte abbiamo affrontato in Parlamento. Come ricorderete, qualche mese fa tentammo di approvare un documento unitario di tutte le forze politiche, di maggioranza e di opposizione, affinché il Governo desse una soluzione definitiva al problema degli specializzandi. Ne abbiamo discusso tante volte in questa sede e non è il caso di entrare nei particolari. C'era un impegno comune, ma alla fine non votammo insieme perché la maggioranza pretese di inserire una formulazione ambigua, che lasciava spazio non alla soluzione definitiva per la quale tutti diciamo di lavorare, ma a soluzioni intermedie, che a nostro avviso non risolvono il problema. Comunque, fu votato il vostro documento e ci saremmo aspettati, già dalla scorsa legge finanziaria, uno stanziamento adeguato per risolvere il problema in questione. In realtà, nella legge finanziaria la voce relativa ai medici specializzandi si trova nell'ambito dello stanziamento più generale riguardante il Ministero della sa-

lute ed è assolutamente inadeguata. Già all'epoca della discussione della legge finanziaria vi dicemmo che quello stanziamento era inadeguato e che non avrebbe consentito in alcun modo di risolvere il problema degli specializzandi.

Ebbene, con l'articolo 3-ter del decreto-legge in esame voi proponete una soluzione al problema degli specializzandi che non riconosce ciò di cui hanno diritto a 35 mila medici italiani, che tutti i giorni operano nelle corsie degli ospedali e nelle strutture sanitarie, che spesso funzionano solo grazie alla loro presenza. Non solo non date una risposta positiva alle loro aspettative — perché essi, secondo gli indirizzi dell'Unione europea, sono dei lavoratori a pieno titolo, hanno diritto di vedere tutelata la maternità, hanno diritto ad essere retribuiti in caso di malattia, hanno cioè quei diritti minimi che vanno riconosciuti ad ogni lavoratore —, non solo non rispettate gli impegni previsti dagli ordini del giorno che qui abbiamo votato, ma addirittura proponete una soluzione che danneggia ulteriormente la situazione dei medici specializzandi, perché li trasformate in lavoratori precari, in una sorta di «co. co. co.» della sanità: non riconoscete loro alcun diritto, li costringerete a versare i contributi ENPAM e INPS. Quei contributi non soltanto abbasseranno la loro retribuzione — quindi economicamente ci rimetteranno — ma addirittura i contributi INPS, che andranno a finire in una gestione separata dell'INPS, un domani non saranno nemmeno riconducibili ad una ricostruzione di carriera e quindi ad una ricostruzione di tutti i versamenti ai fini pensionistici! Quindi, di fatto, sottraete risorse a borse di studio, che finiscono in un fondo che non servirà ai medici specializzandi. La vostra soluzione consiste quindi nell'abbassare il trattamento economico dei medici specializzandi!

In queste ultime ore si è anche delineata da parte del Governo una ipotesi secondo la quale forse, nelle pieghe del bilancio dei ministeri, si può recuperare qualche altra cosa, al fine di lenire i danni della soluzione individuata. Ma questa non

è la soluzione! E noi non possiamo accettarla, anche perché non c'è stata alcuna disponibilità reale da parte del Governo! Le regioni più volte si sono dichiarate disponibili a percorrere una parte del cammino necessario per risolvere i problemi e quindi a mettere anche loro una quota delle disponibilità finanziarie che, aggiunte a quelle messe a disposizione dal Governo centrale, potrebbero fornire finalmente una risposta definitiva, chiara e giusta — perché le aspettative dei medici specializzandi sono giuste — a 35 mila medici del nostro Servizio sanitario nazionale.

Noi contrasteremo questa vostra impostazione e presenteremo degli emendamenti che vanno invece nella direzione giusta, chiedendo ai membri della maggioranza di questo Parlamento di pronunciarsi con chiarezza. Mi riferisco soprattutto a coloro che in queste settimane hanno avuto contatti con le associazioni dei medici specializzandi e si sono dichiarati disponibili a venire incontro alle loro esigenze.

È un problema che attende una soluzione ormai da diversi anni, soluzione che è stata rinviata più volte. Caro sottosegretario Corsi, lei annuisce, ma siete alla terza legge finanziaria...

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. E prima ...?

AUGUSTO BATTAGLIA. Prima noi abbiamo fatto qualcosa; voi non avete fatto nulla! Forse, invece di pensare alla tassa di successione dei grandi patrimoni — che è costata diverse centinaia di miliardi all'erario —, quei soldi si potevano recuperare per dare una risposta ai medici specializzandi che lavorano negli ospedali. Un Governo si valuta anche dalle priorità che sceglie e voi avete scelto quella priorità, come avete scelto quella di sostenere fiscalmente i club professionistici di serie A, per cui vi ha richiamato anche l'Unione europea! Allora, dovete stabilire se è più importante il medico specializzando che garantisce il funzionamento di una corsia di un ospedale oppure il calciatore, che

gioca allo stadio e che già guadagna miliardi a sufficienza! Se dobbiamo vedere chi ha fatto e chi non ha fatto e cosa avete fatto voi in questi tre anni, bisogna entrare nel merito delle scelte che avete compiuto!

Comunque l'articolo sui medici specializzandi è molto grave: è un voltafaccia del Governo e della maggioranza rispetto a quello che in questi tre anni — voi stessi lo avete detto — vi eravate impegnati a fare nei riguardi dei 35 mila medici.

C'è poi una serie di misure minori che desta una certa perplessità. Mi riferisco, ad esempio, alle disposizioni sulla prevenzione secondaria dei tumori. Se si legge l'articolo 3-*quater* si immagina che il Governo si impegni da domani a far partire uno *screening* nazionale per il tumore alla mammella, al colon, al retto, cioè per tutti i tumori possibili immaginabili.

Ma quando andiamo a vedere le cifre, scopriamo che sono previsti solo 10 milioni di euro, da dividere tra 20 regioni.

Ma qual è questo *screening* nazionale attivato per la prevenzione secondaria dei tumori? Credo che si tratti, anche in questo caso, di un'ulteriore dimostrazione di come questo Governo, incapace di sviluppare una politica sanitaria di grande respiro, assuma piccole decisioni, spendendo 10 milioni di euro da una parte e 10 milioni dall'altra; oggi accontenta una fondazione di Milano e domani concederà qualche contributo ad un'altra di Palermo, ma intanto il sistema soffre, perché non fornisce risposte, poiché non si assumono quelle scelte che, invece, possono aiutare a superare i numerosi problemi che il Servizio sanitario nazionale vive.

Potrei affermare lo stesso per quanto riguarda i progetti di ricerca per l'innovazione e per i trapianti di organi: si tratta, infatti, di piccole misure che modificheranno solo minimamente l'attuale situazione del sistema sanitario.

Ciò di cui vogliamo comunque dare atto al Governo è l'ultimo articolo del decreto-legge al nostro esame, che riconosce alle regioni, soprattutto a quelle che chiamiamo « inadempienti » rispetto all'accordo dell'8 agosto 2001, la possibilità di ottenere un incremento della quota loro

trasferita. Per quanto spesso si tratti di regioni che non hanno sempre saputo adottare scelte adeguate di politica sanitaria, ci auguriamo che ciò contribuisca a migliorare una situazione che va degradandosi e che sta diventando sempre più difficile.

In queste settimane, infatti, nel corso di dibattiti, anche televisivi, il ministro Sirchia ha sostenuto che il Governo ha incrementato le risorse del fondo per la sanità, che è passato dal 5,2 per cento al 5,8 per cento del PIL e via dicendo. Ma allora, vorrei dire al signor ministro che se è vero che avete aumentato le risorse, e tuttavia la situazione dei servizi peggiora, allora vuol dire che le scelte del Governo sono sciagurate, scusatemi!

La verità è un'altra. Con l'accordo dell'8 agosto 2001 le risorse per la sanità sono state teoricamente aumentate, ma di fatto lo Stato non trasferisce alle regioni le somme che dovrebbe loro assegnare, e le regioni sono creditrici di 20 miliardi di euro (circa 40 mila miliardi di vecchie lire) rispetto a quanto pattuito. E quando questi 40 mila miliardi di vecchie lire non arrivano alle regioni, esse non li trasferiscono alle ASL, e queste ultime, che dovrebbero garantire i livelli essenziali di assistenza con le risorse che non vengono loro trasferite, sono costrette a ridurre le prestazioni sanitarie oppure i servizi.

Voi sapete, colleghi della maggioranza, che già da due anni se in una ASL vanno in pensione due medici, se ne può assumere solo uno, e che se in un ospedale vanno in pensione quattro terapisti della riabilitazione, se ne possono assumere solo due. In altri termini, è possibile assumere solo il 50 per cento del personale che va in quiescenza, e dunque si riducono piano piano l'offerta di servizi, le prestazioni e la qualità.

Quando le ASL non dispongono delle risorse finanziarie, allora devono ricorrere alle banche, pagando gli interessi. Inoltre, per portare ad esempio la regione Lazio, quando non ci sono le risorse, i fornitori vengono pagati a 365 giorni, se va bene, e forse di più. Quando un fornitore viene pagato dopo un anno o un anno e mezzo,

secondo voi cosa darà alla ASL? Fornirà materiale non sempre adeguato, e soprattutto praticherà un prezzo che terrà conto del momento in cui verrà effettivamente pagato. Dal momento che tale prezzo è generalmente più alto, si tratta di altre risorse che, anziché concretizzarsi in servizi per i cittadini, si trasformano in interessi passivi pagati alle banche.

Ecco perché, poi, il cittadino non trova risposte, nonostante il ministro Sirchia sostenga che ha aumentato la spesa per la sanità! Quando il cittadino si reca presso la ASL e non può effettuare una visita, se deve fare, ad esempio, una mammografia a Torino, dove tre anni fa poteva ottenere una risposta entro 20 o 30 giorni, mentre oggi gli si dice di tornare dopo 120, se ha un problema serio si recherà presso una struttura privata, cari rappresentanti del Governo, pagando di tasca propria! Lo scorso anno i cittadini italiani hanno pagato per la sanità, di tasca propria, 24 miliardi di euro, vale a dire 48 mila miliardi di vecchie lire. In altri termini, un quarto della spesa sanitaria italiana viene sostenuta dai cittadini, che pur avendo già pagato le tasse per finanziare il Servizio sanitario nazionale, devono pagarsi anche i servizi di tasca propria!

E la conferma di questo, cari amici, è avvenuta oggi, con il boom della spesa privata per i farmaci. Nel 2003, infatti, gli italiani hanno pagato 6, 4 miliardi di euro per i farmaci; tra ticket e farmaci acquistati di tasca propria, quindi, i cittadini hanno speso 12 mila miliardi. Il Servizio sanitario nazionale, che dovrebbe coprire l'importo per i farmaci gratuiti, ormai copre solo il 60 per cento della spesa perché il restante 40 per cento è direttamente a carico dei cittadini.

Questo sta avvenendo nella sanità italiana! Queste sono le emergenze, quelle che poi portano al dramma di Catanzaro, ai tanti episodi di cronaca che vediamo purtroppo quotidianamente. L'altro giorno al Policlinico hanno rimandato indietro la gente perché non vi erano né personale disponibile né apparecchiature funzionanti

per effettuare analisi ed esami diagnostici importanti. Potremmo scrivere un'antologia di questi episodi.

Ripeto che queste sono le emergenze e mi domando: il decreto-legge che affrontiamo oggi ci aiuta a fare un passo in avanti in questa direzione? Credo proprio di no e per questo siamo molto insoddisfatti di quanto voi proponete. Per questo motivo esprimeremo sugli articoli e sul decreto nel suo complesso un giudizio e un voto negativo e ci batteremo, nei prossimi giorni, per modificarlo perché nonostante non risponda alle esigenze né dei cittadini né del Servizio sanitario nazionale, vogliamo collaborare costruttivamente, facendo quindi proposte concrete sui medici specializzandi, sui centri di ricerca sul bioterrorismo e su tutta l'attività di ricerca. Ci auguriamo di poter trovare nella maggioranza e nel Governo alcune risposte positive (*Applausi dei deputati dei gruppi dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e della Margherita, DL-L'Ulivo*).

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

DONATO RENATO MOSELLA. Onorevoli colleghi, onorevole sottosegretario, lasciateci dire che facciamo fatica a seguire il Governo perché quello che oggi arriva in aula è l'ennesimo decreto-legge in tema di sanità. Un provvedimento che, tra l'altro, si occupa di una serie di materie — come ha rilevato il collega Battaglia — tra di loro abbastanza disomogenee, tanto che per le stesse modifiche introdotte al Senato ci sarebbe bisogno per ogni articolo di un disegno di legge *ad hoc*, specifico e separato dagli altri.

Se mi è concesso esprimere una critica pacata, mi sembra un modo di legiferare estemporaneo e disorganico, che trasforma il Parlamento in un mero luogo di ratifica di disposizioni ministeriali che, oltretutto, appaiono inadeguate a risolvere i problemi di urgenza ed emergenza. Forse saremo prevenuti e affetti dalla «sindrome dell'opposizione», però a quanto ci è dato vedere ci sembrano ben altri i problemi nella sanità che provocano emergenze e

che richiedono misure urgenti. Crediamo, anche perché disponiamo di cultura di governo, in quanto persone che hanno già dimostrato la cultura del fare, che questa sia la prova della mancanza di una doverosa e dovuta programmazione nel settore della sanità dove non ci si può permettere di vivere alla giornata o di inseguire i problemi.

Il ministro della salute si occupa delle campagne pubblicitarie sugli stili di vita. Ciò è certamente giusto. Infatti, un paese civile deve necessariamente cercare di educare i propri cittadini ad adottare stili di vita migliori; tuttavia, deve farlo dopo aver risolto i gravissimi problemi che si vanno accentuando nel settore della salute, al nord, al centro e, in modo particolare, al sud del Paese.

Un Governo rigoroso dovrebbe preoccuparsi anche delle scelte strategiche riguardanti la sanità. I provvedimenti di legge in materia giunti all'attenzione del Parlamento sono sempre stati decreti-legge oppure interventi emendativi su disegni di legge delega e su disegni di legge finanziaria. Eppure, abbiamo superato la metà della legislatura. In questi anni, ogni volta che abbiamo aperto bocca, ci siamo sentiti rispondere: « Ma voi, cosa avete fatto e cosa avete lasciato? ». Abbiamo agito con la serenità di chi sa di aver compiuto ogni sforzo, anche con sacrifici (alcuni ministri hanno pagato personalmente cari prezzi) al fine di lavorare alle fondamenta del sistema sanitario, consapevoli che all'inizio avremmo potuto ricevere qualche « ceffone », ma che nel lungo periodo saremmo stati premiati. Infatti, pensiamo che su alcuni settori non si può giocare.

Abbiamo superato — lo ripeto — la metà della legislatura. Siamo al terzo anno di Governo del centrodestra! È inutile ed ormai non più credibile distogliere l'attenzione dei cittadini, continuando ad attribuire presunte colpe ai Governi di centrosinistra. È chiaro alla pluralità dei cittadini italiani, ai meno attrezzati come quelli che si recano negli ospedali portando con sé una brandina, che le cose non vanno. È evidente che tutte le respon-

sabilità dell'indebolimento del Servizio sanitario nazionale appartengono a questo Governo.

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è al di sotto delle reali necessità e il suo rapporto, rispetto al prodotto interno lordo, è inferiore a quello di altri paesi europei che pure hanno problemi, come la Francia e la Germania, ma che certamente non sono paragonabili ai nostri.

Le regioni hanno promosso un accordo per la ripartizione del finanziamento al fondo. Il Governo, per tutta risposta, rinvia nel tempo, senza assumere decisioni se non con colpevole ritardo, così da accentuare le difficoltà delle regioni le quali ottengono l'erogazione del finanziamento — lo abbiamo sentito dal collega Battaglia — addirittura dopo due anni, nonostante sia stato siglato il patto dell'8 agosto 2001, con i relativi problemi che si scatenano rispetto alle attrezzature e ai fornitori.

Il Governo ha addirittura cercato di applicare alla sanità il decreto « taglia spese », tentando di razionalizzare anche l'uso della benzina delle ambulanze. Non è riuscito in quest'intento solo grazie alla forza e alla determinazione anche unitaria delle regioni, che hanno presentato un ricorso alla Corte costituzionale, inducendo il Governo a rinunciare.

L'onorevole Battaglia ha ricordato che le regioni sono in credito di 16 miliardi di euro, pari a 30 mila miliardi delle vecchie lire! Una cifra a dir poco astronomica, che si aggrava ogni giorno di più. Ma non è tutto. Le stesse regioni, sempre più in difficoltà, sono costrette a sfidare il ministro Tremonti sul terreno della creatività finanziaria per sostenere il peso dei bilanci sanitari! Alcune regioni hanno introdotto il *ticket* sui farmaci e persino sul pronto soccorso, una tassa odiosa che colpisce chi ha più bisogno. In un momento della vita in cui le difficoltà si amplificano, attraverso la malattia ed il disagio, arriva questo tipo di messaggio.

Altro che non avere messo mano nelle tasche dei cittadini, come si vorrebbe ancora oggi far credere! La Sicilia, ad esempio, solamente per motivi di consenso

politico è stata costretta ad eliminare i ticket sul pronto soccorso, dopo una lunga mobilitazione delle forze di opposizione, delle organizzazioni sindacali e anche dei cittadini, che spontaneamente hanno cominciato a mobilitarsi. Nel Lazio si stanno cartolarizzando persino gli ospedali e tutti sappiamo quanto rischi di essere dannosa questa scelta per la collettività, costretta a sopportarne tutte le conseguenze. Si tratta di una scelta che costituisce la « porta girevole » per la privatizzazione progressiva del sistema sanitario, che aggraverà la spesa a danno dei cittadini, anziché alleggerirla.

È questo il futuro che state disegnando e la gente lo deve sapere! Bisogna spiegarcelo! La spesa sarà la vera discriminante tra chi potrà curarsi e chi non lo potrà fare: un diritto legato al censo, che confligge con la nostra Carta costituzionale.

I nostri punti di riferimento — visto che ci chiamate in causa costantemente — sono la riforma del 1978, attuata con la legge n. 833, e la cosiddetta riforma Bindi della scorsa legislatura, che hanno dato centralità ai cittadini e al loro diritto di cura in senso universalistico (su tale punto noi ci siamo qualificati e per questo abbiamo pagato anche dei prezzi politicamente alti). Un principio, quest'ultimo, avversato dall'attuale Governo che, tentando di attuare una sostanziale privatizzazione del diritto alla salute, mira invece a tutt'altri obiettivi.

Il Governo sembra disinteressarsi dei problemi reali della sanità, delle emergenze vere che interessano da nord a sud l'intero paese. Ho con me una rassegna stampa che è un bollettino di guerra: ospedali che chiudono, persone che non possono ricoverarsi perché non trovano un posto letto e che, anche in condizioni di emergenza, sono costrette ad andare da una struttura sanitaria dall'altra, in un triste calvario che a volte si conclude tragicamente; dal sud riceviamo quotidianamente notizie di reparti di ospedali posti sotto sequestro per i più disparati motivi (comunque, sempre condizionati dall'assenza di finanziamenti e dalla pe-

nuria di risorse). Ne è un esempio il recente caso di Catanzaro, in Calabria. Ma non solo: negli ultimi giorni abbiamo saputo che ci sono problemi anche a Vibo Valentia e a Melito Porto Salvo, dove al degrado ambientale, contro il quale si deve lottare quotidianamente, si aggiunge la carenza di servizi fondamentali per le persone che hanno minori possibilità. In Sicilia, nell'ospedale pediatrico più importante della regione, le famiglie sono state invitate formalmente a portarsi le brandine da casa perché mancano i posti letto; in Puglia continuano le proteste per la chiusura degli ospedali. Questo senza citare le emergenze che riguardano la Campania e il Lazio dove, solo per fare un esempio, i cittadini attendono dai 6 ai 7 mesi per poter effettuare una visita cardiologica o un esame radiologico in una delle maggiori aziende ospedaliere di Roma!

La sanità è al collasso (rispetto al quale un decreto di urgenza mirato si giustificherebbe). In un contesto così difficile, bisogna tenere presente il problema del personale medico, che è in attesa del rinnovo del contratto. L'atteggiamento tenuto dai medici nel corso delle manifestazioni e delle astensioni dal lavoro nei servizi pubblici essenziali (attuato nel rispetto delle regole dello sciopero) è di allarme giustificato per quella che è una vera e propria destrutturazione del Servizio sanitario nazionale. Per la prima volta, tutte le organizzazioni sindacali dei medici — ben 50 — hanno scioperato unitariamente, non solo per la giusta rivendicazione di un contratto scaduto e non ancora rinnovato (con colpevole ritardo). Nella loro piattaforma i medici hanno espresso la necessità di difendere il Servizio sanitario nazionale, soprattutto contro una probabile frammentazione legata proprio alla devoluzione. Infatti, il rischio è che si creino ben 21 sistemi sanitari diversi, distinti e separati, per cui il diritto alla cura diventerebbe aleatorio, perché dipenderebbe esclusivamente dal luogo nel quale si ha la fortuna di nascere oppure di risiedere. Un principio inaccettabile e lesivo dell'articolo 32 della Carta costituzio-

nale, rispetto al quale mi sembra che la vostra indifferenza sia un po' eccessiva.

I medici continuano a sollecitare un confronto con il Governo e quest'ultimo cosa fa? La Commissione affari sociali — qui rappresentata dal suo presidente — è testimone della improduttività della funzione legislativa del ministro della salute. Basta scorrere gli atti: il Governo sembra ignorare le principali emergenze della salute in Italia. Le « mezze porzioni » e l'indicazione degli stili di vita con cui il Ministero della salute risponde a tutti gli interrogativi non rappresentano l'universalità dei problemi che attanagliano oggi la nostra sanità. Solo per fare un esempio, quale attenzione viene prestata ai soggetti non autosufficienti, che sono in aumento? Non sono bastati i 7 mila morti della scorsa estate? Il tempo comincia a cambiare; andiamo incontro alla buona stagione e temiamo per i nostri anziani.

Il Governo, che annuncia interventi strutturali, si presenta in Parlamento con un provvedimento solo parziale, come quello che siamo costretti ad esaminare nella seduta di oggi. Analizziamo questo decreto-legge. Qualcuno diceva che stiamo parlando d'altro: no, stiamo parlando di sanità e per noi queste sono occasioni per inserire tali provvedimenti nell'ambito di un quadro generale ben preciso. Mi rivolgo, in particolare, ai colleghi della maggioranza poiché confido che, alla fine, su questo terreno le nostre opinioni possano trovare, se non delle convergenze, almeno un ascolto. Lo ripeto: riteniamo che questo sia un ambito in cui non si può barare.

In relazione all'istituzione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, di cui all'articolo 1, osservo che difficilmente tale ente può essere paragonato al CDC di Atlanta. Peraltro, rilevo che non è ben chiaro a quale struttura ci si troverà di fronte, atteso che la stessa opererà sulla base di un decreto del ministro della salute. In altri termini, il Ministero della salute interviene con un decreto per istituire questo centro; successivamente, lo stesso ministero dovrà intervenire con apposito decreto ministe-

riale per organizzarne il funzionamento, la pianta organica, e via dicendo. È un parossismo!

Vogliamo sottolineare che esiste l'Istituto superiore di sanità (l'onorevole Battaglia lo ha rilevato con la giusta sottolineatura), che per le sue specifiche finalità istituzionali sarebbe l'ente deputato a svolgere attività di monitoraggio, di prevenzione e anche di controllo delle malattie. Non comprendiamo — o comunque facciamo fatica a farlo, ce ne venga dato atto — le ragioni per le quali le risorse stanziare con l'articolo 1 non siano state destinate ad istituti già esistenti ed operanti, a partire proprio dall'Istituto superiore di sanità.

Con riferimento alle previsioni contenute nell'articolo 2, osserviamo che, essendo la Fondazione nazionale di genetica molecolare un ente che dovrebbe avere la natura di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (su questo il collega Battaglia si è « sgolato » in ripetute occasioni, spiegandone anche nel merito e tecnicamente le funzioni), la sua istituzione dovrebbe seguire l'apposita procedura prevista a tal fine. Procedura modificata dal Governo e da noi contestata in tutte le sedi in cui ve ne è stata l'opportunità.

A quanto pare, il Governo non rispetta le normative che egli stesso ha fatto approvare e ricorre ad un decreto-legge con cui, peraltro, avrebbe potuto prevedere il coordinamento di strutture già esistenti, piuttosto che la creazione di una nuova realtà, la quale risulta essere più utile come agenzia interinale che come centro di ricerca vero e proprio. È evidente come, nel definire i compiti, sia difficile stabilire una sostanziale differenziazione tra la Fondazione di cui all'articolo 2 e il Centro nazionale di cui all'articolo 1.

Si è legiferato con modalità che sembrano improntate al criterio della provvisorietà e non rispettose dell'autonomia delle diverse realtà istituzionali coinvolte, a partire proprio dalle regioni, rispetto alle quali i segnali che giungono sembra non vi interessino. Infatti, se di IRCCS si tratta, le

regioni hanno una loro competenza che va rispettata e che, in questo caso, non è stata neppure presa in considerazione.

Ciò dimostra che il Governo, tanto federalista a parole, è poi centralista nei fatti. Le modifiche introdotte dal Senato configurano di fatto, anche quantitativamente, un diverso provvedimento rispetto al testo originario del decreto-legge.

Infine, all'articolo 3-bis, il decreto-legge introduce una sorta di sanatoria in ordine alla privatizzazione delle farmacie comunali, che è suscettibile di dar luogo ad una nuova pronuncia della Corte costituzionale, nonché al rinvio del provvedimento alle Camere da parte del Presidente della Repubblica. Intervenire con decreto-legge per cercare di porre riparo ad una pronuncia della Corte costituzionale è un esempio che potremmo definire di legislazione « creativa ».

In realtà, la vicenda è assai delicata e, a prescindere dalle argomentazioni che possiamo addurre, meriterebbe un approccio legislativo diverso e maggiormente consapevole delle motivazioni che hanno indotto la Corte costituzionale ad intervenire sulla privatizzazione delle farmacie comunali.

Il decreto-legge affronta anche il problema dei medici specializzandi, e anche in questo caso parte da una prospettiva sbagliata. Noi partiamo dal dato incontestabile che riguarda il mancato finanziamento del decreto legislativo n. 368 del 1999 riguardante i contratti di formazione lavoro per gli specializzandi.

In occasione della discussione dell'ultima legge finanziaria la maggioranza, dopo aver promesso « mari e monti », nonché un finanziamento di 60 milioni di euro, si è accontentata di un ordine del giorno presentato dal collega Di Virgilio e dal presidente Palumbo che impegnava il Governo a reperire progressivamente le risorse necessarie in base alle disponibilità economiche.

Vorrei qui ricordare che il centrosinistra ha sempre posto il problema dei medici specializzandi in tempi recenti sia attraverso la presentazione di emendamenti e ordini del giorno nel corso del-

l'esame della legge finanziaria, sia con una mozione presentata dall'onorevole Bindi che il Governo e la maggioranza non hanno accolto, nonostante fosse stata inizialmente sottoscritta anche dai capigruppo della maggioranza nella Commissione affari sociali.

Con l'articolo 3-ter del decreto-legge in esame, l'esecutivo trasforma i medici specializzandi in figure ibride, a metà fra i lavoratori autonomi e quelli dipendenti: dipendenti in quanto sottoposti dalle aziende sanitarie ed ospedaliere ad una serie di vincoli per quanto riguarda l'orario di lavoro ed altro; autonomi per quanto concerne in particolare il trattamento previdenziale, che viene posto a loro carico, con l'introduzione della gestione separata. Siamo realmente di fronte ad un graduale smantellamento del sistema di disposizioni comunitarie recepito in ordine ai medici specializzandi, cosa che riteniamo assolutamente non condivisibile.

Infine, vorrei sottolineare il tema del previsto finanziamento per la prevenzione secondaria dei tumori. Si tratta di una sorta di intervento « a gamba tesa » nei confronti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, proprio quelli che sono preposti a questi compiti e ai quali vengono continuamente lesinate risorse finanziarie.

Infine, vogliamo ricordare l'inadempienza del Governo che, mentre prevede finanziamenti per il centro nazionale per i trapianti, non ha ancora dato attuazione alla legge sul trapianto degli organi varata nel 1999 dal Governo di centrosinistra e per la cui attuazione era previsto un termine di due anni. In realtà, essa giace ancora lì.

Questo provvedimento nel suo complesso appare approssimativo, discutibile sotto tanti punti di vista, e potremmo continuare. Anche attraverso gli emendamenti che i colleghi hanno già ricordato, speriamo di indurre il Governo a recedere da quella che appare una pseudoprogrammazione che lascia sostanzialmente irrisolti i problemi strutturali della sanità, aggravando una situazione di emergenza e

colpendo di fatto, anche attraverso il « non fare », una pluralità di cittadini, fatta spesso dai più deboli tra i deboli, coloro che hanno meno e che necessitano di aiuto avendo avuto la sfortuna di incorrere in una malattia.

Tutto ciò oggi ci sollecita e ci stimola a preparare con maggior forza e rigore, utilizzando le migliori intelligenze, quel futuro che non vediamo tanto lontano. Continueremo la difficile strada già iniziata, rispetto alla quale proveremo a rimettere in piedi le cose (*Applausi dei deputati dei gruppi della Margherita, DL-L'Ulivo e dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

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

GRAZIA LABATE. Signor Presidente, signor sottosegretario, onorevoli colleghi, il provvedimento in esame tratta un insieme di disposizioni che appaiono, in parte, riconducibili alle materie « tutela della salute » e « ricerca scientifica » che, come è noto, l'articolo 117, terzo comma, della Costituzione demanda alla competenza legislativa concorrente tra Stato e regioni. Da qui sorge un legittimo dubbio di costituzionalità del decreto-legge: lo esamineremo in modo specifico domani trattando la questione pregiudiziale di costituzionalità.

Come ha già ricordato il collega Mossella, il provvedimento è stato modificato dal Senato, che ha introdotto una serie di disposizioni ascrivibili nell'ambito della materia civilistica. Mi riferisco, in particolare, ad una nuova fattispecie giuridica per quanto riguarda i medici specializzandi con la sussunzione *sic et simpliciter* dal diritto privato di un contratto di inserimento che provvederebbe a disciplinare i medici specializzandi. Si pensi, inoltre, alla privatizzazione delle farmacie comunali. A mio modo di vedere, siamo in presenza di un decreto-legge che da un lato confligge con alcuni principi recati dall'articolo 117 della Costituzione e, dall'altro, trova la sua motivazione d'urgenza nell'intento di mettere a disposizione ri-

sorse per il triennio in ordine alle materie alla nostra attenzione.

Al di là della polemica politica, signor Presidente, signor sottosegretario Cursi, onorevoli colleghi, il problema è che ci troviamo di fronte ad un decreto-legge che, se non oso definire *omnibus* dato il numero degli articoli, è comunque molto pasticciato. Il provvedimento tenta di affrontare una serie di materie mettendo in piedi nuove strutture con caratteristiche nazionali per affrontare, in realtà, alcune emergenze. Pensiamo a tutta la vicenda delle malattie trasmissibili e della SARS: a seguito di una decisione comunitaria, il nostro paese ha il dovere di garantire al nuovo Centro europeo di coordinamento per le malattie infettive non certo una struttura ubicata presso il Ministero della salute. Vorrei far presente ai colleghi che non vi è un analogo esempio in Europa. Si guardi il ministero *de la santé* francese, quello tedesco, quello inglese, quello svedese: nessuno mai penserebbe di inserire all'interno del Ministero della salute un centro di tale natura. L'Europa ci chiede di offrire una rete di specialisti e di strutture sul territorio con un riferimento di coordinamento nazionale in rapporto alla sede europea proprio per un regime di sorveglianza delle malattie trasmissibili.

Nel nostro paese — lo ascrivo ad una capacità del Governo e delle sue strutture scientifiche — *in primis* l'Istituto superiore di sanità ed i centri di riferimento per le malattie infettive di Milano e di Roma (lo Spallanzani) hanno egregiamente tenuto sotto sorveglianza l'avvenimento SARS che, da un anno e mezzo, ha richiamato l'attenzione.

Ciò, senza la costituzione di un bel niente, ma semplicemente mettendo in rete ed organizzando, con scientificità, i criteri e le modalità di rapporto con l'Europa, con l'OMS e con gli organismi internazionali !

Questo decreto dimostra che vi è una sorta di virata centralistica, a tutto danno di una concezione federalistica, affermata ormai nell'ordinamento costituzionale vigente; seguendo, peraltro, il dibattito, che si sta sviluppando nell'altro ramo del Par-

lamento, questa maggioranza dimostra di avere quanto meno una volontà schizofrenica: da un lato, vi sono principi costituzionali che demandano pieni poteri alle regioni in campo sanitario; dall'altro, vi è una vocazione centralistica, che si esplica con la costituzione, presso il ministero, di un istituto con quelle caratteristiche altamente scientifiche.

Vorrei, tuttavia, concentrare la mia attenzione essenzialmente su due questioni: la prima, riferita all'articolo 2, con la previsione dell'istituzione di un istituto nazionale di genetica molecolare e quella riguardante la vicenda degli specializzandi. La questione posta dall'articolo 2 la reputo assai grave e questo non perché nel nostro paese non vi sia la necessità di incrementare la ricerca o di indirizzarla verso la finalità della genetica molecolare; sappiamo infatti che ciò costituisce la grande sfida per il futuro, sia dal punto di vista terapeutico per la cura di patologie rilevanti, sia per affermare la ricerca nel campo della genetica molecolare, legata anche alla ricerca della farmacogenetica, che è un ramo importantissimo da sviluppare nel nostro paese, soprattutto in relazione alle terapie oncologiche. Il problema non è, quindi, quello di domandarsi se sia importante, determinante e necessario, per il nostro paese, sviluppare questo ramo della ricerca. Quello che, invece, mi chiedo — e lo chiedo ai colleghi della maggioranza ed al Governo (lo chiederemo in aula, con tutti i colleghi, a partire da domani) —, è come sia stato possibile che, a seguito di un'operazione meramente privatistica — effettuata il 19 dicembre 2003, con la quale si è istituita a Milano la Fondazione Istituto nazionale di genetica molecolare tra il Ministero della salute, il Ministero degli affari esteri e l'Ospedale Maggiore di Milano (che è un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, che il ministro attualmente in carica, dal quale istituto egli peraltro proviene, aveva provveduto a trasformare in Fondazione) —, in particolare di una donazione, da parte di privati, di 40 miliardi (della quale il collega Minoli Rota ci ricorda l'effetto benefico e filantropico), sia stato possibile, *ex*

ante, con la decisione di due ministeri, costituire questa fondazione e da lì farne derivare il ruolo di Istituto nazionale per la ricerca nel campo della genetica molecolare.

Non so se i colleghi abbiano letto attentamente lo statuto di questa Fondazione, ma personalmente ritengo che su tale questione vi siano degli elementi quanto meno poco chiari, che suscitano grandi interrogativi, già espressi in Commissione e sui quali credo che il Governo, per quanto si tratti di un decreto-legge, la cui conversione è soggetta a scadenza, non possa non dare una risposta nel merito. Dobbiamo sapere che l'accordo con gli Stati Uniti, per lo sviluppo di un protocollo di ricerca su questa materia, è avvenuto molto, ma molto prima di quella data e, a seguito di quell'accordo, è stata costituita in Milano questa Fondazione, che oggi, con un atto ufficiale di un ministro della Repubblica, noi troviamo inserita in un decreto-legge, dato che tale soggetto dovrebbe diventare l'Istituto nazionale per la ricerca sulla genetica molecolare. Al riguardo, vorrei fare due osservazioni di fondo, delle quali una è di metodo.

Se questa è l'esigenza del nostro paese, mi domando il motivo per cui un ministro della salute della Repubblica italiana non abbia avvertito la necessità di coinvolgere gli istituti di ricerca esistenti in questo campo presso le università italiane, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (l'Ospedale maggiore di Milano ne rappresenta un terzo risibile in questo campo della ricerca) e quelli che hanno un'ampia tradizione nel campo della genetica molecolare (in Italia ve ne sono 19 che svolgono funzioni di ricerca monotematica e politematica; a tale riguardo, vorrei ricordare che un anno fa è stato approvato un provvedimento che ne rivedeva la normativa).

Mi domando, inoltre, il motivo per cui non è stata avvertita la necessità di chiamare in campo il CNR nazionale, che dispone di un dipartimento con laboratori di ricerca in questo campo, e quale connessione — a tale riguardo credo vi sia una

sorta di schizofrenia imperante — possa esservi tra l'istituto nazionale di cui si parla ed il recente centro di ricerca IIT costituito nella mia città, la cui branca fondamentale dovrebbe essere la genetica molecolare.

Sottosegretario, colleghi della maggioranza, credo che, almeno per un certo buon gusto istituzionale, la metodologia da seguire debba essere diversa: occorre, in particolare, coinvolgere quegli istituti di ricerca che operano in questo campo con molti successi, considerato l'*impact factor* dei nostri ricercatori nelle istituzioni che ho richiamato, rilevabili da riviste scientifiche internazionali, che non si riscontra relativamente all'Ospedale maggiore di Milano, a meno che il ministro della salute non abbia agito in questo caso sotto la spinta di una sorta di campanilismo per la sua città, decidendo che tutto avvenga all'Ospedale maggiore, compresa (è stato l'oggetto dell'interrogazione presentata la scorsa settimana) la costituzione della casa dell'embrione a Milano. Cari colleghi, in tale contesto non mi sorge solo un sospetto, ma qualcosa di più; avverto un ragionevole dubbio, considerate le somme stanziare

Leggendo l'atto costitutivo, vi è da domandarsi, dal punto di vista del merito istituzionale e finanziario del decreto-legge in esame, se le risorse previste per il periodo 2004-2006 rappresentino risorse di avviamento o di banale esercizio della struttura, considerati i rilevanti compiti che l'istituto dovrà espletare sul terreno della ricerca (dico ciò senza compararlo con altre strutture nazionali istituite e consacrate formalmente due settimane fa nel paese).

Da ciò scaturisce un ragionevole dubbio: che senso può avere questo Istituto nazionale di genetica molecolare, ubicato presso l'Ospedale maggiore di Milano, che non vanta tradizioni di ricerca in questo campo, se non quello, Presidente, colleghi, sottosegretario Cursi, di attivare una linea di ricerca cellulare sull'embrione, ovvero sulle cellule staminali, che voi in quest'aula avete condannato come eretica sulla base di una visione che non com-

porterebbe la difesa sacrale della vita? La sua costituzione a Milano, in Lombardia, potrebbe tuttavia rappresentare una via facile anche per lo sviluppo di attività di ricerca oltre i laghi, oltre confine, in quei luoghi in cui potenti industrie farmaceutiche utilizzano la biologia molecolare e la ricerca sulle cellule staminali per portare avanti produzioni farmaceutiche in questo campo. Ciò si giustificerebbe solo sotto il profilo dell'ubicazione, ma non dal punto di vista di tradizione, contenuti, linee di ricerca già attivate in questo campo. È grave, quindi, sia sul piano metodologico che su quello della sostanza.

Mi domando come un ministro della Repubblica non abbia avvertito la necessità di discutere in sede di Conferenza Stato-regioni in merito all'esigenza avvertita di un tale istituto a valenza nazionale nel campo particolare della ricerca della genetica molecolare, senza, in particolare, discutere con le regioni circa la necessità nel nostro paese di esaminare in modo critico i diversi settori di ricerca in questo campo (soprattutto come e dove istituire questo istituto e con quale caratteristiche).

Invece, il 19 dicembre, i due Ministeri interessati, l'Ospedale Maggiore di Milano e la regione Lombardia hanno redatto un statuto. Tra l'altro, avrei qualche dubbio sul fatto che si tratta di una fondazione senza fini di lucro; infatti, leggendo con attenzione l'atto costitutivo della Fondazione, si evidenzia lo sviluppo di attività che determinano lucro dal punto di vista, ad esempio, dei brevetti e della costituzione di società di capitali.

Intendo dunque sottolineare la gravità, dal punto di vista del merito, della posizione assunta dal Ministero della salute in ordine all'istituzione di questa Fondazione; tale iniziativa, in particolare, rappresenta uno schiaffo alle linee di ricerca esistenti nel nostro paese, che ricevono tributi relevantissimi in questo campo, proprio a partire dall'Istituto superiore di sanità.

Probabilmente i colleghi non conoscono o non hanno a disposizione il materiale informativo, ma esistono nel nostro paese istituti che hanno sviluppato queste linee

inerenti la genetica molecolare e sono tutti pronti a lesinare le risorse dallo Stato italiano per portarle avanti, mentre adesso ci si trova di fronte ad una nuova istituzione, una sorta di fiore all'occhiello lombardo le cui esigue risorse non sappiamo se siano unicamente di esercizio e di avviamento. Tra l'altro, anche con i 40 miliardi oblativi forniti dalla società milanese, dove potrà arrivare questo istituto se non cercherà di fare massa critica con la rete delle istituzioni esistenti?

Per tale motivo, sull'articolo 2 abbiamo presentato una serie emendamenti volti a far ragionare l'attuale maggioranza, evitando di farsi ridere dietro dal mondo scientifico europeo e statunitense, proprio alla luce della storia e della vocazione dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Infine, sulla vicenda così confusa e schizofrenica di questo decreto, ritengo che il buongusto e la coerenza con ciò che si afferma avrebbero dovuto indurre il Governo ad una migliore formulazione di tutta la parte relativa agli specializzandi, a meno che questi ultimi non siano considerati dalla maggioranza la « massa » che deve portare avanti tutto il lavoro negli ospedali, nei policlinici universitari, nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, senza alcun riconoscimento della dignità professionale e, di conseguenza, della dignità economica e delle tutele previdenziali che questi operatori, a tutti gli effetti del Servizio sanitario nazionale, non trovano nelle disposizioni formulate in questo decreto-legge.

Naturalmente, permane la solita polemica attraverso un rimpallo di responsabilità: la legge n. 368 l'avete fatta voi nel 1999, non avete provveduto nel 2000 e nel 2001 a dare corso al contratto di formazione e lavoro, ci lasciate questa eredità e così via. Polemica che abbiamo già sentito sia in Commissione sia durante l'esame della mozione discussa in aula.

Dunque, anche in questo caso, occorre stabilire un principio di lealtà, altrimenti la polemica politica oscura la verità delle cose e non affronta nel merito una que-

stione che ritengo fondamentale per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Proviamo ad immaginare cosa potrebbe accadere se, in tutte le strutture italiane, incrociassero le braccia tutti gli specializzandi: certamente si registrerebbe un grave danno al diritto alla salute del cittadino.

Ma se lo facessero i medici specializzandi, a causa dell'ottusa organizzazione in vigore nelle nostre strutture in ordine al mancato riconoscimento del loro ruolo, questi si troverebbero costretti a svolgere — è vero presidente Palumbo? — un lavoro di routine all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

È vero che la direttiva comunitaria è stata recepita alla fine del 1999, così com'è vero che noi, negli anni 2000 e 2001, abbiamo proceduto ad adeguare, almeno al livello dell'inflazione programmata, le borse di studio. Colleghi, la realtà odierna ci richiama tutti ad osservare il principio di responsabilità, che impone almeno di fare il piccolo tentativo di adeguare almeno al livello dell'inflazione programmata queste borse di studio, tenuto conto che siamo in presenza di un risanamento della spesa pubblica senza precedenti. Ma il Governo, nel corso di questi tre anni, non ha avuto nemmeno la volontà e la forza di destinare parte delle risorse introitate con le politiche adottate alla soluzione di questo problema, che pertanto è rimasto insoluto; e non ha proceduto, nemmeno con l'ultima finanziaria, ad adeguare queste borse di studio al livello dell'inflazione programmata. Vi siete semplicemente limitati a considerare che avevate a disposizione 60 milioni di euro precedentemente accantonati.

Ma adesso, che cosa fate? Oggi con questo provvedimento — lo dico senza avere alcuna intenzione di sfruttare ideologicamente il confronto, ma facendo riferimento soltanto alla realtà — voi riducete ad una situazione di fame e di povertà i nostri medici specializzandi, addossando loro tutti gli oneri previdenziali e fornendo loro una fattispecie di contratto che va

bene per il settore privato ma non per chi, come loro, opera all'interno del Servizio sanitario nazionale con un ordinamento e con contratti di tipo pubblico e con tutele previdenziali, assicurate dal decreto legislativo n. 368 del 1999, che voi adesso negate allo scopo di farli iscrivere in una gestione separata, alla quale essi devono versare i contributi per poter godere delle varie tutele previdenziali. Questo è quello che voi fate con questa normativa; a queste figure non riconoscete la dignità professionale, come invece avviene in tutti i paesi europei.

A questo riguardo sono stupita di come le altre Commissioni di merito del nostro Parlamento non sollevino questioni di equiparazione ordinamentale, tenuto conto che in Europa esiste il principio della libera circolazione delle persone e dei beni. Mentre un medico specializzando non italiano dispone di un contratto di formazione lavoro che gli assicura tutte le tutele e il dovuto riconoscimento professionale, mi domando come potrà fare, sulla base di questo contratto d'inserimento, un medico specializzando italiano che volesse conseguire la specializzazione ad esempio a Villejuif, a Parigi. Allora, valgono o non valgono le normative comunitarie? Voi di questo non tenete conto ma tirate fuori, come un coniglio dal cappello, una normativa per modificare il decreto legislativo n. 368 del 1999 e riducete queste figure professionali, che hanno già conseguito una laurea in medicina, a rango ancillare; non solo, ma li riducete alla semplice sopravvivenza dal punto di vista economico dato che prevedete che essi provvedano al pagamento dei contributi per le tutele previdenziali. Ma, una volta che questi avranno conseguito la specializzazione, mi domando chi, se non il povero specializzando da voi trattato come un servo del Servizio sanitario nazionale, provvederà a sborsare i soldi ai fini del ricongiungimento dei contributi previdenziali.

Colleghi, è per passione, non quindi per ideologia o appartenenza politica all'opposizione, che ho svolto queste considerazioni, soprattutto perché osservo che si

riescono ad adottare decreti-legge connotati dall'urgenza e dall'emergenza i cui contenuti corrispondono a precise visioni particolaristiche e campanilistiche delle modalità di governo di questa maggioranza. Ciò stanno cominciando a capirlo non solo i diretti interessati, ma anche i cittadini italiani.

Non affrontate i veri problemi della vita quotidiana e mettete in atto strategie sciagurate, come quelle fiscali ed economiche, che porteranno il nostro paese, da cui tutta l'Europa ha copiato la riforma del Servizio sanitario nazionale, al livello dei paesi delle aree mediterranee più diseredate per quanto concerne la tutela del diritto alla salute.

In tal modo, vi state assumendo una notevole responsabilità; e poiché ciò che fa la differenza tra la visione culturale e politica del centrodestra e quella del centrosinistra è la tematica concernente la tutela dei diritti e del *welfare*, sono convinta che, al di là delle mie parole, che costituiscono un mero esercizio verbale privo del confronto nel merito con la maggioranza, i cittadini abbiano compreso e stiano comprendendo che il loro diritto negli ultimi tre anni si è ridimensionato, anziché ampliato. Infatti, per la salute, che è un bene fondamentale da tutelare, il cittadino è pronto a tutto: ricorre ai propri beni privati, vende le case e i terreni, pur di trovare una soluzione. Ciò non è degno di una nazione civile, alle soglie del terzo millennio.

Occorre che vi poniate seriamente il problema di una politica organica per dare attuazione all'articolo 32 della Costituzione, anziché andare avanti con provvedimenti raffazzonati e con decreti *omnibus*, in cui c'è di tutto e di più, esclusivamente per tutelare interessi particolari (*Applausi dei deputati dei gruppi dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e della Margherita, DL-L'Ulivo*).

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

(Repliche – A.C. 4761)

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare il presidente della XII Commissione, onorevole Palumbo. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE PALUMBO, *Presidente della XII Commissione*. Signor Presidente, ho chiesto di parlare per alcune brevi precisazioni su quanto è stato affermato nel corso della discussione dai colleghi dell'opposizione.

In primo luogo, il problema degli specializzandi viene, a mio avviso, enfatizzato. È vero che sono fondamentali per l'assistenza sanitaria negli ospedali, ma va rilevato che il 90 per cento degli specializzandi – come ben sanno gli onorevoli Labate e Battaglia – opera nei reparti « clinicizzati » o nelle cliniche universitarie. La maggior parte degli ospedali non « clinicizzati » e delle cliniche non universitarie funziona anche senza gli specializzandi (che peraltro sono importantissimi e di cui conosco bene, quale professore universitario, il valore).

Inoltre, per la prima volta vengono stanziati risorse in favore di tale categoria: 34 milioni di euro previsti dal decreto-legge in esame, cui si aggiungono 17 milioni di euro reperiti da fondi non utilizzati per l'assegnazione delle borse di studio, per un importo complessivo di oltre 50 milioni di euro, pari a 100 miliardi di vecchie lire. Si prevede, infatti, la trasformazione della borsa di studio in contratto di formazione specialistica. Ho chiesto agli uffici, insieme con il relatore, onorevole Minoli Rota, a quale importo corrisponda effettivamente tale contratto di formazione specialistica, al fine di evitare che gli specializzandi subiscano una decurtazione economica, al di là degli oneri sociali che verranno comunque corrisposti. Non è stata ancora fornita un'esatta quantificazione, probabilmente perché si tratta della prima volta che tale istituto viene applicato nel nostro paese. Al riguardo, preannuncio la presentazione di un ordine del giorno, volto a far sì che il nuovo contratto, ferma restando la corresponsione

degli oneri già previsti, non comporti la decurtazione di quanto attualmente percepito dagli specializzandi.

Non voglio dire che la legge n. 229 non abbia fatto qualche danno, per carità. Sicuramente sì, perché alcune delle situazioni che adesso dobbiamo subire negli ospedali e nella sanità italiana sono dovute anche a quella legge. Però, siccome si è fatto riferimento anche alle altre nazioni, all'Europa e al mondo intero, vorrei sottolineare che circa tre settimane fa sono stato alla riunione dell'OPEC a Parigi, che riguardava proprio i problemi della sanità.

L'Italia non è assolutamente al di fuori della media europea nell'ambito della spesa sanitaria, bensì si trova nella media europea. Gli unici che sono al di fuori, evidentemente, sono gli Stati Uniti, perché hanno una spesa del 13 per cento del PIL mentre la nostra è dell'8 per cento. Quindi, siamo assolutamente nella media.

Sicuramente, gli stessi problemi che abbiamo noi (se volete, posso mostrarvi dei dati che hanno presentato a Parigi) sulle liste di attesa, sull'aumento continuo della spesa sanitaria determinato da tutti i problemi che sappiamo, perché la tecnologia impone sempre nuove spese e gli anziani aumentano, sono problemi – lo dico con una parola forse un po' troppo usata – globali. In Europa quasi tutti stanno lavorando per cercare metodi comuni per eliminare questi gravi problemi che affliggono non solo quella italiana, ma tutta la sanità; la riunione dell'OPEC è servita proprio a questo.

Infine, vorrei che vi metteste d'accordo, onorevole Labate e onorevole Battaglia. L'onorevole Battaglia ha detto che per l'Istituto nazionale di genetica molecolare sono stanziati pochissimi soldi, mentre lei, onorevole Labate, ha detto che se ne stanziavano troppi.

GRAZIA LABATE. No, ho detto che sono risibili.

GIUSEPPE PALUMBO, *Presidente della XII Commissione*. L'onorevole Battaglia ha detto che sono risibili, lei ha detto che sono soldi in più che stiamo dando al-

l'Istituto. È un inizio; lei conosce l'importanza dell'Istituto nazionale di genetica molecolare per il rilievo che si dà, di questi tempi, alla tecnologia e alla genetica, che rappresentano veramente il futuro della medicina. Sicuramente — lo ripeto — è un inizio. Altre volte ad altri istituti, forse anche a Milano, sono stati dati aiuti e sovvenzioni per cercare di avviare questa ricerca, che è di fondamentale importanza. Ciò si unirà agli interventi dell'Istituto superiore di sanità, degli IRCCS che vorranno collaborare e delle università, per portare avanti questo ramo della ricerca che attualmente rappresenta il vero futuro della medicina.

Pertanto, ritengo che questo decreto-legge certamente non risolve tutti i problemi, ma sicuramente costituisce uno spunto e un inizio per migliorare la sanità che attualmente abbiamo; cercheremo anche in futuro, con altre leggi, di aumentare la qualità dei servizi, dell'assistenza sanitaria e soprattutto dei medici che lavorano negli ospedali.

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

FABIO STEFANO MINOLI ROTA, Relatore. Presidente, ho ascoltato il dibattito e, per quanto riguarda una serie di osservazioni che i colleghi hanno svolto, vorrei rispondere soprattutto relativamente all'articolo 2, che riguarda la nascita della Fondazione Istituto nazionale di genetica molecolare, sottolineando ancora una volta l'impegno che, proprio grazie alla sensibilità dei cittadini italiani, consente oggi nella città di Milano e domani — mi auguro — in altre importanti città italiane, di definire una fase di studio avanzata legata all'interesse pubblico e alla volontà dei privati di concorrere alle importanti iniziative per sostenere la ricerca e lo sviluppo del paese.

Ho anche ascoltato in modo molto interessato l'intervento del collega della Margherita, onorevole Mosella, il quale ha voluto sottolineare il principio della tutela della salute. Ebbene, ritengo che si tratti di un principio la cui attuazione debba an-

dare nella direzione di rispondere a criteri che riguardano, per forza di cose, la buona programmazione e la buona gestione del sistema e soprattutto della cosa pubblica, che richiede con maggiore forza la puntualizzazione nelle risposte da dare a tutti i cittadini. Lo dico con grande chiarezza anche per la mia esperienza di vita professionale.

Di conseguenza, non posso assolutamente trovarmi d'accordo se si entra nel merito degli aspetti di tutela della salute che non rispondono alle giuste e legittime regole del mercato, dell'offerta e della domanda. Ad una domanda crescente dei consumi nel settore della sanità, occorre rispondere in modo preciso con un'offerta calibrata in termini di costo ed efficacia e in termini di assistenza reale.

Ecco perché reputo sia giusto proseguire la politica che le regioni stanno portando avanti nella riconversione e non nella chiusura delle aziende ospedaliere o, meglio, dei presidi ospedalieri, tendendo a trasformarli in quello che devono essere, cioè istituti dediti alla malattia cronica e alla riabilitazione, così da poter segmentare la domanda e rispondere meglio alle esigenze della nostra sanità. Credo che sia giusto pensare ad una sanità, in senso generale, più etica ma che possa destinare meglio l'investimento delle risorse, che purtroppo in questo momento non sono di certo ingenti, in modo puntuale, corretto e rigoroso, così da poter offrire a tutti i cittadini le migliori prestazioni sanitarie possibili.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il rappresentante del Governo.

CESARE CURSI, Sottosegretario di Stato per la salute. Signor Presidente, vorrei svolgere alcune osservazioni rispetto a quanto ho sentito dire oggi da tutti coloro che sono intervenuti. Ho sentito più volte richiamare la responsabilità del Governo in ordine ad alcune scelte compiute in sede di Conferenza Stato-regioni: il Governo avrebbe dovuto dare più soldi alle regioni. Vorrei ricordare anche a me stesso — e vorrei che non ci stancassimo di

farlo, perché altrimenti faremo tutti un'opera di disinformazione — che, a fronte di precise e chiare responsabilità da parte del Governo in sede di politica sanitaria, esistono delle responsabilità di gestione e di assistenza direttamente assunte dalle regioni. Qualcuno ha evocato l'accordo dell'8 agosto 2001, peraltro scaduto e rinnovato recentemente: forse è opportuno rileggere con grande attenzione quell'accordo. In esso era previsto un lungo elenco di impegni precisi e non di carattere generico o generale. Ho sentito qui ricordare dei passaggi riguardanti alcune strutture sanitarie e ospedaliere. Ho sentito di malati che si portano la brandina da casa, ho sentito di liste di attesa che sono quello che sono, ho sentito di malati che non hanno più la possibilità di usare la struttura sanitaria in tempi ragionevoli. A chi mi sta ascoltando, dico che ho la sfortuna di girare per l'Italia, quindi ho la possibilità di verificare quello che accade in tutte le venti regioni.

A fronte dell'impegno del Governo, vorrei ricordare qualche impegno che le regioni avevano assunto. Esse avevano assunto l'impegno di ridurre le liste di attesa e i ricoveri impropri; di procedere agli acquisti unificati a livello regionale per evitare di dover spiegare al cittadino perché in una stessa regione una ASL pagava per lo stesso prodotto 100, un'altra 101 ed un'altra ancora 90. Inoltre, sempre in sede di accordo dell'8 agosto 2001, le regioni si erano assunte l'impegno, scritto, per cui in ogni struttura sanitaria le Asl si sarebbero dovute dotare di un sistema di monitoraggio informatico tale per cui sarebbe stato poi possibile per la regione stessa — e quindi a livello centrale — monitorare la spesa sanitaria e fare in modo che potesse essere posta sotto controllo secondo quel patto di stabilità sottoscritto non da una parte sola ma dal Governo e dalle regioni.

Ebbene, gran parte di quegli impegni sono rimasti disattesi. Non a caso — forse qualcuno nel suo intervento se lo è dimenticato —, in sede di legge finanziaria era stato previsto che, nel caso in cui le regioni non avessero soddisfatto quel tipo

di impegno, non avrebbero ricevuto i finanziamenti e voi sapete — o fate finta di non sapere in quest'aula — che sono ben quattro le regioni che qualche mese fa ancora non avevano rispettato certi impegni (regioni di centrodestra o di centrosinistra, non voglio fare polemiche con chi è alla maggioranza). Dico soltanto che le regioni quegli impegni non li avevano ancora rispettati.

Che dire poi della spesa farmaceutica? Noi approvammo una legge, frutto anch'essa di un impegno, quello dell'8 agosto 2001: la spesa farmaceutica non avrebbe dovuto superare il tetto del 13 per cento. Ma non c'è stata una regione che l'anno dopo non fosse al di sotto del 23. Era un impegno anche quello, che quindi comportava enormi spese. Lo dico perché vorrei che qualcuno ricordasse che, a fronte di impegni, ve ne erano degli altri.

Che dire delle liste d'attesa? Venti giorni fa sono stato nella regione più piccola d'Italia, la Basilicata, e sono andato a visitare un bellissimo ospedale a Maratea, città di 57 mila abitanti. Ebbene, in quell'ospedale, per essere sottoposti ad un esame — nel caso di specie, una mammografia — ci vogliono appena 402 giorni! Ho denunciato questa situazione e la mia denuncia è apparsa sui giornali; in seguito, il direttore generale dell'ospedale mi ha fatto presente quali fossero le difficoltà.

Che dire di altre regioni, dove, soprattutto in alcuni ospedali, vi è veramente uno stato di emergenza? In qualche regione del centrosud, per esempio, altro che i lettini che si portano da casa i pazienti...! Probabilmente certi ospedali dovrebbero essere chiusi.

Allora, quando si parla di queste cose, bisogna essere corretti fino in fondo e ciascuno di noi dovrebbe ricordare che tutti stiamo facendo uno sforzo affinché le regioni superino queste gravi difficoltà, anche perché — lo ricordo sempre a me stesso — in base a quel federalismo che noi abbiamo trovato e che questo Governo ha dovuto attuare, la gestione e l'assistenza sono di competenza esclusiva delle regioni; allo Stato non spetta nulla!

Voi vi lamentate delle strutture fatiscenti. Forse sarà opportuno che, in questa sede, un giorno si discuta dello stato di attuazione dei fondi *ex* articolo 20: vi sono regioni che da dieci anni non hanno presentato neanche il progetto di massima, dopo che hanno ricevuto soldi nel 1988! Sto parlando di regioni governate sia dal centrodestra sia dal centrosinistra! Queste cose però non si dicono: facciamole conoscere, facciamo una campagna non di controinformazione, bensì di informazione corretta, perché i fondi sono soldi che, in base a quella legge del 1988, non possono neanche essere revocati (c'è un meccanismo tale che, effettivamente, per revocarli, non so cosa dovrebbe accadere). Dunque quei soldi non possono essere destinati ad altre regioni, sono bloccati; e sono soldi di tutti i cittadini italiani.

Si è parlato anche della legge Bindi. Vorrei ricordare a chi in quest'aula ha fatto riferimento allo scarso lavoro della Commissione affari sociali che una indagine svolta dalla stessa Commissione ha stabilito, a proposito di *intra moenia*, il completo fallimento di quella sperimentazione. Queste cose vanno dette, perché la gente deve sapere. E non lo ha fatto la maggioranza di quella Commissione, ma l'intera Commissione, che ha presentato un documento lo scorso anno — se non vado errato — che ha stabilito quello che ha stabilito.

Qualcuno in questa sede ha parlato di IRCCS. Mi sembra che, con questo decreto-legge, gli IRCCS c'entrino poco o nulla! Qualcuno può essere tentato di dire che alcune scelte sono frutto di qualche conoscenza diretta o di « amore » per qualche città, riferendosi a qualche ministro. Poi stasera, leggendo qualche emendamento — ho potuto vedere la bozza degli emendamenti presentati — ho visto che alcuni di essi riguardano qualche altro ospedale di qualche altra città di qualche altro parlamentare. Quindi, attenzione: evitiamo scivoloni di questo tipo, perché ci si cade facilmente; poi, alla fine, ognuno conosce i suoi problemi.

Per quanto riguarda lo Spallanzani, si tratta di un argomento che ho già affron-

tato con il collega Battaglia in Commissione e proprio oggi, rispondendo ad una giornalista che mi chiedeva, appunto, notizie sullo Spallanzani, ho detto che, a mio avviso, la richiesta che viene dai cittadini di quella zona è legittima — io parlo per me, che vivo a Roma e che quindi conosco perfettamente la situazione —, come è legittima la preoccupazione che quel tipo di ospedale possa diventare una struttura « militarizzata ». Ma ho già detto in Commissione che non mi risulta — conoscendo il commissario che lavora con lo Spallanzani e che peraltro è ben conosciuto, perché sta lavorando in un'altra città del centrosud in maniera molto seria — che vi siano strutture di questo tipo. Mi risulta che lo Spallanzani non sia un ospedale tipicamente « romano » quanto, piuttosto, un centro di riferimento nazionale e, quindi, come centro di riferimento nazionale che si interessa di bioterrorismo, probabilmente deve adempiere ad una serie di procedure a livello europeo che rispondono forse a quella che è chiamata segretezza o *privacy* (che quindi può sconfinare in un tipo di segreto militare).

Ho riferito questa preoccupazione all'ospedale Spallanzani, ma non penso che la chiusura di alcuni varchi, come ha sostenuto l'onorevole Battaglia, sia riconducibile al tentativo di mettere in una sorta di « sacca » fuori controllo quel tipo di struttura ospedaliera.

So che da tempo, e non da oggi, presso l'ospedale Spallanzani vi sono laboratori di ricerca sul bioterrorismo, e quindi probabilmente avranno bisogno di un certo tipo di *privacy*. Su questo aspetto effettueremo anche le opportune verifiche, già chieste dall'onorevole Battaglia in sede di Commissione, e ritengo opportuno ribadirlo anche in Assemblea.

Vorrei ricordare che il centro nazionale che vi opera non è un centro di ricerca. Da una lettura attenta e corretta dell'articolo 1 del decreto-legge al nostro esame emerge, infatti, che si tratta di un centro di prevenzione e di controllo delle malattie, con analisi e gestione dei rischi, che coordina le strutture regionali — si tratta, quindi, di un centro di coordinamento

delle strutture regionali e di tutti gli altri istituti che, comunque, operano all'interno di questa problematica — attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di sanità.

Ho già spiegato, ed intendo farlo nuovamente in questa sede, che l'ipotesi avanzata dall'onorevole Battaglia di creare tale centro presso l'Istituto superiore di sanità non sarebbe accolta dalle altre strutture, perché esse non accetterebbero che un braccio operativo del Ministero della salute, sottoposto alla sua vigilanza, possa coordinare le università, gli IRCCS e le altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private. Se si vuole gestire tale fase, dunque, il coordinamento del Ministero della salute probabilmente trova maggiore attenzione e spazio.

Vorrei ricordare un ulteriore elemento importante del decreto-legge al nostro esame. Mi rendo conto che esso, a livello parlamentare, parte in un modo ed arriva in un altro. Sarebbe bello, allora, che un apposito ufficio del Parlamento svolgesse un esame di quanti siano i decreti-legge presentati negli ultimi quarant'anni con due articoli ed approvati sempre con due soli articoli. Sarebbe bello effettuare uno studio del genere, ed invito a farlo: chiediamo, ripeto, ai servizi studi della Camera o del Senato quanti siano quei decreti-legge che, presentati recando due articoli, sono stati approvati definitivamente sempre con due soli articoli. Dal momento che ho superato i 18 anni, e sono stato « qualche volta » sia in quest'aula, sia in quella del Senato, vorrei dire che talvolta i decreti-legge hanno subito ulteriori modifiche od integrazioni rispetto al testo originario.

Vorrei ricordare, tuttavia — e lo faccio con grande rispetto — che l'articolo 3 del provvedimento al nostro esame riguarda i progetti di alta innovazione. Non possiamo dimenticarci, infatti, che tutti abbiamo sollecitato una diversa collaborazione per cercare di far rientrare in Italia alcuni nostri ricercatori recatisi all'estero (sto parlando della cosiddetta fuga dei cervelli), anche attraverso la stipula di alcuni accordi a livello internazionale. Ebbene, ciò è stato fatto durante il semestre italiano di

Presidenza dell'Unione europea, durante il quale sono stati firmati alcuni accordi che consentono anche la possibilità di utilizzare quel tipo di esperienze umane, maturate a livello nazionale da parte di chi, purtroppo, ha preso altre strade, perché non soddisfatto del lavoro svolto in Italia.

Per quanto riguarda i medici specializzandi, penso che la giustezza delle loro richieste sia emersa solo con il presente Governo, perché prima non contavano nulla. Quindi, al di là delle polemiche — mi dispiace che non sia presente in aula l'onorevole Labate, che diceva di non voler fare polemiche —, vorrei dire che è facile polemizzare quando si afferma che i medici specializzandi, che costituiscono la spina dorsale delle strutture ospedaliere, devono avere i soldi; però, guarda caso, questa richiesta è stata esplicitata soltanto quando è cambiato il Governo, perché negli anni passati è rimasta lettera morta!

Ed a qualche collega che in questa sede ha parlato di ordini del giorno presentati al fine di ottenere risorse finanziarie, vorrei rispondere che i soldi per i medici specializzandi già ci sono, onorevole Mossella, perché sono stati già stanziati nella legge finanziaria. Nella legge finanziaria, infatti, vi sono 50 milioni di euro per il 2004, 51 milioni di euro per il 2005 e 51 milioni di euro per il 2006.

Noi non aggiungiamo ulteriori risorse, ma possono diventare 36 milioni di euro, tant'è vero che, in questa sede, vorrei confermare che il Governo si è fatto carico di stanziare oltre 17 milioni di euro per far fronte agli impegni assunti dalla legge finanziaria. Il loro inserimento nel decreto-legge al nostro esame — e lo sapete tutti, perché l'ho spiegato in sede di Commissione — è avvenuto perché, essendo prevista dalla legge finanziaria la spesa di 50 milioni di euro, occorre trovare uno strumento giuridico — vale a dire una « leggina » — per consentire l'utilizzazione di quelle risorse.

Poiché si è presentata l'occasione di un decreto-legge — era il « treno » che in questo momento giungeva in Assemblea — abbiamo ritenuto opportuno inserire in tale contesto risorse finanziarie che già

erano disponibili. Non si trattava di un impegno generico o derivante dall'accettazione di un ordine del giorno: a dicembre, già approvammo in questa sede la tabella A allegata al disegno di legge finanziaria, come il relatore, che ringrazio, ha ricordato.

Passare dalla borsa di studio al contratto di formazione specialistica rappresenta — se mi consentite — dal punto di vista giuridico, dal punto di vista contrattualistico, un salto di qualità. Basterebbe parlare con gli specializzandi per sentirsi dire che, almeno per quanto riguarda la configurazione giuridica del contratto, vi è stato un miglioramento. Certo, le risorse sono poca cosa. L'onorevole Battaglia ha insistito sulla disponibilità delle regioni a dare soldi. Qualche mese fa, anch'io l'ho registrata, ma si trattava soltanto di una disponibilità verbale, perché non mi risulta che le regioni abbiano concretamente detto: ecco i nostri soldi per gli specializzandi! Eppure, ci incontriamo mille volte in sede di Conferenza Stato-regioni oppure in occasione degli incontri per la riapertura del tavolo per il Fondo sanitario nazionale! Se, poi, a voi risultano cose diverse, vorrà dire che partecipate a riunioni della Conferenza Stato-regioni diverse da quelle alle quali partecipiamo noi.

Nel novembre scorso, in sede di discussione del disegno di legge finanziaria, era stata espressa una certa disponibilità, alla quale, tuttavia, non ha fatto seguito alcunché. Oltre ai centocinquanta milioni di euro stanziati dal Governo per il triennio 2004-2006, ai quali doveva seguire anche un esborso delle regioni in misura almeno pari all'impegno dello Stato, non abbiamo nulla! Dunque, la disponibilità delle regioni non ha trovato alcun riscontro concreto, come abbiamo avuto modo di constatare.

Ci auguriamo che da questo dibattito possa venire una sollecitazione in tal senso. Certo è che, se i soldi li devono dare lo Stato e le regioni e le regioni non li danno, diventa una partita di giro! Tanto vale che ci pensi direttamente lo Stato,

altrimenti tutto si riduce ad una sorta di gioco delle tre carte che non vorremmo assolutamente fare!

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
PUBLIO FIORI (ore 18)

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Nell'avviarmi alla conclusione, sebbene riconosca che anche quello in esame, come quasi tutti i decreti-legge, è partito con un testo e ne avrà, a conclusione dell'esame, un altro, desidererei richiamare la vostra attenzione sull'articolo 3-*quater*, che riguarda la prevenzione secondaria dei tumori.

So bene che, com'è stato già rilevato in qualche intervento, destinare 51 milioni di euro (cioè 100 miliardi di vecchie lire) per la prevenzione nel triennio 2004-2006 significa dare pochissimo. Tuttavia, vorrei ricordare che questo era l'impegno assunto dal Governo. Durante il semestre europeo, in occasione di una riunione dei ministri della sanità, fu stabilito che le procedure di prevenzione e controllo riguardanti lo *screening* per il cancro del colon retto ed il contestuale consolidamento degli interventi già in atto per lo *screening* del cancro della mammella e del collo dell'utero erano da considerarsi prioritari nel contesto europeo. Quindi, in quella sede, lo Stato, il Governo, si sono fatti carico anche di ciò.

Inoltre, il Governo si è fatto carico di dare seguito ad una mozione approvata all'unanimità dal Senato, nello scorso mese di dicembre, con la quale il Governo veniva sollecitato a destinare ulteriori investimenti, ulteriori risorse finanziarie, allo specifico settore della prevenzione secondaria dei tumori. Mi rendo conto che ci vorrebbero mille miliardi, ma si tratta dell'avvio di un processo che bisognerà seguire con grande attenzione.

Mi ha fatto piacere che qualcuno abbia ricordato il Centro nazionale per i trapianti. Si tratta di una previsione fondamentale perché occorre proseguire un percorso già avviato, con importanti riferimenti a livello nazionale.

L'ultima considerazione riguarda le scelte che sono state operate nel modificare il testo originario del decreto-legge. Il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie di cui all'articolo 1 svilupperà forme di collaborazione anche con gli organi della sanità militare. Penso sia doveroso, soprattutto in questo momento, sviluppare una collaborazione anche con la sanità militare. Si tratta di un'ulteriore dimostrazione dell'attenzione che riserviamo ai temi di cui abbiamo discusso.

Ringrazio il relatore e tutti i colleghi che sono intervenuti ed auspico una rapida approvazione del provvedimento al nostro esame.

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole sottosegretario Cursi, per la sua esauriente replica.

Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Discussione del disegno di legge: Ratifica ed esecuzione del Trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per l'alimentazione e l'agricoltura, con Appendici, adottato dalla trentunesima riunione della Conferenza della FAO il 3 novembre 2001 (4611), e delle abbinata proposte di legge: Calzolaio ed altri (2674) e Zanella ed altri (2871) (ore 18,05).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Ratifica ed esecuzione del Trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per l'alimentazione e l'agricoltura, con Appendici, adottato dalla trentunesima riunione della Conferenza della FAO il 3 novembre 2001, e delle abbinata proposte di legge di iniziativa dei deputati Calzolaio ed altri e Zanella ed altri.

Lo schema recante la ripartizione del tempo complessivo riservato all'esame del disegno di legge è pubblicato in calce al resoconto della seduta del 9 marzo scorso.

**(Discussione sulle linee generali
— A.C. 4611)**

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Avverto che la III Commissione (Affari esteri) si intende autorizzata a riferire oralmente.

Il presidente della III Commissione, onorevole Selva, ha facoltà di svolgere la relazione, in sostituzione del relatore, onorevole Deodato.

GUSTAVO SELVA, *Presidente della III Commissione*. Signor Presidente, mi permetta di esordire — forse, è un po' fuori tema —, ricordando il collega che, oggi, sulle agenzie di stampa, ha dichiarato che ho perduto la testa, commentando l'esito delle elezioni spagnole.

Mi consenta di contare sulla sua bontà con riferimento a due temi. In primo luogo, la mia malattia mentale non è ancora arrivata al punto da rendere indispensabile il ricovero in una clinica, magari del tipo riservato, in quell'epoca, ai dissidenti dell'Unione Sovietica.

In secondo luogo, vorrei vantarmi del fatto che, nel «garzonato» del lunedì (quello che mi impegna, molto spesso, quasi da solo), io, almeno, qualche collega lo sostituisco nell'esercizio delle funzioni. Mi riferisco soprattutto al componente della mia Commissione che mi ha rivolto le critiche e a coloro che brillano per la loro costante...

PRESIDENTE. Onorevole Selva, le chiedo scusa, non intervengo per invitarla a tornare sull'argomento...

GUSTAVO SELVA, *Presidente della III Commissione*. Spero sia un Parlamento libero...

PRESIDENTE. Certamente. Volevo ricordarle che ha complessivamente cinque minuti e che ne ha già utilizzati due e mezzo.

GUSTAVO SELVA, *Presidente della III Commissione*. Sono sicuro di essere un

buon contabile dei tempi, avendo svolto il mestiere della misura dei tempi su me stesso, per una trentina d'anni, quando parlavo in televisione e in radio. So tenermi nei tempi.

Quel collega che brilla per l'assenza mi riconosca almeno questo « garzonato » del lunedì.

Per quanto riguarda il disegno di legge di ratifica ed esecuzione del trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per l'alimentazione e l'agricoltura, ricordo che si modifica il precedente accordo del 1983, facendo seguito all'istituzione intergovernativa sulle risorse genetiche, alla convenzione sulla biodiversità del 1992 e alla dichiarazione di Lipsia del 1996. L'Italia ha svolto un ruolo di primo piano in questo complesso processo di negoziazione.

Il Trattato si compone di 35 articoli, suddivisi in sette parti e due allegati. Il preambolo evidenzia come, oggi, a fronte della progressiva erosione, su scala mondiale, delle risorse genetiche vegetali per l'alimentazione e l'agricoltura, sia necessaria la salvaguardia della loro varietà in vista, fra l'altro, della sicurezza alimentare, dello sviluppo agricolo sostenibile e del miglioramento genetico delle culture. La cooperazione internazionale nel settore dovrà contribuire ad armonizzare il mercato delle sementi, a distribuire equamente i benefici derivati dall'uso di tali risorse e a sviluppare le diversità fitogenetiche, mantenendole a disposizione dell'umanità.

Le parti si impegnano ad inventariare le proprie risorse genetiche vegetali ed a sviluppare nuove varietà per incrementare la produzione alimentare mondiale. In particolare, si prevede la creazione di un sistema multilaterale di accesso alle risorse genetiche vegetali e di equa distribuzione dei benefici derivanti dall'uso di tali risorse indirizzata, soprattutto, agli agricoltori dei paesi in via di sviluppo.

L'accesso al sistema sarà disciplinato da un successivo accordo di trasferimento di materiale in base al quale coloro che avranno commercializzato prodotti utilizzando risorse fitogenetiche corrisponde-

ranno parte dei benefici ricavati. È, inoltre, prevista una strategia di finanziamento teso a mobilitare fondi per attività, progetti e programmi, specialmente a beneficio dei piccoli agricoltori dei paesi in via di sviluppo.

Le controversie sull'interpretazione del Trattato sono risolte in via negoziale, oppure ricorrendo all'arbitrato di cui all'allegato 2 o alla Corte internazionale di giustizia. Gli Stati contraenti dovranno, altresì, garantire la conformità di legge ai regolamenti e procedure con gli obblighi previsti dal Trattato stesso e tutelare i diritti degli agricoltori, assicurando la loro partecipazione alla ripartizione dei benefici ed ai processi decisionali sulla conservazione e l'utilizzo delle risorse genetiche generali.

Il disegno di legge in esame si compone di cinque articoli.

Gli articoli 1 e 2 recano rispettivamente, come consueto, l'autorizzazione alla ratifica e l'ordine di esecuzione.

Il primo comma dell'articolo 3 rimette alle regioni e alle province autonome la competenza sull'attuazione e sull'esecuzione delle parti del Trattato in materia di agricoltura, ambito rientrante nelle competenze esclusive di quegli stessi enti territoriali, alla stregua del quarto comma dell'articolo 117 della Costituzione. Infatti, tale primo comma dell'articolo 3, nel testo modificato dalla Commissione, dispone che le regioni e le province autonome provvedano direttamente all'attuazione e all'esecuzione del trattato ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 5, della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro un anno dalla data di entrata in vigore del trattato stesso, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Il secondo comma dell'articolo 3 attribuisce al Ministero delle politiche agricole e forestali il compito di riferire sul piano internazionale circa lo stato di applicazione del Trattato e di monitorare gli interventi effettuati dalle regioni e dalle province autonome.

Con riferimento al terzo ed ultimo comma dell'articolo 3, la Commissione ha approvato un secondo emendamento del relatore per conformarne la formulazione

al principio di leale collaborazione tra lo Stato e gli enti territoriali. Il testo modificato dalla Commissione prevede, dunque, per le regioni e le province autonome l'onere di comunicare entro il 30 giugno di ogni anno al Ministero delle politiche agricole e forestali e al Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio le misure adottate o che intendano adottare in attuazione delle disposizioni contenute in alcuni articoli del trattato.

L'articolo 4 quantifica la copertura finanziaria in 2 milioni 329 mila 550 euro annui a decorrere dal 2004.

L'articolo 5 dispone, infine, l'entrata in vigore della legge il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Il Trattato entra in vigore il novantesimo giorno successivo al deposito del quarantesimo strumento di ratifica, accettazione, approvazione o adesione, sempre che almeno 20 di tali atti siano stati depositati da Stati membri della FAO.

Gli Stati che avranno ratificato il Trattato — e ciò mi sembra importante per l'Italia — faranno parte dell'organo direttivo, che nella sua prima riunione assumerà importanti decisioni attuative del Trattato stesso.

Per consentire, dunque, all'Italia di partecipare sin dall'inizio ai lavori dell'organo direttivo e, quindi, di tutelare efficacemente i propri interessi nazionali, il relatore auspica una sollecita approvazione del presente disegno di legge di ratifica.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo

MARIO BACCINI, *Sottosegretario di Stato per gli affari esteri.* Signor Presidente, per le stesse ragioni che ha richiamato il relatore, il Governo sottolinea la particolare urgenza che riveste l'approvazione del disegno di legge di ratifica in esame.

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

Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di domani.

Martedì 16 marzo 2004, alle 10:

1. — Svolgimento di un'interpellanza e di interrogazioni.

(ore 15)

2. — *Seguito della discussione del disegno di legge* (previo esame e votazione delle questioni pregiudiziali):

S. 2701 — Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 gennaio 2004, n. 10, recante interventi urgenti per fronteggiare emergenze sanitarie e per finanziare la ricerca nei settori della genetica molecolare e dell'alta innovazione (*Approvato dal Senato*) (4761).

— *Relatore:* Minoli Rota.

3. — *Seguito della discussione della proposta di legge:*

BOATO ed altri: Norme di attuazione dell'articolo 87 della Costituzione, in materia di concessione della grazia (4237-A)

e dell'abbinata proposta di legge: PERROTTA (4590).

— *Relatore:* Taormina.

4. — *Seguito della discussione dei disegni di legge:*

Ratifica ed esecuzione dell'Emendamento al Protocollo di Montreal sulle sostanze che impoveriscono lo strato di ozono, adottato durante la XI Conferenza delle Parti a Pechino il 3 dicembre 1999 (*Articolo 79, comma 15*) (4516).

— *Relatore:* Landi di Chiavenna.

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica dello Zambia in materia di promozione e protezione

degli investimenti, fatto a Lusaka il 30 aprile 2003 (*Articolo 79, comma 15*) (4517).

— *Relatore*: Cirielli.

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica dell'Ecuador sulla promozione e protezione degli investimenti, con Protocollo, fatto a Roma il 25 ottobre 2001 (*Articolo 79, comma 15*) (4323).

— *Relatore*: Rizzi.

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo che istituisce un'Associazione tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Repubblica del Cile, dall'altra, con Allegati, Appendici, Protocolli, Dichiarazioni e Atto finale, fatto a Bruxelles il 18 novembre 2002 (4616).

— *Relatore*: Malgieri.

Ratifica ed esecuzione del Trattato internazionale sulle risorse fitogenetiche per l'alimentazione e l'agricoltura, con Appendici, adottato dalla trentunesima riunione della Conferenza della FAO il 3 novembre 2001 (4611-A)

e delle abbinare proposte di legge: CALZOLAIO; ZANELLA ed altri (2674-2871).

— *Relatore*: Deodato.

5. — *Seguito della discussione del testo unificato delle proposte di legge*:

MASSIDDA ed altri; VALPIANA; SERENA; PISCITELLO; BATTAGLIA ed altri; DORINA BIANCHI; NAN; MORONI; MIGLIORI: Disciplina del settore erboristico (278-925-1005-1139-1851-2411-2330-2377-2457-A).

— *Relatore*: Massidda.

La seduta termina alle 18,10.

ERRATA CORRIGE

Nel resoconto stenografico della seduta del 10 marzo 2004, a pagina 3, prima colonna, ventiquattresima riga, dopo le parole: « sulla stessa materia », aggiungere le seguenti: « , con il parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del regolamento), VII e XIV: ».

IL CONSIGLIERE CAPO
DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

Licenziato per la stampa alle 20,50.