

**Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali**

Mercoledì 9 giugno 2010

**Audizione dell'Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato, dottor Francesco Massicci.**

PRESIDENTE. Vorrei prima di tutto ringraziare il dottor Massicci e la dottoressa Adduce per la loro presenza. Questa audizione riveste per noi un'importanza straordinaria, perché di straordinaria importanza sono il ruolo e la funzione assegnati al Tavolo di verifica degli adempimenti, operante presso il Ministero dell'economia e delle finanze, che cerca di costruire un federalismo sanitario della responsabilità. Il tema di fondo è infatti come coniugare il federalismo con il principio di responsabilità e l'utilizzo delle risorse pubbliche.

Noi siamo interessati a conoscere da parte del dottor Massicci alcune considerazioni sul profilo istituzionale dell'attività svolta, le prerogative, ma anche i limiti e le difficoltà che si incontrano. Le saremmo grati se potesse darci anche un quadro di riferimento delle singole realtà, in modo da cogliere gli elementi positivi e negativi delle regioni sottoposte al piano di rientro, prendendo in considerazione anche il profilo della certezza e attendibilità dei dati. Prima ancora di affrontare il problema di come superare di sprechi, piuttosto che i disavanzi, la Commissione ha infatti riscontrato una profonda incertezza sui dati. L'AGENAS non sembra avere dati del tutto aggiornati; la Corte dei conti fa le sue valutazioni e i suoi dati sono quelli fisiologici, non patologici. I dati che riguardano le azioni di accertamento delle responsabilità da parte della Corte dei conti sono dati certi.

La domanda che le rivolgo tocca quindi il tema di fondo e, cioè, come abbiate affrontato e risolto il problema dei dati attendibili da parte delle regioni, laddove non tutte utilizzano gli stessi meccanismi di comunicazione dei dati stessi. La ringrazio e le do la parola.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Rispondo immediatamente sui dati: i dati ci sono, dal 2001 vengono prodotti per via informatica da parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), lo strumento della raccolta di dati del Ministero della salute. Questi sono validi e adeguati nella misura in cui vengono trasmessi adeguatamente.

PRESIDENTE. La domanda riguardava infatti l'attendibilità del dato.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Chiaramente, in gran parte delle regioni del Paese la qualità del dato è riscontrata, mentre in altre, quali ad esempio la Calabria, non c'è una tracciatura contabile, né relativa all'adeguatezza delle procedure, tanto che l'accertamento della situazione patrimoniale e debitoria della Calabria è stato fatto di recente dalla regione stessa, con la gestione commissariale derivante dalla Protezione civile, che ha svolto tale funzione con l'ascolto certificato. L'ho definita «contabilità omerica», perché coloro che l'hanno effettuata, si presentavano presso le aziende sanitarie e oralmente raccoglievano i dati, il che non è una corretta contabilità; l'accertamento contabile e fatturale dei debiti deve avvenire con riscontro e incrocio di fatture e contabilità. Questo accertamento è ancora in corso con l'aiuto di KPMG, l'*advisor* nominato dalla regione Calabria anche su indicazione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'esperienza maturata soprattutto nel campo della contabilità sanitaria e tenuto conto anche dei tempi ristretti

della definizione di tali procedimenti.

In materia sanitaria una contabilità condivisa con le regioni esiste e ad essa facciamo riferimento, anche se deve essere migliorata. Nell'ultimo Patto per la salute c'è l'impegno delle regioni a migliorare ulteriormente sia sul piano dei conti patrimoniali, sia soprattutto sul piano della contabilità analitica, che è la base della gestione industriale. L'attività sanitaria è infatti un'attività industriale la cui finalità è sì tutelata costituzionalmente, ma ha bisogno di una contabilità analitica. Per gestirla occorre soprattutto una capacità manageriale e professionale. Alcune regioni hanno questa capacità per motivi territoriali e culturali, altre invece necessitano di una iniezione di questa capacità.

Due tavoli si confrontano sui piani di rientro: il tavolo di verifica degli adempimenti, operante presso il Ministero dell'economia e delle finanze, con riguardo soprattutto agli aspetti contabili e finanziari, e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza), che fa capo al Ministero della salute, che verifica gli altri aspetti importanti della funzione sanitaria, per assicurarne lo svolgimento in condizioni di efficienza e appropriatezza da parte delle regioni.

Stiamo quindi parlando di una funzione tutelata costituzionalmente, dove rilevano soprattutto due soggetti: lo Stato e le regioni. Lo Stato definisce i LEA e la loro erogazione, con riferimento al contesto economico-finanziario dei patti di stabilità e crescita, e richiede che sia annualmente definito lo *standard* con le regioni. Infatti, si parla di costi *standard*, ma il primo *standard* che deve essere definito è la percentuale di ricchezza del Paese che lo Stato può dedicare alla sanità. Definita questa percentuale rispetto al PIL, che costituisce la variabile indipendente rispetto alla quale rapportarsi, lo Stato definisce i LEA e assume la responsabilità del livello di sanità che lo Stato italiano può garantire, in concorrenza con le altre funzioni.

Le regioni a loro volta, sulla base di questo fabbisogno sanitario nazionale, definiscono il loro fabbisogno regionale. Alcune regioni sono in grado di programmare il fabbisogno sanitario regionale in base alle risorse disponibili, ma altre regioni, la cui storia è conosciuta, non si sono caratterizzate per una rigorosa programmazione da parte degli assessorati. Esistono ospedali con 10-20 posti letto, che rappresentano non un servizio al territorio, ma una minaccia per la salute del cittadino. Non a caso, la loro frequentazione è limitata, a causa della non rispondenza alla funzione dichiarata.

Le regioni operano, quindi, con un'autonomia costituzionalmente garantita nell'organizzazione dei propri servizi. Spesso, nelle audizioni mi è stato chiesto come possiamo non esserci accorti che i conti andavano male. Nel settore sanitario c'è un rapporto diverso da quello che intercorre tra lo Stato ed un organismo parastatale. Se fosse l'INPS a gestire la funzione, ci sarebbe un maggiore spazio di vigilanza da parte dell'amministrazione centrale, perché lo Stato può dare direttive all'INPS. Sicuramente, anche il livello di servizio assicurato sarebbe stato superiore. Una sanità gestita da un'amministrazione centrale o con una struttura parastatale a Reggio Calabria non avrebbe mai raggiunto gli standard di Milano, ma avrebbe almeno garantito uno standard minimo. Nel contesto vigente è attribuita alle regioni una maggiore autonomia. Dobbiamo quindi verificare con gli strumenti costituzionali a disposizione l'adeguatezza della struttura di programmazione gestionale, dei procedimenti amministrativi e di quelli contabili, ma questo riscontro non riguarda un rapporto con un organismo parastatale: occorre attivare procedimenti costituzionalmente garantiti per l'accertamento dell'adeguatezza richiesta. C'è l'articolo 120 della Costituzione, ma a monte dobbiamo siglare patti con le regioni, in base ai quali, se si riscontra questa inadeguatezza, devono scattare le sanzioni così come, laddove sono previste, anche premialità.

Nel settore sanitario, dal 2001, di fatto esiste il federalismo nella sanità: ci sono accordi, il primo dei quali fu il cosiddetto accordo Giarda. Con il tempo ci sono stati alcuni affinamenti, a causa del fatto che il primo patto non veniva rispettato. Infatti, si era concordato un livello di finanziamento, che poi è aumentato per le richieste regionali. Per cui l'amministrazione centrale ha dovuto affinare la capacità di raffronto e di verifica di queste situazioni. Si è infine stabilito che, se si è concordato il livello di finanziamento che lo Stato italiano può garantire rispetto al PIL, perché è dentro la

programmazione rispetto al patto di stabilità, e poi ci sono i fabbisogni sanitari regionali e una strumentazione adeguata a gestire il tutto, allora se le regioni debordano, l'eccesso di spesa resta a loro carico. Per meglio precisare, c'è stata la fase in cui le regioni affermavano che il livello di finanziamento fosse sottofinanziato sempre nell'ordine di 4-5 miliardi; ma, invero, il problema era che le regioni che generavano questo disavanzo erano sempre grossomodo tre. Lo Stato rideterminava il livello ma le risorse venivano ripartite secondo vecchi schemi. Poi l'anno successivo le medesime regioni si ritrovavano allo stesso punto.

Si stabilì quindi di non riconoscere più questo livello di finanziamento ulteriore, e, qualora fosse stato riconosciuto qualcosa in più, di considerarlo quale fondo transitorio nei confronti di queste regioni in difficoltà, per accompagnarle in un percorso virtuoso, mediante i piani di rientro. Ogni regione ha dovuto quindi interrogarsi sui fattori di spesa fuori controllo: personale e ospedali inadeguati per eccesso di posti letto. Nel Lazio si dibatte ancora se mantenere alcune strutture con limitati posti letto, sebbene fosse già stato avviato un percorso di rientro e si fosse diffusa una consapevolezza che al di sotto di 120 posti letto non ci dovrebbero essere ospedali. In ogni regione sono emersi, poi, aspetti particolari: ad esempio, in Campania è emerso il problema dei costi del contenzioso.

L'obiettivo di fondo era quello di controllare questi disavanzi. Nel Lazio si generavano disavanzi di 2 miliardi di euro l'anno, circa 4.000 miliardi di vecchie lire. Ricordo che negli anni '90 questo era il livello delle manovre a livello nazionale. Ci chiediamo come si sia potuta verificare a livello tecnico una situazione del genere. Si lamentano ritardi nei pagamenti, che però ci saranno sempre. Il persistere di questa condizione strutturale ha portato all'affissione di manifesti per Roma che denunciavano che non si effettuavano pagamenti. Lo Stato non erogava le risorse richieste per la semplice ragione che la loro erogazione era condizionata a correzioni strutturali, come stabilito negli accordi stipulati.

Ho sempre citato l'esempio di una casa allagata con il rubinetto aperto. Lo Stato ha attivato, dunque, il cosiddetto fondino, per le regioni; ciò aiuta a svuotare la casa allagata dall'acqua, ma, se il rubinetto continua a essere aperto, è inutile trasferire continuamente risorse. Bisogna capire quali sono le regole per chiudere il rubinetto. Una volta chiuso il rubinetto, l'aiuto è totale. Non a caso, rispetto al livello di finanziamento ordinario furono riconosciuti solo alle regioni sottoposte ai Piani di rientro 3 miliardi di euro per consentire, un ripiano selettivo dei disavanzi, proprio perché c'era questa condizione. Tuttavia, il comportamento per l'accesso da parte delle regioni deve essere virtuoso.

Ci chiediamo se il bicchiere sia mezzo pieno o mezzo vuoto e come calcolare il disavanzo strutturale. Il parametro del disavanzo strutturale considera infatti la spesa effettiva che c'è stata e la confronta con il livello di finanziamento ordinario, oltre alle risorse che provengono dalla gestione sanitaria ad esempio con ticket per responsabilizzare il cittadino. Invero all'epoca risulta che le regioni virtuose come la Lombardia avessero i ticket e le regioni in disavanzo non li avessero per poi chiedere risorse allo Stato. È stata contrastata la regola che ingenerava l'aspettativa dei ripiani dei disavanzi a piè di lista. Tutte queste regioni erano non virtuose perché sapevano che prima o poi arrivava il ripiano. Tuttavia, per dare cento euro alla regione Lazio, se ne dovevano dare 1.000 in tutta Italia, senza risolvere mai i problemi.

Le nuove regole hanno introdotto questo meccanismo: sono le regioni responsabili e solo loro devono trovare le risorse per fronteggiare eventuali disavanzi. La regola è che non deve più essere sborsato 1 euro aggiuntivo da parte dello Stato. Questo determina o dovrebbe determinare la responsabilizzazione politica a livello regionale. Nel 2006, l'Abruzzo aveva un disavanzo del 9,5 per cento rispetto al finanziamento. Nel 2008, è arrivato al 4,9 per cento e nel 2009 si attesta all'1, per cento, da rideterminarsi al 3,8 per cento, perché una partita straordinaria ha agevolato la regione. Il terremoto - non bisognerebbe dirlo - è stato virtuoso per l'Abruzzo: i consumi sanitari sono diventati più appropriati, alcune strutture non stanno operando, ma i cittadini dell'Abruzzo non ne stanno rivendicando il funzionamento. Ha avuto quindi un effetto virtuoso, che dimostra quanto fosse gonfiato il consumo.

Nel Lazio, quella percentuale, che in Abruzzo era del 9 per cento, era del 2 per cento, quindi una dimensione enorme, la più elevata a livello nazionale per ragioni di inefficienza e di inappropriata. Nel 2009, si è giunti al 15 per cento, che non è la situazione ottimale, però l'abbattimento c'è stato. Sono preoccupato perché non so se si sta consolidando il risultato: il percorso è iniziato, ma bisogna assicurargli continuità per ridurre quel 15 per cento. Si deve però verificare se siamo nella condizione di mantenere anche quel 15 per cento, Quindi è iniziato un confronto con il Lazio.

PRESIDENTE. Quello del 2006 nel Lazio è un dato iniziale: c'è un dato intermedio?

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Gradualmente 24 per cento, 19 per cento, 18 per cento, 15 per cento. Questo significa che c'era spazio anche per interventi di cui il cittadino neppure si accorge. Si tratta poi di consolidare queste cose anche nel Lazio. In Campania, la situazione è sostanzialmente stabile. In essa siamo stati per un anno a discutere sul loro rivendicato «avanzo»: è stata una cosa veramente faticosa, che ci ha messo a dura prova. Il commissariamento non è stato così semplice, perché rivendicavano di essere in avanzo, ma come emerge dal lavoro dei tavoli non sono assolutamente in avanzo.

In Abruzzo, Lazio e Campania ci sono miglioramenti. Questi nascono dal commissariamento e dall'impiego di adeguate risorse professionali, manageriali nella sanità, che hanno saputo dare immediatamente indicazioni grazie all'esperienza maturata sul territorio. Nel Lazio è stato il dottor Morlacco, in Campania c'è il dottor Zuccatelli, e ci saranno sicuramente altri miglioramenti.

PRESIDENTE. Vorrei conoscere il dato relativo alla Campania nel 2006.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. L'8,9 per cento e siamo all'8,3 per cento, quindi è sostanzialmente stabile. Se questa nuova gestione commissariale andrà avanti, ci saranno sicuri miglioramenti, perché il primo elemento è il rapporto con i privati, che nasce dalla fissazione di un tetto, sulla base del quale vengono assegnate risorse.

Lo Stato risponde in sede comunitaria, mediante i patti di stabilità e crescita, e di conseguenza anche gli enti subnazionali devono risponderne. Se per la sanità le risorse disponibili sono determinate, conseguentemente i privati devono adeguarsi. I contratti con i privati devono essere firmati per tempo, perché, se vengono firmati nella seconda parte dell'anno, alimentano il contenzioso. Era questo uno dei fattori distorsivi. Il paradosso è che in un sistema di mercato di oligopolio la forza sembrerebbe attribuita alla controparte.

Se in Emilia si punta a fare un solo centro di analisi che effettua milioni di analisi nel corso dell'anno, per cui costano unitariamente circa 50 centesimi, in Campania quella stessa analisi costava circa 6 o 7 euro; le cose però stanno cambiando. Ci possono essere più centri di raccolta, ma non di analisi. In disparte la considerazione che questa organizzazione è più efficiente sul piano della qualità grazie alla tecnologia, garantendo possibilità di risparmio e di contenimento.

Passo ora alle regioni virtuose. La Sicilia era al 14,6 per cento e ora è al 3,3 per cento. La situazione politicamente è particolare, perché l'assessore è come se fosse un commissario. La capacità professionale portata dal dottor Guizzardi, nuovo direttore generale, che ha formato molti manager dell'Emilia e del centro-nord, dimostra come conti non solo la volontà politica, ma anche la capacità tecnica di programmazione. Almeno sul piano finanziario c'è stato un rientro.

Sulla base della norma che le concede la possibilità della continuità dei piani di rientro prevista dal decreto-legge n. 78 del 2010, la Sicilia chiederà la prosecuzione del piano di rientro, perché non sono riusciti ad acquisire tutte le risorse che erano state condizionate. Si preparano quindi a presentare piani che potrebbero anche portare a risultati in attivo e quindi la possibilità di ridurre le aliquote fiscali.

A questo si affianca il consolidamento di tutti gli aspetti che riguardano la gestione della sanità, con una necessaria premessa: quando ci sono ordine e programmazione, c'è anche più capacità di conoscere le esigenze del territorio. Tutte queste regioni non sapevano che questo andava fatto. Anche a livello di struttura assessorile spesso manca una capacità professionale. Prima deve essere sviluppata la capacità di individuare il fabbisogno sanitario della popolazione. In questo percorso di scrittura delle loro esigenze le regioni saranno affiancate non solo dalle Amministrazioni centrali, ma anche da AGENAS e da KPMG.

PRESIDENTE. Mi sembra di capire che la Sicilia si è commissariata da sé.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Se vogliamo semplificare, sì.

PRESIDENTE. Se si rischia di essere commissariati, commissariarsi da sé appare virtuoso.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Nella fase in cui la Campania rivendicava anche di essere in attivo, lamentava infatti un comportamento tecnico differenziato fra Sicilia e Campania, mentre invece le Amministrazioni centrali parlavano per cognizione di causa.

La regione con la peggiore *performance* è il Molise, che dal 13,1 per cento nel 2006 è passato al 14,3 per cento nel 2009, quindi ha peggiorato. Questo 14,3 per cento tuttavia potrebbe essere sottostimato. Esiste infatti un accordo con le strutture private nel Molise, per cui quel 14 per cento potrebbe arrivare anche al 18 per cento. La situazione è assolutamente fuori controllo e, nonostante sia adesso commissariata, non si rileva un'inversione di tendenza. È in assoluto la peggiore *performance*. Sarebbe il fallimento dei piani di rientro, mentre questa è stata un'esperienza importante perché ha condizionato il comportamento delle altre regioni.

La spesa sanitaria fino a tutto il 2005 cresceva annualmente del 7-7,5 per cento. Dal 2006 la crescita annuale della spesa sanitaria si è dimezzata e cresce ora intorno al 3 per cento. Questo significa che le altre regioni per non subire l'onta del commissariamento si sono date delle regole, e quindi, le regioni virtuose hanno migliorato le loro *performances*, ma le altre hanno rallentato la loro spesa, anche se i piani di rientro devono essere tutti consolidati. La partita che nasceva nel Lazio con 2 miliardi di euro di disavanzo l'anno è figlia di fattori strutturali ovviamente radicati sul piano industriale, sociale e politico.

Lo spazio di correzione c'è. Avendo rimosso la regola dell'aspettativa di ripiano del disavanzo, le correzioni ci saranno e ci sarà anche una sanità migliore.

PRESIDENTE. La Liguria quindi ormai è fuori?

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. La Liguria sembrerebbe fuori. Tuttavia, poiché abbiamo ancora risorse da assegnarle, quando faremo la chiusura definitiva sulla base dei dati del consuntivo 2009, sarà fatta la chiusura anche formalmente. Di fatto è fuori.

La Sardegna doveva presentare un piano di rientro minore, ma nel 2007 ha acquisito l'autonomia nel settore della sanità, che rientra nell'attribuzione delle aliquote fiscali, e quindi è fuori. Questo piano di rientro era già nato e quindi abbiamo continuato a controllarne gli esiti. Siamo arrivati alla situazione che dobbiamo dare alla regione 8 milioni di euro residuali. Dal 2006, però, la Sardegna ha aumentato la spesa sanitaria.

PRESIDENTE. Non è in disavanzo?

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Lo coprono. Non abbiamo più strumenti. Anche la Puglia e il Piemonte devono presentare i piani, ma nascono come vicende minori.

PRESIDENTE. Rispetto alla Sardegna, la Liguria e il Piemonte.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. La Liguria e la Sardegna sono marginali. La Sardegna è autonoma.

PRESIDENTE. Ma c'è un problema di fiscalità?

DORIS LO MORO. La Sardegna ha fatto una rivoluzione nei servizi. Sanità significa non solo rientrare nei conti, ma anche erogare dei servizi. In questi anni, la Sardegna ha aumentato molto i servizi, ad esempio nella salute mentale. Se si spende di più perché si danno servizi, bisogna fare un plauso.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Nutro qualche perplessità. In base alle conoscenze tecniche della vicenda, credo che in Sardegna l'incremento sia soprattutto esito di inefficienze.

MARCO CALGARO. Nel partecipare a queste audizioni si accresce la mia convinzione forse sbagliata e un po' provocatoria che i nostri mali derivino proprio dal Ministero dell'economia e delle finanze. Quando procederemo nel percorso federalista, ci accorgeremo che quando deleghiamo *in toto* l'istruzione alle regioni, dato che mancano gli strumenti per verificare i loro bilanci e i loro deficit forse dovremo commissariarle, e poi continueremo tutti gli anni a fare commissariamenti tematici.

Come per lo Stato è possibile commissariare le regioni dal punto di vista del rientro sulla sanità, non considero possibile commissariare le regioni perché non hanno mai adeguato i loro strumenti di bilancio a qualcosa di certificabile e verificabile dal punto di vista centrale. Credo che questo sia il problema e che andando a costruire questo federalismo per disperazione senza avere strumenti che garantiscano un'attendibilità dei bilanci regionali, andremo avanti su questa strada. Dato che le verifiche dei piani di rientro sono sempre ragionieristiche e non di programmazione sanitaria e ragionieristica, le faccio una previsione, che spero sia sbagliata. Dopo aver letto tutti i piani di rientro, sono convinto che l'unico che ha qualcosa a che vedere con dei cambiamenti strutturali sia quello della Sicilia e che tutti gli altri siano destinati a fallire per come sono scritti. Forse, lei possiede conti che vanno meglio dal punto di vista economico, ma, dato che tutti questi non sono svincolati dal bilancio generale della singola regione, ho l'impressione che tali miglioramenti, non provocando alcun cambiamento strutturale nella programmazione sanitaria regionale, siano destinati a non sortire in tempi medi alcun effetto.

Credo che ci siano gravi problemi. Il primo è che questo Stato e forse neanche il Ministero dell'economia e delle finanze non ha mai affrontato seriamente il tema dell'attendibilità *in toto* dei bilanci regionali. Non credo che lo Stato centrale, nonostante la Costituzione vigente, non abbia degli strumenti almeno cogenti, come quelli utilizzati quando si è accorto degli incredibili deficit sanitari. Se i piani di rientro non saranno costruiti da tecnici del bilancio e dell'economia insieme ai tecnici della programmazione sanitaria, saranno destinati al fallimento. Questo è il mio dubbio serio, perché ritengo che stiamo guardando soltanto una faccia della medaglia e non il problema nella sua complessità e per uno Stato che sta avanzando rapidamente verso il federalismo, questo è molto problematico.

DORIS LO MORO. Sono rimasta sorpresa dal dato relativo al fabbisogno sanitario. In base alla mia esperienza di discussione al tavolo nazionale, il fabbisogno sanitario in Italia non si misura sulle inefficienze e sulle inadeguatezze delle regioni arretrate, in cui c'è disavanzo ed è necessario costruire la sanità, ma si misura in un'ottica nazionale, quindi soprattutto in base alle esigenze per i servizi al cittadino che emergono dalle innovazioni anche nelle regioni virtuose, o meglio in quelle in cui i servizi ci sono, quali Emilia, Veneto, Lombardia e Umbria. In queste regioni, ci sono maggiori servizi e si determina il fabbisogno, naturalmente calcolando quello complessivo per tutta la cittadinanza.

La mia esperienza è che, con l'innovazione tecnologica che è in atto e con l'allungamento della vita e la necessità di predisporre servizi alla persona e servizi sanitari per una popolazione che ha più bisogno rispetto al passato, con un peso ad esempio maggiore per la Liguria, che ha problemi di questo genere, il fabbisogno negli ultimi anni sia sempre stato inadeguato e lo sia tuttora. Per quanto riguarda le regioni in cui i servizi mancano e i soldi sono stati storicamente oggetto di corruzione e di ruberie o di rapporti perversi con i privati, di cui nessuno evidentemente si è reso conto per decenni, o oggetto di servizi mal distribuiti sul territorio di cui sembriamo accorgerci di colpo, sebbene siano stati realizzati con soldi dello Stato, perché qualcuno ha finanziato questi ospedali, non condivido la sua affermazione, secondo cui, poiché ci sono ancora inappropriatazze, inadeguatezze - e aggiungo ruberie - «stringendo» su queste voci si può risparmiare. Ritengo, invece, che su queste voci sia necessario effettuare tagli netti e definitivi, ma anche investire in servizi ai cittadini, e che nella fase di investimento, per ridurre il *gap* tra le regioni in cui ci sono i servizi e quelle in cui mancano, occorrono investimenti aggiuntivi. Ciò è stato oggetto anche di una discussione con il Governo Prodi, in particolare con il Ministro dello sviluppo economico, Bersani, e, quindi, si pensava addirittura di investire di più in sanità, non di meno. Da questo punto di vista, non mi sento perciò di condividere la sua affermazione secondo cui si chiede sempre di più, mentre serve sempre di meno, perché secondo me serve di più, soprattutto se andiamo nella direzione da tutti auspicata, cioè che si allunghi l'età delle persone mantenendo la qualità della vita anche con servizi di prevenzione e riabilitazione, oltre che con assistenza e cura. Lei evidenziava come in Campania siano andate a prestare la propria attività persone di qualità, quali il dottor Morlacco e il dottor Zuccatelli, persone note a chi ha frequentato questi ambienti. Queste stesse persone, in particolare il dottor Morlacco, che conosco e stimo, sono però i dirigenti della Puglia, cioè delle regioni che negli anni sono state oggetto di percorsi magari minori, ma che sono tutt'altro che virtuosi. Questo dimostra che la valenza della politica è rilevante, che il tecnico è importante, ma che lo è soprattutto la responsabilizzazione della politica.

Per quanto riguarda la Calabria, c'è un balletto di numeri su cui ognuno di noi si sta facendo un'idea. Faccio riferimento alla sua affermazione e al caso che lei citava, parlando della Calabria, per cui a un certo punto è intervenuta la Protezione civile. In realtà, è intervenuta un'ordinanza con cui si effettua un commissariamento sotto l'aspetto economico-sanitario affidato all'assessore alla sanità dell'epoca, che per una vicenda del tutto casuale è anche un dirigente della Protezione civile, che peraltro lei conosce bene perché più volte lui ha fatto riferimento a questa conoscenza diretta.

Mi chiedo però se sia un intervento virtuoso, perché, se dopo due anni ancora non conosciamo i risultati contabili della Calabria, non mi sembra che quella svolta in Calabria in questi due anni non possa essere considerata un'operazione virtuosa. Mentre prima c'erano dirigenti contestabili, che però hanno ottenuto il vaglio positivo del «Tavolo Massicci», superando le varie tappe, dopo c'è il nulla, perché abbiamo solo numeri ballerini. Vorrei quindi capire come si possa ritenere corretto il percorso attuale, visto che i numeri di oggi sono ballerini mentre quelli di ieri non lo erano.

PRESIDENTE. Credo che, come evidenziato dal dottor Massicci, il ruolo di questo tavolo non sia di tipo decisionale ma di facilitatore di condizioni. Non c'è possibilità di intervenire sull'autonomia delle regioni, che poi sono i soggetti che utilizzeranno la stoffa che viene fornita, provvedendo a confezionare un abito adeguato.

Il dato che mi permetto di sottolineare ancora una volta è quello dell'attendibilità dei dati, tema sul

quale emerge un problema che riguarda tutti. Per quanto riguarda l'appropriatezza del rapporto rientro-salute, spesa sanitaria-diritto alla salute, la competenza è delle regioni, che devono rendere conto di come spendono le risorse a loro disposizione. Il livello centrale e di governo del sistema deve invece interrogarsi sull'attendibilità di questi dati. Mi permetto di richiamare la domanda che avevo già posto all'inizio, rispetto alla quale aspettiamo una risposta non da lei, ma da altre sedi e in altri momenti. Il tema dei dati attendibili esiste, perché i dati certi sono quelli che arrivano a voi, ma non è detto che siano attendibili. Vorremmo anche chiederle un approfondimento sulla Calabria.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. La verifica dell'attendibilità dei dati è una questione molto delicata inserendosi nel rapporto fra amministrazione centrale e amministrazioni controllate. Le regioni sono organi costituzionalmente garantiti, quindi la capacità di entrare dentro queste vicende non si dispiega con semplicità e deve essere definita con accordi e intese.

Per quanto riguarda i dati del NSIS, siamo arrivati alla quarta edizione delle linee guida condivise con le regioni. Questo significa che sono dati strutturati, condivisibili, attendibili per quelle regioni che hanno un'organizzazione efficiente. In Calabria, c'è stata un'iniziativa legislativa per un procedimento accelerato di adozione del piano di rientro ed è stato sottoscritto un accordo. Vi invito a leggere quei piani di rientro, che sono stati scritti in maniera realistica in quanto riguardano tutte le componenti necessarie per una corretta programmazione cioè a fronte di regioni che prima della elaborazione dei piani non sapevano nemmeno cosa fosse la programmazione sanitaria.

Qualcuno mi aveva proposto come commissario, ma mi sono opposto perché so svolgere la mia funzione. Se mi viene proposto di gestire la sanità in Lombardia, andrei subito. Il primo anno faccio finta di capire, il secondo comincio a imparare, al terzo ho imparato il mestiere, ma è la struttura tecnica che organizza la funzione e supporta anche il politico. Nelle situazioni interessate ai piani di rientro servono quindi persone adeguate e professionalmente preparate; io ho prima indicato alcuni nomi, ma francamente mi spiace che su di essi vengano dati dei giudizi non corretti.

Morlacco è uno dei migliori dirigenti della sanità e per quanto so quando c'era Morlacco la sanità della Puglia era in equilibrio, se ci si può riferire all'assetto tecnico e non a quello politico, perché si tratta di un ottimo organizzatore, e i successi riscontrati nel Lazio per quanto riguarda l'indicato contenimento della spesa nel 2009 sono da attribuire a Mario Morlacco. Permettetemi di difenderlo perché sembra che debba rispondere il tecnico dei problemi dei politici, e questo non va bene. Per entrare dentro una situazione regionale, quindi, è necessario creare dei procedimenti, che non sono semplici. È stata fatta una legge che è stata osteggiata e che non siamo neanche riusciti ad applicare, perché abbiamo comunque costruito un piano di rientro con un accordo, ma le competenze sia tecniche che politiche sono non solo del Ministero dell'economia, ma anche del Ministero della salute. Un piano di rientro significa riportare in equilibrio, razionalizzare, riqualificare e potenziare il servizio sanitario. Nei piani di rientro è scritto anche che vanno sviluppate tutte quelle funzioni necessarie, perché, se si chiudono gli ospedali, devono essere attivati altri centri sul territorio, e nel piano deve essere inserito il cronoprogramma di questi interventi.

Adesso abbiamo chiuso un ciclo dei piani di rientro, che all'inizio ha incontrato resistenze in tutte le regioni. Le regioni in disavanzo ottengono la riattribuzione delle somme residue, se presentano programmi operativi che sviluppano gli schemi già concordati. I programmi operativi contengono queste cose. Grazie alla fase gestionale del professor Guzzanti, nel Lazio tali programmi sono ottimi. Stiamo aspettando la loro applicazione. Gli strumenti ci sono per l'attivazione di quanto programmato.

Nei predetti tavoli la funzione del Ministero dell'economia è quella di richiamare la circostanza che non vi saranno ulteriori risorse oltre quelle rapportate al PIL. Il Ministero della salute segue gli aspetti diretti a garantire i livelli essenziali di assistenza. Dall'esperienza dei Tavoli emerge che non bisogna rinunciare ai livelli essenziali, ma che c'è uno spazio enorme di ricomposizione della spesa.

PRESIDENTE. Ci fornisca qualche dato sulla Calabria.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. In Calabria, c'è stata un'iniziativa normativa per l'adozione del Piano di rientro in quanto era già presente un Commissario tramite la Protezione civile. Quel commissariamento è nato durante il Governo Prodi, su richiesta del Presidente della regione. È una vicenda che noi non abbiamo seguito, perché non riguardava la sanità nel suo complesso, ma si limitava agli aspetti della gestione degli ospedali e dei vari eventi di rischio riguardanti il settore ospedaliero.

. La responsabilità dei piani sanitari è regionale. . Si può dire che non è un bel piano, ma l'amministrazione centrale che sta dando una mano alla regione Calabria non ne diventa responsabile.

Lo Stato , per quanto riguarda la Calabria, ha sottoscritto un accordo. Per quanto riguarda gli aspetti sanitari, il Ministero della salute ha concorso a migliorarlo. Hanno lavorato anche AGENAS e KPMG.

Adesso per la Calabria ne stiamo verificando l'attuazione. Al momento sono registrati fortissimi ritardi nell'attuazione, cosicché in base all'articolo 120 della Costituzione, e all'articolo 8 della legge n. 131 del 2003 scatterà il commissariamento. Questa è la procedura. Pertanto, se le regioni hanno fatto il piano, ma non lo attuano, la responsabilità è loro.

Dal 2001, abbiamo concordato con le regioni i principi e gli schemi contabili. Si tratta di un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, d'intesa con le regioni. Le linee guida quindi sono concordate: se poi non le rispettano, non abbiamo la forza di imporre cambiamenti.

Per la regione Calabria da due anni attendiamo che venga fatto l'accertamento del debito. Loro parlano di 1,8 miliardi e noi vogliamo verificarlo. Stiamo verificando, con l'aiuto di KPMG, attraverso anche il riscontro delle fatture.

PRESIDENTE. Le rivolgo una domanda specifica. Il 4 febbraio, quando la Giunta regionale ha deliberato definitivamente il piano di rientro della regione Calabria, ha indicato il 31 maggio come data della verifica. Il termine è scaduto e la verifica non c'è ancora stata.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. I Tavoli tecnici hanno contestato alla regione il mancato completamento dell'attività. Infatti per noi ci sono i presupposti per l'avvio della procedura di diffida.

È la politica adesso che deve diffidare la regione, concedere quindici giorni per completare e perfezionare i provvedimenti attuativi. Se il giudizio è quello di inadeguatezza, deve essere commissariata. Noi speriamo che un vice commissario possa essere di aiuto.

MARCO CALGARO. Vorrei chiarire il mio intervento di prima. Condivido *in toto* quello che è stato fatto tecnicamente dal Ministero dell'economia e delle finanze per quanto riguarda i piani di rientro delle regioni.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Il Tavolo non è composto solo dai rappresentanti del ministero dell'economia e delle finanze, ma ci sono tutte le componenti regionali e il Ministero della salute. Nei due tavoli la componente regionale è prevalente: ci sono solo due amministrazioni centrali, tutte le altre sono componenti regionali.

MARCO CALGARO. Non metto in discussione questo però ritengo che sia meglio non parlare dei piani di rientro, altrimenti dovremmo prendere in mano un piano di rientro, leggerlo seriamente e

ragionarci.

La mia osservazione era di tipo politico. Capisco che voi state facendo tecnicamente tutto quello che è in vostro potere per uscire da questa situazione. Il mio problema interroga la politica e il Ministero dell'economia e delle finanze dal punto di vista politico. Dato che la sanità è sostanzialmente un punto di verifica importante per un'eventuale gestione federalista dello Stato, per il Ministero dell'economia e delle finanze è più ragionevole concentrarsi sul problema dell'attendibilità dei dati che in generale provengono dalla regione. Dal punto di vista politico, non tecnico, perché mi rendo conto che senza strumenti non potete fare altro, credo che il primo problema che questo Paese deve affrontare è che non bastano dati certi: bisogna verificare se siano attendibili.

Il tema della sanità ha consentito di disvelare un problema vero: spesso questi dati sono inattendibili. Poiché questo non si verifica presumibilmente solo per la sanità, ma la sanità, rappresentando l'80 per cento del bilancio delle regioni, è una parte rilevante del problema, credo che il tema che deve affrontare il Ministro dell'economia e delle finanze sia quello dell'attendibilità dei dati che provengono dalla regione *in toto*.

Se è possibile commissariare al termine di una serie di inadempienze le regioni per quanto riguarda la politica sanitaria, lo è anche per quanto riguarda la politica di bilancio, credo che bisognerebbe costruire strumenti legislativi che ci consentano di giungere a dati attendibili in un tempo ragionevole, altrimenti la costruzione del nostro federalismo è preoccupante, perché ci ritroveremo molto probabilmente su tutti i temi a gestione direttamente regionale a fare questi stessi rilievi. Per quanto riguarda la gestione relativa alla Calabria, il mio giudizio è estremamente positivo, perché state cercando di far emergere quella regione da una situazione di disastro completo dal punto di vista dell'attendibilità dei bilanci, non credo solo in sanità, ed è aspetto che mi preoccupa. Il Ministero dell'economia e delle finanze dovrebbe affrontare questo tema. In previsione di una costruzione federale dello Stato, credo che uno Stato centrale che non ha una piena attendibilità dei bilanci che provengono dalle regioni avrà problemi peggiori.

Sui piani di rientro, invece, probabilmente non è questo il momento di confrontarsi. Sarebbe invece interessante confrontarsi con qualche rappresentante del Ministero della salute su come sono scritti questi piani di rientro, e poi darci un appuntamento fra tre anni e vedere cosa succede.

**PRESIDENTE.** Se posso comunicare quanto condivido dell'intervento, in caso di disavanzi scatta il meccanismo dei piani di rientro dal disavanzo sanitario, mentre nel caso in cui ai disavanzi si unisca l'inattendibilità dei dati, abbiamo anche il commissariamento come, ad esempio, in Calabria. Il problema di carattere generale posto dall'onorevole Calgaro è quali strumenti abbiamo nei confronti di dati inattendibili dei bilanci regionali non solo nel settore sanitario. Questo tema non riguarda l'attività del «Tavolo Massicci», ma è dietro questa vicenda, perché in alcuni casi i bilanci della regione non sono attendibili, ma, siccome non c'è disavanzo, non c'è alcun intervento. In seguito, magari scopriremo improvvisamente che quei dati inattendibili si uniscono al disavanzo e noi interverremo per spegnere l'incendio, ma il danno si sarà già prodotto a prescindere dall'incendio. Sospendo la seduta per consentire la messa a punto di alcuni quesiti di carattere tecnico.

**La seduta, sospesa alle 9.45, riprende alle 9.55.**

**PRESIDENTE.** Riprendiamo i lavori.

**FRANCESCO MASSICCI, Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato.** . Non condivido molto quello che è stato detto dal Consulente e non credo che il tema sia stato focalizzato bene. Qui non stiamo parlando di inattendibilità o affidabilità della contabilità.

**MARCO CALGARO.** Lo dice la Corte dei conti.

PRESIDENTE. Abbiamo un organo istituzionale, la Corte dei conti, che sta dicendo di non essere in condizione di sapere se i dati siano attendibili. Gli unici dati attendibili della Corte dei conti sono quelli di cui dispone la Procura della Corte per l'esercizio dell'azione di responsabilità, che è un'altra cosa.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Nell'ultimo intervento si è parlato soprattutto dei conti patrimoniali e non dei conti economici, quindi degli accantonamenti e delle criticità di quei conti. Provo a spiegare la nostra funzione. Quello che nell'intervento del Consulente siamo invitati a fare, se posso permettermi, noi già lo facciamo. Siamo arrivati a costruire piani di rientro perché è aumentata la conoscenza. .

PRESIDENTE. Vorrei che fosse chiaro che l'appunto non è rivolto alla vostra attività, ma allo scenario nel quale vi muovete.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Se abbiamo questi dati informatizzati e siamo in grado di costruire serie storiche, va da sé che il controllo sull'attendibilità degli accantonamenti è possibile perché abbiamo gli elementi necessari. Sembra che la sanità, nell'intervento del Consulente, sia fuori controllo, mentre stiamo parlando di contabilità della sanità che, rispetto alla contabilità generale, che non sia quella dello Stato, è sostanzialmente affidabile, salvo le segnalazioni relative alle regioni che vi stiamo facendo.

Incontriamo tutte le regioni trimestralmente per verificare l'andamento dei conti. Per ogni esercizio, rispetto a quello che hanno scritto nel loro bilancio di previsione, verifichiamo come sta avanzando la spesa e come stanno evolvendo le entrate. Le verifiche trimestrali vengono operate anche sugli accantonamenti. Poiché nell'ambito dell'accordo che facciamo sul livello del finanziamento scontiamo anche il rinnovo dei contratti, noi pretendiamo che loro facciano gli accantonamenti annuali e verifichiamo trimestralmente che siano stati fatti. Di conseguenza, quando le regioni sottoscrivono i contratti le risorse ci sono. In passato, invece, le regioni utilizzavano quelle risorse per altri fini e chiedevano altri finanziamenti. L'attendibilità riguarda anche questi procedimenti. In tali sedi tecniche trimestralmente chiediamo ulteriori informazioni su tutte le scritture contabili. Crediti, debiti, fondi d'investimento sono le voci sulle quali è posta maggiore attenzione. Abbiamo presente la situazione della regione Sicilia, ma abbiamo verificato l'attendibilità degli accantonamenti. Abbiamo chiesto delle relazioni. Nel nostro lavoro trovate traccia di tutte le cose che state dicendo.

Il bicchiere è pieno per tre quarti per quanto riguarda la sanità. Se poi ci sono problemi di unificazione e di omogeneizzazione al fine di predisporre una contabilità generale per il federalismo e ci sono delle resistenze regionali che riguardano la componente extra sanitaria. Sulla sanità, infatti, c'è perfetta identità tra Stato e regioni sulla contabilità da tenere, e questo è già un grande successo. Sugli altri settori, che rappresentano il 15-20 per cento della spesa regionale, Stato e regioni devono ancora accordarsi sulla rappresentazione dei dati. Sull'80-85 per cento la contabilità è certa e sperimentata.

Vorrei leggere l'articolo 11 del Patto per la salute firmato il 3 dicembre: «Art. 11 (*Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività*): 1. In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

a) le regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo

contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011;

b) le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;

c) le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Stiamo parlando delle spese di investimento, aspetto fondamentale: possono usare gli strumenti per potenziare queste strutture);

d) le regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.

2. L'accertamento di cui al comma 1 è effettuato sulla base di criteri e modalità per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni [...].

3. Le regioni si impegnano a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate.

4. Quanto previsto dai commi 1 e 2 del presente articolo costituisce adempimento delle regioni ai sensi dell'articolo 4».

Questo significa che, se le regioni non ottemperano a quanto previsto, non hanno diritto alla quota premiale. Sono domande, quelle del Consulente, che già facciamo alle regioni; nell'intesa sottoscritta c'è l'impegno della regione stessa a migliorare ulteriormente e, nel caso in cui essa non adempia, viene meno il finanziamento. L'accordo è politico, il tecnico ha concorso a costruirlo.

PRESIDENTE. Non c'è dubbio che questo accordo politico dà il senso di questa volontà. Il *Corriere della Sera* di oggi pubblica notizie diverse rispetto all'attuazione di quell'accordo politico, affermando che :«Dal 29 settembre scorso la Commissione paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale lavora sui bilanci delle autonomie locali, ma a poche settimane dalla prima scadenza fissata per il 30 giugno prossimo i suoi gruppi di lavoro fanno fatica a raccapazzarsi nei grovigli dei contratti, delle spese e dei rendiconti. È come se gli esperti del COPAFF fossero precipitati in una serie di mondi paralleli...».

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Presidente, ho fatto una premessa: questa è la sanità. Qui lei sta parlando del settore extra sanitario, del 15-20 per cento.

PRESIDENTE. L'articolo prosegue: ...ognuno con dinamiche contabili spesso oscure. Sui tavoli delle riunioni cui partecipano anche esponenti delle regioni e degli enti locali circola una tabellina con cinque voci campione, ricavate dal capitolo di spesa decentrata di gran lunga più importante, la sanità appunto, 125 miliardi sul totale di miliardi in gioco, e un elenco dei beni delle regioni italiane, ed è l'esempio più chiaro di come sia frammentato il mosaico della spesa pubblica lungo la penisola.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. Francamente, non so di cosa parla.

PRESIDENTE. Dottor Massicci, lei non riuscirà a impedire a questa Commissione di esprimere una valutazione sull'inattendibilità dei dati di bilancio con riferimento all'esperienza che abbiamo

maturato, perché non c'è una sola delle aziende che abbiamo esaminato in cui non ci sia il problema del disallineamento. In un sistema di contabilità che funziona è inammissibile che esistano dati disallineati. Insisto: non è in discussione l'attività che voi fate, che è meritoria e che meriterebbe ogni apprezzamento, ma non è lo stesso fare operazioni di rientro con dati attendibili e operazioni di rientro senza dati attendibili. Che i dati non siano attendibili lo afferma la Corte dei conti, l'AGENAS è ferma al 2007, e questo è un dato oggettivo. Nella poca esperienza maturata abbiamo verificato la inattendibilità di moltissimi dati. Credo che questo tema si risolva riconoscendo il problema, non ignorandolo. Mi sembra questo il senso degli interventi di tutti i colleghi.

La ringraziamo sentitamente per il suo contributo, per il lavoro che fa e continua a fare. Le facciamo gli auguri e i complimenti, ma il tema riguarda non il suo lavoro, bensì lo scenario nel quale lei si muove, che a nostro avviso coinvolge le responsabilità della politica regionale e il sistema di strumentazione dei bilanci delle singole regioni. Credo che questo sia un dato oggettivo, perché non sempre lo svolgimento corretto della propria funzione è sufficiente, se il contesto non è attrezzato, e noi dobbiamo occuparci non della sua attività, ma del contesto nel quale opera. C'è soltanto una lamentela rispetto a questa non attendibilità.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria Generale dello Stato*. È il giornalista che parla.

PRESIDENTE. Noi abbiamo un approccio culturale diverso: noi crediamo che il giornalista sia uno strumento utile per trovare la verità. Non è mai la verità, ma uno strumento utile per trovarla, per cui faremo ulteriori accertamenti. È evidente che faremo presente al Governo la nostra posizione, che si riferisce non alla sua attività, ma al contesto nel quale opera. Mi creda, il contesto nel quale lei opera e che noi cerchiamo di conoscere non è quello che potrebbe essere.

Nel ringraziare il nostro auditore per la disponibilità manifestata, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 10.10.**