

CAMERA DEI DEPUTATI
XVI LEGISLATURA

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

Seduta del 17/11/2009

...

Comunicazioni del presidente.

PRESIDENTE. Come avevo preannunciato all'Ufficio di presidenza, ho avuto un incontro con il Presidente della Camera, con il quale abbiamo convenuto che si possa considerare chiuso l'episodio che ha interessato i lavori della nostra Commissione, del quale ho riferito nella seduta del 14 ottobre scorso e abbiamo chiarito l'opportunità che l'attività di questa Commissione possa procedere nel modo più sereno possibile.

Desidero comunicare che l'Ufficio di presidenza, nella seduta dell'11 novembre 2009, ha convenuto di apportare una modifica alla delibera relativa al regime di divulgazione degli atti e dei documenti, portata alla conoscenza della Commissione nella seduta del 5 maggio 2009. La modifica consiste nella soppressione, all'articolo 2, comma 2, della citata delibera, della lettera c), che prevedeva che tutti i resoconti delle audizioni effettuate nel corso di missioni fossero automaticamente classificati come riservati. Poiché, conformemente a quanto è stato convenuto da altre Commissioni d'inchiesta e considerando l'esperienza sinora maturata, non si rileva tale esigenza, d'ora in poi i resoconti delle audizioni effettuate in missione saranno soggette allo stesso regime di quelle svolte in sede. Resta quindi inteso che tali atti potranno di volta in volta essere classificati riservati o segreti, qualora se ne ravvisi l'opportunità o la necessità.

Informo che l'Ufficio di presidenza, nella medesima seduta dell'11 novembre corso, ha deliberato che una delegazione della Commissione, si rechi all'ospedale di Andria, per effettuarvi un sopralluogo relativo ad alcune dotazioni tecniche, in particolare gli amplificatori di brillantezza; tale missione si svolgerà venerdì 20 novembre prossimo.

Informo, infine, che l'Ufficio di Presidenza ha convenuto che la Commissione si avvalga, ai sensi dell'articolo 6, comma 4, della delibera istitutiva, della collaborazione a tempo parziale e non retribuita dei seguenti consulenti: Riccardo Birga, Aurelio Calafiore, Vito Guido Giuffrida, Carlo Lenzetti, Salvatore Messina e Pietro Occhipinti, L'ufficio di presidenza, al pari di quelli conferiti in precedenza, ha convenuto che tutti gli incarichi siano attribuiti per la durata dell'inchiesta, e si intendano a tempo parziale non retribuito. Ciascun incarico sarà riferito all'espletamento di compiti di volta in volta attribuiti con indicazioni singole e specifiche. Ai consulenti verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese documentate, sostenute in occasione dell'espletamento di tali specifici compiti. Avverto che la presidenza avvierà le procedure previste per assicurare l'avvio delle collaborazioni sopraindicate, previo distacco o autorizzazione dall'ente di appartenenza nei casi contemplati dalla legge.

Comunico, altresì, che al termine dell'audizione dell'assessore Rossi affronteremo in seduta segreta una questione che abbiamo già trattato in Ufficio di presidenza e della quale devo riferire in Commissione.

Audizione del coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana, Enrico Rossi.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana, Enrico Rossi.

Ringrazio l'assessore Rossi e i suoi collaboratori e do loro il benvenuto. Chiedo all'assessore di distinguere il suo intervento in due parti: una prima parte di carattere generale, che si riferisce alla sua responsabilità di coordinatore degli assessori alla sanità delle regioni italiane, e una seconda parte con specifico riferimento alla regione Toscana.

ENRICO ROSSI, *Coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana*. Ringrazio per questa richiesta di audizione. Sono a vostra disposizione per rispondere a ogni domanda che vorrete pormi.

Sulla parte più generale, vorrei limitarmi a rammentare che le regioni hanno stipulato con il Governo Prodi, in particolare con i Ministri Padoa Schioppa e Turco un accordo importante, il patto per la salute, il quale ha previsto finanziamenti che definimmo tali da consentirci di governare complessivamente il sistema. La media della crescita del triennio 2007, 2008 e 2009, più un intervento per il risanamento di *deficit* pregressi, è stata di poco inferiore a quattro punti ogni anno. Considerando pari a 100 quanto era stato erogato nel 2007, l'anno successivo si è avuto 104, poi 108, inclusi anche gli interventi a ripiano che furono attuati in maniera specifica per alcune regioni e con un intervento anche di carattere più generale.

L'accordo prevedeva un controllo ferreo degli andamenti di spesa da parte del Ministero dell'economia e delle finanze e nel relativo tavolo tecnico sono emerse, pian piano, differenze importanti tra le diverse regioni. Alcune hanno mostrato la capacità di controllare la spesa e anche di avviare un rientro; quelle che hanno superato determinati limiti sono state costrette ad aumentare l'addizionale IRPEF, e l'IRAP e altri tributi, mentre in altri casi si è fatto ricorso ai *ticket*. Il quadro che complessivamente è emerso mostra che il Piemonte sta rientrando dal *deficit*, la Liguria ha fatto un intervento importante e un nucleo di quattro regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana) presentano da tempo bilanci in equilibrio, pur presentando differenze tra loro, a seconda degli anni, come è ovvio che accada, nonché differenze riguardo all'addizionale IRPEF, all'IRAP ed ai *ticket*. Insomma, c'è un nucleo di regioni «forti» - secondo la terminologia ormai usata - che hanno retto e governano la sanità, al netto ovviamente delle regioni a statuto speciale.

Le Marche hanno realizzato sicuramente una cospicua operazione di rientro, aumentando le tasse; l'Umbria è storicamente una regione che ha un ottimo controllo di bilancio; la Basilicata è un'altra regione che ha avuto sempre capacità di governo della spesa.

C'è, però, un nucleo di regioni del centro e del meridione che hanno sperimentato alcune difficoltà, ovviamente diverse a seconda delle situazioni. Mi riferisco a Sicilia, Campania, Calabria, e, in misura minore, la Puglia (sebbene alcune difficoltà stiano emergendo in questo periodo); inoltre Abruzzo, Molise e Lazio (la cui situazione immagino conosciate abbastanza). Queste regioni, come sapete, sono state commissariate attraverso i presidenti, i quali sono stati affiancati spesso da una figura tecnica importante, che ha svolto anche un ruolo di esecuzione degli indirizzi di rientro sul piano sanitario e sul piano economico.

A me pare che ci sia una risposta complessivamente positiva. Non condivido una vulgata che dà per persa la capacità di governo di alcune regioni. Se guardiamo bene, negli anni che precedono il regionalismo più spinto, quale abbiamo avuto dal 2000 in poi, i *deficit* nel bilancio della sanità si accumulavano diffusamente per tutte le regioni e ogni anno si veniva a Roma a presentare il conto per l'approntamento della finanziaria. Mi verrebbe da dire, con una battuta, che la funzione essenziale degli assessori alla sanità era quella di fare il conto e presentarlo per l'intervento di ripiano.

Oggi il Paese può presentare una spesa generale che è ancora inferiore alla media europea e un nucleo di regioni che - per strutture, capacità organizzative, cultura, classe dirigente complessiva, e storia - hanno dimostrato di riuscire a combinare bene risorse limitate con servizi complessivamente buoni. Certo, la sanità è così varia e complicata e non si può mai essere perfetti, ma ci sono regioni

che hanno dato una buona prova, nel complesso.

Credo che la vera scommessa ora si stia giocando per un'altra parte del Paese; si tratta di una scommessa essenziale per mantenere un'infrastruttura civile, patrimonio di tutti, in termini di efficienza e di efficacia dei risultati. Il nuovo patto per la salute può aiutare a compiere questa operazione, pur con i limiti che ha ogni patto e con i condizionamenti derivanti dalla situazione contingente e dai problemi più generali che il Paese vive.

Ci siamo accorti, innanzitutto, che una curvatura eccessivamente economicistica del precedente patto per la salute, pur avendo finanziamenti importanti, non era sufficiente a governare i processi di riforma che dovevano essere messi in campo dalle regioni più deboli, che presentano i maggiori *deficit*. Occorreva, quindi, un patto forte e diverso tra le regioni e lo Stato che valorizzasse maggiormente la conferenza Stato-regioni e, accanto agli aspetti del controllo economico opportunamente insediati presso il Ministero dell'economia, facesse emergere meglio anche gli aspetti relativi alla riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, allo scopo di garantire una riforma che «raffreddasse» davvero la spesa, che non fosse episodica e che qualificasse gli stessi servizi sanitari.

Il nuovo patto che abbiamo firmato con il Ministro Tremonti e con il Governo prevede un incremento medio di spesa, nel prossimo triennio, assai più basso. Lo abbiamo accettato facendoci carico di una situazione complessivamente difficile nel Paese. Il precedente patto con il Ministro Padoa Schioppa e il Presidente Prodi prevedeva un incremento annuo di poco meno del 4 per cento, mentre l'attuale patto prevede una crescita media annuale del 2,3-2,4 per cento. È una crescita che rappresenta una vera sfida anche per le regioni cosiddette più «virtuose» (uso questo termine anche se non lo prediligo). È una sfida che ci siamo riproposti di monitorare con lo stesso Ministero perché, a fronte di eventuali impennate inflattive oppure di contratti che dovessero avere un'incidenza particolarmente pesante, è evidente che questa crescita da sola assorbirebbe i livelli di inflazione e le risorse per il rinnovo dei contratti. Comunque, come abbiamo detto tutti, queste sono le risorse e il patto deve essere onorato. Da qui, dunque, dobbiamo partire. Accanto a questo, tuttavia, abbiamo convenuto anche una procedura nell'approvazione dei piani sanitari - i cosiddetti «piani di rientro» regionali - che consenta di esercitare, da parte di tutte le regioni, un ruolo più forte di verifica degli stessi piani.

In altre parole, da un punto di vista economico è possibile, in un anno, trovare meccanismi che consentano di dimostrare che su un bilancio di 5 miliardi di euro si è rientrati del 5 o del 7 per cento e forse, come è evidente, nell'economia marginale, è facile all'inizio fare un'operazione di rientro dei conti. Invece, è difficile riorganizzare il modo di erogare servizi combinando insieme la qualità dei servizi stessi e il controllo della spesa.

Questi sono i punti cruciali su cui è in corso un dibattito che diventa interamente politico. Ognuna delle regioni «virtuose» che rammentavo ha adottato i propri sistemi. In Toscana abbiamo chiuso più della metà degli ospedali; al momento abbiamo 3,5 posti letto per mille abitanti e io dico che bisogna diminuirli ulteriormente. Il numero dei ricoveri è di 150 per mille abitanti, il più basso in assoluto.

Non voglio indicare niente a nessuno, ma ci sono parametri e valori di carattere internazionale, una cultura scientifica, un lavoro che viene svolto a questo riguardo. Mi veniva spiegato - cerco di tradurre più semplicemente, forse in modo troppo pedestre, il concetto - che se si hanno troppi posti letto può capitare di finire in un posto letto dove non si è sottoposti alla cura adeguata. Se, invece, si hanno ospedali organizzati in rete, posti letto specializzati, un sistema di emergenza che funziona (con elicotteri e con autoambulanze provviste di medici a bordo) e ospedali in grado di dare la risposta più adeguata a livello di intensità di cure - e magari, essendo gli ospedali in rete, si può mandare il paziente in un altro ospedale - allora il sistema diviene efficiente, efficace e meno costoso.

Ho lavorato dieci anni al servizio della sanità toscana e, mentre all'inizio mi spaventava la spesa, adesso ritengo che se quel che si intraprende è di qualità, allora in sanità si risparmia. Non c'è contraddizione tra gli investimenti in servizi di qualità e il ritorno che ne deriva. Magari bisogna

essere già a un buon livello per introdurre un ragionamento di questo tipo, ma mi accorgo, ad esempio, che se investiamo su modelli di assistenza sul territorio che consentano di seguire o monitorare meglio quella parte di popolazione (ormai più di un quarto) che è ultrasessantacinquenne ed affetta da patologie croniche, se si curano bene sul territorio diabetici, scompensati, ipertesi, cardiopatici, broncopneumopatici - che in Toscana sono circa un milione - si possono risparmiare risorse da investire utilmente, oltre a contribuire al miglioramento della salute di queste persone. Il diabetico non va in crisi e viene assistito meglio, anche se, da qualche parte, troverete dentro un ospedale la vecchia unità di diabetologia che si sente sminuita perché la cura per il diabete si sposta dall'ospedale al territorio e così via. Si possono citare tantissime situazioni di questo tipo.

Attraverso il nuovo patto che abbiamo realizzato con il Ministero dell'economia, vorremmo che acquistasse un ruolo più forte anche il Ministero della salute. Pensiamo, infatti, che il Governo e debba avere un rigoroso controllo economico e finanziario sulla materia sanitaria, ma anche un ruolo di indirizzo, di proposta e di monitoraggio, in modo da essere - ferme restando le prerogative delle regioni, che sono riconosciute dalla Costituzione - anche di aiuto nei confronti delle regioni che hanno particolare bisogno e che talvolta richiedono un intervento di sostegno e un'assunzione di responsabilità collettiva per non essere lasciate sole di fronte a problemi non semplici di riorganizzazione e di riforma.

Credo che questo sia possibile, ma è necessario un clima diverso fra le forze politiche. È evidente che, quando si propone la chiusura di un punto nascita che magari registra 200 parti all'anno e non è sicuro, si sollecita - indipendentemente da chi sta al governo e chi all'opposizione, poiché i ruoli possono invertirsi - la protesta, e si stuzzicano il localismo, il corporativismo e il municipalismo; le riforme dei servizi sanitari regionali così diventano difficilissime.

Questo è un tema che dovrebbe essere trattato sempre con grande pacatezza, senza toni gridati e, a partire dal rispetto reciproco e dalla diversità di opinione tra maggioranza e opposizione a livello nazionale, nel Parlamento e a livello locale, dovrebbe vedere un'attenzione al fatto che trattiamo un bene comune e che stiamo discutendo di una grande infrastruttura civile di cui questo Paese penso possa ancora andare orgoglioso.

Come regioni, nei prossimi periodi lavoreremo su questi temi e ci auguriamo che anche dal vostro lavoro possano arrivare utili suggerimenti.

PRESIDENTE. Grazie, assessore. Dalla sua relazione è apparso evidente come ci siamo lasciati alle spalle il modello dello «Stato-bancomat» nel settore sanitario: uno Stato che a richiesta erogava risorse senza alcun controllo rispetto alle ricadute sul territorio.

Questa Commissione si occupa del controllo sulle risorse e sulle attività, attraverso la nozione di errore sanitario, che riguarda non soltanto «chi» compie l'errore, ma - come forse è più utile - «perché» avviene. Oltre all'introduzione di un nuovo patto per la salute, con un incremento ridotto dei finanziamenti, dovuto a condizioni oggettive di bilancio del Paese, credo che dalla relazione sia emersa anche una preoccupazione circa un'eccessiva presenza del Ministero dell'economia in questa vicenda. Abbiamo detto che vogliamo abbandonare il modello dello «Stato-bancomat»; tuttavia, mentre consideriamo positiva l'istituzione del Ministero della salute, che sicuramente rappresenta un passo in avanti in termini di attenzione rispetto a questo tema, la forte presenza del ruolo del Ministero dell'economia nella stessa legge istitutiva del Ministero della salute può in qualche modo far apparire come prevalente il momento economico rispetto al momento della tutela del diritto alla salute.

Perciò consideriamo importante che il rapporto tra Stato e regioni funzioni e che le regioni abbiano un ruolo di compensazione rispetto alla naturale funzione del Ministero dell'economia, ossia cercare - scusate il gioco di parole - di fare economia. Non sempre questo si realizza, quindi il compito di mediazione spetta certamente, da una parte, al Ministero della salute e, in concreto, alle regioni che, se hanno un forte potere contrattuale, pur nella ristrettezza di risorse finanziarie nazionali, possono correggere qualche stortura. Altrimenti, infatti, si applicherebbero meccanismi automatici di tagli,

che non sempre corrispondono al diritto alla salute.

Inoltre, è emersa in Commissione una questione, che dovremo affrontare in maniera organica, che si riferisce ai criteri di rilevazione, azienda per azienda, dei dati di bilancio. Troppo spesso i dati, dai quali poi si evince la condizione finanziaria delle singole regioni, appaiono incerti e oscillanti, e troppe volte vengono successivamente corretti dalla stessa fonte da cui provengono. Per questo abbiamo rivolto una sollecitazione al Viceministro Fazio affinché si sviluppino meccanismi di rilevazione omogenea che consentano di evitare che il quadro di bilancio rimanga incerto. Abbiamo alcuni casi eclatanti - non voglio citarli, perché sono noti - di regioni che hanno prima denunciato una condizione di bilancio e dopo qualche giorno o settimana l'hanno radicalmente corretta (interessa poco se in meglio o in peggio, poiché comunque è un segnale di incertezza nella rilevazione dei dati).

ENRICO ROSSI, *Coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana*. La spesa relativa alla sanità è enorme, come è ben noto, e le aziende sanitarie dovrebbero avere bilanci economici (per questo si chiamano «aziende»). Per fare bilanci economici bisogna adottare i criteri per la relativa elaborazione e occorrerebbe che tutto il Paese adottasse gli stessi criteri. È un compito da discutere e concertare tra le regioni e il Ministero dell'economia. Mi sembra, invece, che anche da questo punto di vista siano abbastanza illusori i tempi concessi dal Ministero dell'economia affinché le regioni possano organizzarsi, soprattutto quelle con maggiori difficoltà, per avere bilanci economici corretti, trasparenti, attendibili e quindi certificati.

Vivo in una regione che ha impiegato cinque anni per avere la certificazione dei bilanci. Una società esterna ha lavorato in ogni azienda per un paio di anni, prima per fare la certificazione patrimoniale e poi per svolgere un lavoro soprattutto di formazione, di *training*, per arrivare al controllo dei bilanci. È stato un grande risultato perché, una volta raggiunto il controllo vero dei bilanci e una volta costruita, dentro un'azienda, una cultura del controllo dei bilanci, diventa più facile, anche nei momenti difficili, «stringere sulla borsa», saper governare il sistema. Tuttavia, a mio avviso, non è un processo che si possa realizzare con un evento. Avevamo letto, nella prima proposta di patto per la salute, che entro dicembre tutte le regioni avrebbero dovuto adottare i principi contabili e certificare i bilanci. Ma è necessario un lavoro comune, che parta anche dal livello centrale, con competenze forti. Credo che, anziché ricorrere a tante consulenze, dobbiamo valorizzare le competenze, che sono valide, all'interno della pubblica amministrazione (nello Stato, ma anche delle regioni). A mio avviso, prevedendo un percorso più esteso nel tempo, potremo su questo realizzare un'operazione davvero importante. Attenzione, però, perché il bilancio economico all'inizio può presentare anche maggiori costi, in quanto prevede l'accantonamento per l'ammortamento degli interessi dei mutui. Ad esempio, nella mia regione accantoniamo 60-70 milioni di euro di interessi: qualche anno di più, qualche anno di meno, qualche anno si fa l'ammortamento. Sarebbe interessante che, allo scopo di incentivare le regioni all'introduzione del bilancio economico, lo Stato si dichiarasse disponibile, almeno in una prima fase, ad accompagnare questo passaggio e a garantirlo attraverso un intervento straordinario, che potrebbe essere anche un intervento di capitale.

Occorre prevedere l'obbligo di presentare i bilanci entro il 31 dicembre, altrimenti bisognerebbe intervenire pesantemente. I bilanci devono essere attendibili. È un lavoro di mesi, che va svolto con gli operatori.

Il monitoraggio va fatto, a scadenza trimestrale, azienda per azienda. Credo che sia importante la figura dei revisori dei conti, i quali dovrebbero esercitare in modo ragionevole e corretto la loro funzione.

È evidente che tutto questo avviene, complessivamente, nelle regioni in cui esiste un controllo di bilancio; dove il controllo non c'è, bisogna avviarlo, ma non ci si illuda di poterlo fare in un anno, perché si ricadrebbe nuovamente nell'illusione economicistica alla quale accennavo. Un sistema

sanitario funziona se riesce a mettere in campo tutti i meccanismi di qualità e di riorganizzazione che rammentavo, che non sono facili e richiedono tempo e impegno politico.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. La ringrazio, assessore, per la sua chiara esposizione. Mi convinco sempre di più che, a fronte di una situazione economica non certo rosea, ciò che lei ha messo sotto accusa - secondo la mia interpretazione - in fondo è la capacità amministrativa di coloro che gestiscono a livello regionale il problema salute.

Sono pugliese e spero una situazione che lei ha definito non drammatica come quella di altre regioni, ma che io ritengo, invece, estremamente precaria. Proprio per la mancanza di quella chiarezza che lei auspicava nelle questioni di bilancio, c'è un «buco» enorme relativamente al debito nei confronti delle società che producono infrastrutture tecnologiche.

Come lei ha ben detto, la rivisitazione della rete ospedaliera non può non essere tenuta in seria considerazione, intendendola non - come erroneamente fu definita anni addietro, in campagna elettorale - come un diritto negato alla salute, ma come una necessità irrinunciabile, che dovrebbe veder coinvolte responsabilmente tutte le forze politiche.

Farò un esempio concreto. Nella mia piccola provincia, nata da poco, Barletta-Andria-Trani, con una popolazione di circa 400 mila abitanti, ci sono già quattro punti nascita. Ebbene, è stato espletato un concorso ed è stato attribuito il ruolo di responsabile di struttura complessa di ostetricia a Trani, ma il reparto ancora non esiste, perché, nell'ottica di rivisitazione della rete ospedaliera, fu messo da parte. Per una forza politica, rivisitare la questione della sanità in termini di riconversione o addirittura di chiusura degli ospedali, significa toccare interessi estranei all'utente e al paziente specialmente al sud, dove, come è stato affermato anche in altre audizioni, la sanità rappresenta anche un mezzo per dare risposte alla vecchia piaga della disoccupazione. Infatti se in un punto nascita vengono effettuate 200-250 nascite all'anno, si tratta di una tragedia annunciata. Lei non ha esitato a dichiarare che nella sua regione «virtuosa», la Toscana, sono stati chiusi vari presidi ospedalieri. Condivido le sue considerazioni rispetto all'istituzione di servizi di eccellenza nell'interesse del paziente, valorizzando il territorio, onde poter sottrarre patologie attualmente curate al livello periferico. Ma per le regioni in cui non si dà dimostrazione seria di voler prendere in considerazione queste linee guida, non possiamo lamentarci, signor presidente, se anche il Ministero dell'Economia, che non dovrebbe condizionare le scelte di politica sanitaria, «mette un piede» in questi argomenti. O viene dimostrata una reale volontà di cambiamento e di potenziamento dei servizi, che non devono necessariamente rappresentare un fardello negativo per l'economia, oppure, se ciò non viene attuato, non si può più cercare di sopperire con un velo paterno o con uno Stato considerato, come è stato detto, come un bancomat cui poter attingere in caso di necessità. In alcune zone si continua a ragionare esclusivamente nell'ottica dell'interesse della propria parte politica, volendo accontentare quell'elettorato che assicura una persistenza nel ruolo di gestore; ma vi sono anche coloro che senza timore e in maniera impopolare hanno assunto responsabilità in questo senso.

Lei ha parlato anche della cultura del bilancio, di una rivisitazione dei posti letto. Mi auguro che questi punti diventino irrinunciabili e vengano imposti a coloro che sono deputati alla gestione della sanità regionale, qualora non siano da essi scelti secondo scienza e coscienza.

Confido fortemente in un federalismo, che, responsabilizzando coloro che gestiscono il problema della sanità, che abbraccia una parte enorme dei bilanci regionali, e ponendoli di fronte alla necessità di motivare le proprie scelte, li induca ad avere realmente a cuore gli interessi della sanità delle comunità che governano.

LUCIO BARANI. Desidero anch'io ringraziare l'assessore Rossi, che abbiamo atteso, ma ne è valsa la pena, perché nella sua relazione ha fatto chiarezza. Il presidente ha tentato di bloccarlo sull'istituzione del Ministero della salute, ma l'assessore condivide il nostro pensiero, perché ha parlato del patto per la salute con il Presidente Prodi, il Ministro Padoa Schioppa, il Ministro Turco e poi di quello con il Ministro Tremonti e con il Governo Berlusconi. Anche se le percentuali sono

diverse, ha voluto comunque sottolineare il controllo ferreo (uso le sue stesse parole) del Ministero dell'economia e delle finanze inteso in senso positivo e non negativo, come anche l'esigenza di un monitoraggio del Ministero. Sul piano teorico condividiamo quel che lei ha detto. Come si potrebbe non condividere l'idea di un minore numero di consulenze e di un monitoraggio trimestrale da parte dei revisori dei conti? I dirigenti, i funzionari e i contabili delle aziende sanitarie locali, essendo in parte stati assunti per raccomandazione, non sempre hanno efficienza, efficacia e capacità, perciò si corre il rischio che i bilanci saltino.

Sono convinto che, se lei avesse ascoltato l'audizione del presidente Loiero in questa Commissione, si sarebbe impressionato. Il presidente della regione Calabria ha illustrato una serie di dati sul *deficit* che lo hanno portato a indicare una cifra di 2 miliardi e 200 milioni, mentre qualche settimana prima il Viceministro Fazio aveva detto che si trattava di qualche centinaio di milioni. Siamo convinti che con il prossimo presidente della regione Calabria forse il debito sarà di 6 o 7 miliardi, in quanto quelle regioni non hanno mai fatto un solo accantonamento e non sanno nemmeno che cosa significhi, non essendo certamente regioni «virtuose».

Il presidente Orlando ha voluto evidenziare il problema maggiore: ogni regione ha una sua contabilità e a livello centrale nessuno ci capisce nulla. Forse sarebbe invece opportuno che parlassero lo stesso linguaggio, in modo che - agendo il Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze - si riesca ad avere uno Stato in grado di individuare i problemi.

Temiamo che ai 106 miliardi di euro (il 7 per cento del PIL che è previsto nella legge finanziaria licenziata dal Senato e ora in esame alla Camera) sia necessario aggiungere le somme che riguardano regioni con *deficit* incredibili. Si parla addirittura di 30-40 miliardi di euro, complessivamente. Solamente la Calabria ha 2 miliardi di debito, che sappiamo essere molto sottostimati; se aggiungiamo la Campania, la Sicilia, la Puglia, l'Abruzzo, il Molise, il Lazio, la Liguria (il Piemonte forse è rientrato), la situazione è veramente drammatica.

La ringrazio della sua ineccepibile relazione. Anche l'assessore sa che nella sua regione c'è qualche piccolo ospedale nel quale nascono 100-120 bambini l'anno. Sicuramente li chiuderà; non ha una densità di ospedali come la Puglia perché è riuscito con forza e con intelligenza a razionalizzarli. Credo che i risultati si siano visti, poiché quella delle regioni «virtuose» è una discreta sanità, anche se ovviamente nessuno è perfetto e l'assessore ha tenuto a sottolineare come, a parte la teoria che condividiamo, scendendo nella pratica s'incontrino numerose difficoltà, che ogni collega, per la propria regione, conosce bene.

Siamo soddisfatti di questa relazione, perché abbiamo ascoltato un coordinatore degli assessori regionali che conosce il problema e non si è comportato «alla Loiero» (la cui audizione a mio avviso è stata drammatica). Ci auguriamo che abbia capito anche dove il sistema «faccia acqua», che si possa creare una sinergia fra tutte le regioni, che lo Stato riesca a controllarle sul disavanzo e che quindi questa Commissione possa conoscere i bilanci veri e non quelli fasulli, nei quali i debiti sono nascosti come polvere sotto il tappeto.

DORIS LO MORO. Anch'io sono grata all'assessore Rossi per la sua presenza. Sono più che soddisfatta di quanto ci ha riferito; la sua competenza per me non è una novità, poiché da lui ho imparato molte delle poche cose ho appreso sulla sanità e ricordo che è anche molto generoso nel tavolo nazionale e molto disponibile nei confronti dei colleghi.

Vorrei approfondire alcuni punti per offrirli alla discussione. Sono convinta che la verifica dello stato di salute di una regione non si possa fare soltanto sul piano economico. Agli argomenti proposti dall'assessore Rossi aggiungo quindi una considerazione, giacché nelle regioni cosiddette deboli un punto sicuramente carente riguarda la prevenzione e la riabilitazione.

In quest'ultimo mese, mi è capitato di incontrare tre persone, due in Calabria e una a Roma (però curata in Calabria), che in seguito alla campagna di *screening* - che abbiamo attivato nella nostra regione soltanto negli anni scorsi, quando ero assessore alla sanità, mentre in altre regioni d'Italia esiste da anni - hanno saputo di avere una patologia tumorale e hanno subito tempestivi interventi.

Uno di questi tre calabresi, che è editore di un giornale, ha scritto una lettera aperta pubblicata su *Il Domani*, giornale calabrese, in cui ringrazia e dice che, se si fa prevenzione, anche in Calabria ci può essere buona sanità.

Oggi non intendo parlare della Calabria; alla fine della seduta formalizzerò una richiesta di altro genere, riguardo alla Calabria. Vorrei però sapere come sia possibile misurare la sanità anche in termini economici nelle regioni in cui manca la prevenzione, la mortalità è maggiore o, ancora peggio, in assenza di riabilitazione, magari in seguito a interventi difficili, si resta invalidi o si vive una vita stentata. Dobbiamo desiderare che nelle regioni della nostra Italia ci siano pari opportunità per tutti, aspetto difficile da misurare sul piano economico.

L'assessore Rossi sottolineava giustamente l'esigenza non soltanto del controllo economico, ma anche dell'organizzazione e del controllo del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che sono essenziali. Tale controllo non può essere svolto dal Ministero dell'economia e delle finanze. Un altro argomento introdotto dall'assessore Rossi riguarda i revisori, che nelle nostre aziende non sono esclusivamente di nomina regionale, ma anche di nomina ministeriale. I conti «ballerini», tuttavia, spesso riguardano bilanci certificati dai revisori dei conti, quindi non si capisce con quale logica (se non per competenze dirette che qualcuno può avere) si possano mettere in discussione bilanci certificati dai revisori dei conti e magari anche avallati al «tavolo Massicci» dove c'è il controllo generale sull'economia.

Vorrei infine chiedere un approfondimento all'assessore Rossi, che ha parlato di meccanismi di commissariamento in grado di fornire supporto in una logica di solidarietà non troppo economicistica alle regioni che ne necessitano. Nella mia esperienza, quando consideravo inadeguata la burocrazia regionale, ho avuto un rapporto di scambio e di solidarietà con l'Emilia Romagna, che ha inviato in Calabria un gruppo di tecnici che vi si è trattenuto per qualche tempo. Probabilmente non è cambiato molto, perché era una solidarietà non codificata, non convenzionata, non responsabilizzata e quindi non ho il riscontro di quanto abbiamo potuto produrre. Anch'io non credo nelle consulenze, perché i consulenti poi vanno via e perché il consulente fornisce i numeri sui debiti senza avere responsabilità dirette, ma vorrei sapere se sia possibile ipotizzare tra le regioni una forma di aiuto reciproco anche a livello di burocrazia, cioè una formazione convenzionata. Ai tavoli nazionali si era parlato di gemellaggi tra regioni «virtuose» e regioni non «virtuose». Si può approfondire questo argomento?

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Presidente, l'assessore Rossi ha sinteticamente espresso un'attenta valutazione del patto per la salute, che ha fatto emergere l'importanza di una scelta maturata qualche anno fa. Alcune regioni erano in gravi difficoltà, coloro che facevano debiti erano chiamati ad aumentare la tassazione, c'era un modo irrazionale di utilizzare le risorse del sistema sanitario nazionale. Il Governo Prodi compì allora una scelta coraggiosa, di cui vediamo i primi frutti.

Lei, assessore, è stato molto prudente - comprendo il suo ruolo e la sua funzione - ma abbiamo un'esigenza, anche perché il Parlamento sta affrontando la legge finanziaria. Vorrei quindi sapere se la riduzione del fondo sanitario nazionale rispetto agli anni scorsi possa creare problemi riguardo ai piani di rientro e alla situazione complessiva. Se torniamo a un problema cronico degli anni scorsi, a una condizione di sottodimensionamento e di sfioramento della spesa, il circuito va di nuovo in *tilt*. Condivido la sua opinione sull'esigenza di evitare di utilizzare toni gridati quando si parla di rivedere la spesa della sanità e di avviare alcune riforme strutturali, specialmente dove si rilevano grandi ritardi. Ho apprezzato anche l'invito a non lasciarsi illudere dalle prime scelte effettuate. In questa sede abbiamo ascoltato assessori che hanno inneggiato al rientro, all'apprezzamento che hanno ricevuto dal Ministero dell'economia, ma lei sottolinea giustamente l'esigenza di verificarlo nel tempo, quando saranno chiamati a dare costanza alle scelte. Può essere infatti anche un atto strumentale, meramente contabile, di un anno, per poi veder riaffiorare i limiti riguardo alla spesa. Lei ha evidenziato l'esigenza di effettuare tagli strutturali, citando ad esempio la sua esperienza, che non sarà stata facile, perché quando si chiude un ospedale, anche in Toscana, si toccano nodi

scoperti e i cittadini, anche al di là dell'essere spinti dalle forze politiche di opposizione, partono per protestare perché vedono ridimensionato un elemento di sicurezza della loro vita e della loro salute. In alcuni territori forse è stato più semplice, perché c'erano anche strutture territoriali presenti, che le regioni però hanno rafforzato. In altri territori (che non cito, per non essere frainteso e non apparire come chi vuole speculare sempre sul proprio territorio e fare «bassa cucina» politica) invece mancano un'integrazione tra le risorse sociali e una politica sociosanitaria integrata. Il territorio non riceve investimenti e tutto si limita a chiudere ospedali o a riqualificarli per la lungodegenza, senza far emergere l'aspetto da lei richiamato: l'eccellenza dell'emergenza. Il cittadino non vuole avere l'ospedale sotto casa, ma essere curato e avere un ospedale sicuro, da raggiungere in tempi certi.

Apprezzo le sue considerazioni e sottolineo l'esigenza di rivedere la situazione in alcuni territori. Tutto ciò deve però vedere l'impegno istituzionale non soltanto nel chiudere strutture ormai superate, ma anche quando si affronta un'eccellenza nell'emergenza e politiche del territorio che non debbono far venir meno i livelli essenziali di assistenza.

ENRICO ROSSI, *Coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana*. Vorrei rispondere alle domande e fare anche alcune precisazioni. Nel patto c'è la logica secondo cui «chi rompe paga». Se una regione non rispetta il patto, sfonda i bilanci e accumula *deficit*, dovrà imporre tasse ai cittadini. Si rilevano differenze pesanti, giacché l'addizionale IRPEF e l'IRAP in alcune regioni sono inferiori a 20 euro, mentre in altre superano i 180.

Desidero rassicurare l'onorevole Barani, perché non ritorneremo come negli anni '80 e nei primi anni '90 a portare i conti delle regioni allo Stato. Il patto prevede che le regioni siano responsabilizzate rispetto alla spesa. Una certa vulgata dipinge male il processo avvenuto in questo periodo, perché da un lato ci sono regioni che hanno stabilmente un equilibrio di bilancio, dall'altro le regioni che invece non hanno rispettato il patto sono state costrette ad assumersi la responsabilità nei confronti dei cittadini di introdurre il *ticket*, di aumentare l'IRPEF o l'IRAP in dimensione non irrilevante, perché tra meno di 20 euro e 180 c'è una differenza che può incidere anche nell'economia.

Inoltre, il nuovo patto per la salute abbassa ulteriormente la soglia entro la quale devono scattare i provvedimenti automatici da parte del presidente. Si tratta del 5 per cento, non più del 7 per cento del *deficit* di bilancio. Il 5 per cento su un bilancio non è poi una dimensione così grande per dover assumere provvedimenti di riequilibrio e di ripiano e commissariamenti.

Mi è stato chiesto se queste risorse saranno sufficienti o creeranno problemi. La soglia è senza dubbio molto bassa, perché un sistema sanitario tende a crescere assai più dell'inflazione, poiché vi sono tecnologia e investimenti da fare. Naturalmente, se si guarda al complesso degli interventi effettuati sulla pubblica amministrazione, le regioni non cantano vittoria, ma riconoscono che c'è stata disponibilità a venire incontro alle esigenze che avevamo posto.

Siamo anche convinti che i patti debbano essere rispettati. Se dovremo garantire i livelli di assistenza rimanendo al di sotto del limite indicato, è assai probabile che una parte della spesa ricada sui cittadini o in modo diretto, perché non riusciamo a rispondere ai bisogni, o attraverso un trasferimento della responsabilità fiscale dal livello centrale a quello periferico.

Questo scenario dovrebbe essere attentamente monitorato e discusso, qualora presentasse andamenti non più rispettosi dei principi di legge e costituzionali alla base della legge n. 833 del 1978 e che ci obbligano a garantire servizi ai cittadini che ne abbiano bisogno. Questo è un punto cui accennavo evidenziando l'esigenza di monitorare la situazione. Monitorare non significa rifiutare il patto che abbiamo firmato, né contestarlo, giacché ce ne assumiamo le responsabilità, ma riconoscere la possibilità che si determinino problemi e che questi debbano essere seguiti.

Credo infine che il controllo dei conti sia necessario. Non tutte le regioni sono nella stessa situazione, stando anche ai rilevamenti contabili; le cose procedono positivamente e, se mi è permesso, vorrei difendere anche il presidente Loiero che, alla fine, ha fatto emergere tutti i conti e

così si è cominciato a fare sul serio. Guardiamo sempre la vicenda dal lato positivo, così si possono anche incentivare i comportamenti virtuosi. Nel denunciare le difficoltà, nella mio intervento vi ho invitato a considerare gli aspetti non negativi, sapendo peraltro che si tratta di un tema delicato. Credo che la questione del rientro si ponga, come ho già detto, sul controllo amministrativo e contabile, nonché sul problema della riforma dell'organizzazione dei servizi, che richiede tempo. In Toscana, ad esempio, (non posso essere io a vantarmi della riorganizzazione) è stato portato avanti un processo lungo, che ha riguardato prima le aziende sanitarie di una certa dimensione, poi la riorganizzazione della rete ospedaliera, utilizzando di tutti i fondi messi a disposizione dall'articolo 20 della legge 67 del 1988 (in una comunità dove si vanno a chiudere quattro ospedali, con i conflitti che ne derivano, l'idea che ci sono i soldi per costruirne uno nuovo dà almeno una prospettiva e un segno di speranza).

Mi permetto di dire che, forse, la sanità viene vista poco come uno strumento di investimento e di crescita del Paese e troppo spesso, invece, come sola assistenza. Abbiamo sostenuto che la partita degli investimenti, ad esempio, doveva essere aumentata, ma purtroppo non è stato fatto o, comunque, non in maniera così consistente come noi avremmo preferito. È evidente che questo frena la riforma dei servizi sanitari.

È comunque difficile intervenire, ma se ogni regione potesse approntare un piano di ammodernamento della rete prevedendo forti investimenti, che potrebbero funzionare anche da traino all'economia per l'edilizia ospedaliera, nonché per le tecnologie - altro settore importantissimo, che nel nostro Paese ha presenze significative - allora il piano di rientro non si presenterebbe solo nell'ottica dei tagli, ma anche nella prospettiva di quella tenuta economica a cui si faceva riferimento.

Non si può andare in un paese a comunicare la chiusura dell'ospedale che in molti casi, costituisce anche una fonte di occupazione. Bisogna rendere la situazione dinamica.

Se si riesce a predisporre un piano sanitario che punta alla qualità e, contemporaneamente, a sviluppare investimenti, che la sanità può implementare come un'industria della salute, diventando di fatto un volano di rilancio dell'economia, penso che ci si potrebbe presentare meglio ai cittadini e agli operatori.

Credo che il Ministero della salute e quello dell'economia e delle finanze, dovrebbero considerare più attentamente questi aspetti. Troppo spesso, invece, si guarda alla sanità solo come fonte di spesa e non anche come fonte di crescita.

Questo è un tema cruciale, ma è necessario del tempo per realizzare tutto questo. Chi sostiene che si possa procedere velocemente, a mio parere, rischia solo di bloccare il sistema e produrre conseguenze negative. La ristrutturazione della rete ospedaliera è un intervento che richiede dieci anni. Questo non significa stare fermi, ma cominciare a muoversi per fare che quanto è necessario. Le regioni devono agire congiuntamente. Ad esempio, l'approvazione dei piani di rientro in sede di Conferenza Stato-regioni vuol significare che la responsabilità non è più solo del Ministero dell'economia e delle finanze, ma è anche nostra, in quanto abbiamo il diritto-dovere di verificare se una regione ha presentato un piano realistico e se lo realizza davvero. Ci assumiamo, quindi, una responsabilità più diretta anche noi. Infatti, il limite economico a cui ho fatto riferimento consiste nel fatto che se solo un tavolo si preoccupa di monitorare la spesa, alla fine si verifica solo una «strozzatura» e non si realizzano le riforme e le modifiche sperate. Invece, spostando l'approvazione dei piani di rientro al tavolo della Conferenza Stato-regioni, si compie un'operazione che, almeno in parte, corregge questo *deficit* di intervento sulle questioni sanitarie rilevate.

Termino con una riflessione relativa ai sistemi di valutazione, tema posto dal presidente. Dobbiamo dotarci di strumenti di valutazione, non solo di carattere economico-finanziario, ma anche relativi alle *performance* sanitarie, alla loro efficacia e al raggiungimento degli obiettivi. Sul sistema di valutazione il nostro Paese rimane, a mio parere, ancora molto indietro.

Se andiamo a vedere quello che succede altrove, notiamo che i ministeri (nel nostro caso potrebbe trattarsi dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d'intesa con le regioni) hanno tutti sistemi di valutazione delle *performance*, mediante i quali individuano le pratiche

migliori e il raggiungimento o meno di determinati obiettivi. Noi siamo sempre interessati piuttosto all'*income* rispetto all'*outcome*. Siamo un Paese che discute sempre di procedure - anche le leggi che sono in discussione in Parlamento si preoccupano sempre e soltanto del controllo delle procedure - e non si preoccupa quasi mai del controllo dei risultati, che peraltro sono quelli che interessano i cittadini, sia sotto il profilo economico, sia sotto quello dell'efficacia.

Se questo era il senso del ragionamento fatto, a me pare che sia fondamentale. Il passo in avanti che noi facciamo nel nuovo patto per la salute con il Governo prevede che si verifichino i conti, ma si tenga anche in considerazione l'erogazione dei LEA, che tuttavia non può essere astratta, ma deve essere misurata attraverso parametri di efficienza riconosciuti.

Comunque, nessuno può togliere alla politica le responsabilità che ha nel «mettere le mani sulle castagne». Non ci sarà tecnica, non ci sarà deferimento di poteri a chissà quale organismo o autorità che potrà evitare che quando andiamo a Fivizzano o a Carrara (la provincia in cui risiede l'onorevole Barani) a chiudere due punti nascita i cittadini non la prendano particolarmente bene, con conseguenti problemi di governo e di gestione, anche se, magari, ci sono stati investimenti in tanti altri settori per compensare quello che si toglie, anche in termini di qualità.

PRESIDENTE. Assessore, credo di interpretare il pensiero dell'intera Commissione nell'esprimere gratitudine e apprezzamento per la sua relazione e nel pregarla di affrontare, adesso, i temi che si riferiscono in maniera più specifica alla regione Toscana.

Abbiamo effettuato una ricerca dalla quale sono emersi due casi di presunti errori sanitari, uno verificatosi ad Empoli l'11 maggio 2004, all'ospedale San Giuseppe, e un altro a Pistoia, il 18 giugno 1999. È comunque terribile, ma si tratta di due casi, mi sembra giusto e doveroso sottolinearlo.

A questo riguardo, vorrei chiedere all'assessore di farci pervenire una relazione, con riferimento ai due casi citati, in modo da prendere atto dell'adozione di provvedimenti sanzionatori o cautelari nei confronti di eventuali responsabili.

Abbiamo già seguito questo criterio, con qualche successo, in Calabria, e vogliamo farlo anche con le altre realtà: oltre a individuare il «chi» protagonista dell'errore, vorremmo anche capire quali altre misure la politica, l'amministrazione, i direttori generali possono adottare. Non riteniamo che sia nostro compito fare concorrenza alla magistratura, ma che ci sia uno spazio di nostra competenza, se non altro per evitare che si ripeta lo stesso errore nei confronti di altri cittadini.

Sono state evidenziate, con riferimento alla ASL1 di Massa, tre diverse questioni che vorrei elencare, salvo poi chiedere ai commissari se intendano intervenire per illustrarle.

La prima riguarda presunte irregolarità relative a un concorso per un posto di assistente amministrativo di categoria C bandito il 6 marzo 2008. Il concorso è stato annullato dal direttore generale della ASL, successivamente all'espletamento delle prove, in seguito all'invio, da parte di uno dei partecipanti, di una fotocopia contenente domande e risposte di una delle prove scritte. Successivamente, il TAR ha accolto un ricorso e ha reso inefficace l'annullamento disponendo la riapertura della procedura concorsuale.

Chi ha evidenziato questo caso fa presente che nella graduatoria pubblica risulterebbero nominativi di parenti di dirigenti ASL e sindacalisti. Non entriamo nel merito, perché non siamo in condizione di conoscere i nominativi, ma così ci è stato riferito.

Inoltre, sempre con riferimento alla ASL1 di Massa, la seconda questione riguarda presunte irregolarità relative a un concorso per un posto di collaboratore amministrativo professionale a tempo indeterminato. Nella graduatoria, approvata l'11 febbraio 2009, risulterebbero nominativi di parenti di persone note e importanti operanti nella sanità pubblica.

Nella ASL 1 di Massa, viene evidenziata una presunta anti-economicità nella scelta del sito dell'erigendo ospedale unico delle Apuane. In quanto si tratta di sito di interesse nazionale e area inquinata sottoposta all'autorità del Ministero dell'ambiente, vi potrebbero essere aggravii di tempi e costi connessi ad eventuali bonifiche. In relazione a questi casi, vorremmo che lei ci fornisse le informazioni che ritiene utili.

LUCIO BARANI. Signor presidente, ho preparato anche una memoria scritta per avere, ovviamente con il tempo che servirà, le risposte dell'assessore; sono convinto che anche lui dovrà fare le sue indagini.

Ricordo che il piano sanitario toscano risale circa al 2000-2001 e ricordo un'intervista dell'assessore e dell'allora Ministro Veronesi, allorchè per l'ospedale delle Apuane veniva presentato addirittura un progetto di Renzo Piano insieme agli ospedali di Lucca, Prato e Pistoia.

Nella zona apu-versiliese insistono l'ospedale della Versilia, di recentissima costruzione, con cinquecento posti letto, che mi risulta essere sottoutilizzato; gli ospedali di Massa, Carrara, Pontremoli, Fivizzano, Sarzana, il pediatrico Apuano, l'ospedale San Camillo (struttura privata convenzionata); si aggiunge, altresì, l'ospedale di distretto di Massa, che sostituisce il precedente ospedale di Massa per il quale la ASL1 ha predisposto ed appaltato l'adeguamento, l'ampliamento, la ristrutturazione e la viabilità per 35 milioni di euro. Oltre a questi otto ospedali si vuole costruire quello che citavo prima progettato dall'architetto Renzo Piano, ossia l'ospedale unico delle Apuane con una capienza di 305 posti letto.

Vi faccio notare che la popolazione di riferimento è di 250 mila abitanti.

È pensabile spendere una somma elevata - si tratta di ben 35 milioni di euro - per una struttura che la regione vuole chiudere per costruire un nuovo ospedale? Mi rendo conto che, in attesa della costruzione del nuovo presidio, il vecchio ospedale aveva necessità di interventi e di adeguamenti tecnici, ma è logico prevedere l'ampliamento di una struttura che è destinata a chiudere? Mi chiedo e vi chiedo: vista la presenza nell'area di una sovrabbondanza di strutture ospedaliere, qual è stata la filosofia politica che ha spinto la regione a prevedere nel proprio piano sanitario la costruzione di due ospedali in zone vicine? Peraltro, questo avviene in tempi in cui le difficoltà nell'affrontare le spese sanitarie suggeriscono piuttosto di accorpare e di chiudere presidi sottoutilizzati, fatto salvo naturalmente il diritto del cittadino a poter contare su nosocomi efficienti ed efficaci, facilmente raggiungibili.

L'Ospedale unico dovrebbe sorgere nel comune di Massa, a 800 metri dal litorale, in pieno centro abitato, a 300 metri dall'uscita autostradale, a pochi passi dal più grande centro commerciale della zona. Sembra che il costo dell'operazione immobiliare si aggiri intorno al mezzo miliardo di euro. Se questa previsione è veritiera, si tratta di una cifra che appare priva di ogni giustificazione, non solo per la sua entità, ma anche per il fatto che l'area prescelta per l'edificazione, oltre ad avere caratteristiche geomorfologiche scadenti, è totalmente ricompresa all'interno del SIN di Massa Carrara, quindi è una zona inquinata e sottoposta al controllo delle strutture del Ministero dell'ambiente. Il suddetto ministero ha previsto per la bonifica del SIN ulteriori e significativi oneri. È lecito, quindi, porsi la domanda: chi paga? Nell'ipotesi più benevola, si deve pensare che l'assessorato alla sanità ha contribuito a scegliere con l'ASL1 un sito non idoneo, per giunta molto costoso? Al momento, sicuramente sono state spese molte risorse per un'opera faraonica e non si riesce a capire se potrà mai essere realizzata.

Mi chiedo se l'assessore era in possesso delle necessarie informazioni, del resto agevolmente acquisibili, e chi trae giovamento da questa opera. Ho preparato, poi, una serie di domande che non leggo adesso e che consegnerò all'assessore. Basti dire che era previsto un esproprio a 1,6 euro e adesso l'UTE lo ha portato a 80-100 euro, quindi 50 volte tanto.

La seconda parte del mio intervento riguarda la mortalità neonatale. Nell'ospedale della Versilia si sono verificati, nell'ottobre 2008, tre casi di bambini morti al momento del parto. La sequenza negativa senza precedenti ha spinto ovviamente il direttore generale di quella ASL, il dottor Sassoli, d'intesa con l'assessorato alla sanità, a nominare una commissione d'indagine - anche sulla base di un'intervista rilasciata dall'assessore Rossi all'ANSA - per valutare l'operato del primario, che al momento della terza morte si trovava all'estero.

È ben noto che la mortalità perinatale non è uguale a zero, ma è del 4,42 per mille, inclusi i parti ad alto rischio. Tuttavia, il verificarsi di tre casi in diciotto giorni in un centro nascita come quello versiliese doveva considerarsi francamente eccezionale. Poiché dalle valutazioni operate dal gruppo regionale del rischio clinico sono emerse criticità, la regione Toscana ha preferito procedere alla

sospensione temporanea del primario di ostetricia e ginecologia per un mese.

La *task force* regionale ha tenuto a precisare, nel corso delle sue valutazioni, che - cito testualmente - «seppur nella specificità di ciascun evento e senza che sia stato possibile stabilire un collegamento diretto con i decessi dei neonati, sono state in generale rilevate alcune criticità organizzative, un insufficiente rispetto delle procedure *standard* e la mancata definizione e adozione formale di protocolli».

Una tale affermazione, del tutto generica e acritica, non significa che non si è in grado di trovare un capro espiatorio e tutto si risolve nell'identificare diffuse responsabilità nelle criticità organizzative. È questa la risposta che può soddisfare la domanda di certezze del magistrato in generale e della collettività?

Esistono indicazioni regionali su come svolgere le analisi degli eventi avversi nei reparti di ostetricia e ginecologia? Sono diffuse le pratiche dell'*audit* clinico sugli eventi significativi sulla mortalità neonatale? Vorremmo conoscere meglio il modo di operare del *risk management* nella regione Toscana e come sono gestiti i rischi legati alla «*malpractice*».

Vorremmo anche conoscere in che modo vengono gestiti i dati e le relative valutazioni. Peraltro, è emerso che quell'ospedale era di eccellenza e la statistica dice che è uno dei migliori centri nascita della regione. Eppure un suo primario è stato sospeso per un mese e si è registrato un crollo delle nascite dovuto all'intervento della regione e del comitato di esperti messo in campo dall'assessorato. Per quanto riguarda il problema dei concorsi, presidente Orlando, una verifica è necessaria in tutte le altre AASSLL della Toscana per stabilire se le lapolissiane illegalità e irregolarità verificatesi nei concorsi menzionato siano un sistema anche in altre AASSLL.

Si portano all'attenzione della Commissione fatti che misuratamente considerati non sempre sono sintomatici di operazioni illegittime, ma se visti nell'insieme dei concorsi tenuti dalla ASL1 negli ultimi anni sono rappresentativi di una rete di affari e di nepotismo che non ha eguali. Sul punto mi limito, in questa sede, a riportare quanto è di dominio pubblico, come è dimostrato dalla documentazione in mio possesso che consegno al presidente.

Il direttore generale della ASL1, dottor Delvino, che ha ovviamente tutto il mio sostegno, bandisce un concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di un posto di assistente amministrativo di categoria C. Al concorso vengono presentate 700 domande. Il concorso, secondo le leggi regionali n. 40 del 2004, n. 40 del 2007 e n. 60 del 2008, non doveva essere svolto dalla ASL 1, poiché c'era già una graduatoria aperta a Pisa nell'area vasta in cui l'ASL 1 di Massa ricade e perché la legge regionale demandava all'ESTAV l'onere del concorso.

Come può, quindi, il direttore generale aver avuto la possibilità di bandire un concorso, quando c'era già una graduatoria con degli idonei che potevano avere titolo ad essere assunti?

La prova scritta si è svolta, come da prassi non commendevole, fra Natale e Capodanno del 2008, mentre la prova orale si è svolta a febbraio. All'assessorato alla sanità sono giunte, il 25 febbraio, sei fotocopie di compiti. La lettera asserisce che le fotocopie allegate alle domande sono state inviate dall'assessorato alla sanità al direttore generale, quindi sono arrivate all'assessorato alla sanità (c'è scritto nella sentenza del TAR e nella delibera del direttore generale). Questo significa che qualcuno aveva in mano le fotocopie delle domande del concorso.

Il direttore generale, da galantuomo, ha ovviamente annullato il concorso per lapolissiana irregolarità e ha fatto benissimo. Il concorso è stato bandito nuovamente secondo le nuove norme, da fare nell'area vasta.

È accaduto che i 37 concorrenti risultati idonei si sono rivolti a un unico avvocato, hanno fatto ricorso e il TAR ha dato loro ragione. Ovviamente la graduatoria è stata ristabilita. Ebbene, chi sono i vincitori di questo concorso? La figlia del direttore sanitario, il figlio della convivente del direttore amministrativo, il figlio della convivente del direttore generale, il nipote del direttore tecnico della Società della Salute, il figlio del sindaco di Massa, il figlio del sindaco di Fivizzano, il figlio del sindaco di Carrara e il figlio del responsabile dell'Unità operativa di medicina legale. Sono tutti «figli di». Ho fatto un'indagine in tutti i comuni: nessuno è un «cittadino libero», sono tutti figli di dirigenti della ASL o del PD della provincia di Massa Carrara.

È possibile che in un concorso avvenga questo? Lei ha detto - riporto le sue testuali parole - che «i bilanci devono essere corretti, trasparenti, certificati, attendibili. I revisori dei conti devono essere capaci, altrimenti il sistema non funziona». Io condivido le sue parole, ma questo si deve applicare anche ai concorsi. Nelle situazioni che ho riportato non riteniamo che lei abbia responsabilità, ma certamente lei deve verificare se è vero quello che è scritto in questa relazione. Se fosse vero, deve dirci quali provvedimenti ha intenzione di assumere, a prescindere da qualsiasi tipo di battuta. In effetti, noi abbiamo già chiesto - e siamo in attesa di risposta - di svolgere un'audizione in provincia. Se, tuttavia, le sue risposte e i suoi provvedimenti sono chiari, accetteremo il suo punto di vista che, come le ho detto, abbiamo condiviso finora. Lei forse non è a conoscenza di alcuni episodi, per questo le ho preparato una memoria scritta, così che lei abbia la possibilità di verificare se quello che viene riportato risponde a verità.

Se non è vero, ci risponderà che non lo è; ma se fosse vero quanto è scritto l'assessore indicherà quali provvedimenti dovrà assumere. Noi non vogliamo venire in Toscana se lei ci garantisce che tutto è stato regolare. Non si può, però, non considerare che il direttore generale stesso ha annullato il concorso per lapalissiana irregolarità e che 37 concorrenti hanno fatto ricorso al TAR. Ebbene, come facevano queste persone a sapere che avevano vinto il concorso, se la graduatoria non era stata stilata? Evidentemente qualcuno gliel'ha detto. Come mai si sono rivolti a un unico avvocato? Peraltro, il primo firmatario del ricorso è anche il vincitore del concorso.

Noi riteniamo che i nostri ragazzi abbiano il diritto della meritocrazia, di impegnarsi e studiare sapendo che possono avere un futuro. Non possiamo acquistare loro una tessera del PD e dire di non studiare perché a diciotto anni saranno sistemati.

PRESIDENTE. Onorevole Barani, cogliendo il senso della sua posizione, credo sia opportuno che la nota da lei predisposta sia trasmessa all'assessore perché possa fornire tutti i chiarimenti che riterrà necessari, compresi quelli riferiti ad alcune interpretazioni che sono assolutamente soggettive e che non sappiamo se corrispondano o meno alla realtà degli atti che l'assessore avrà cura di accertare e di farci conoscere.

L'assessore è pregato di fornire, adesso o con relazione apposita, una risposta relativa sia ai due casi di presunti errori sanitari che ho evidenziato, sia alla mortalità neonatale nell'ospedale della Versilia che è stata evidenziata dall'onorevole Barani.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Prima di ascoltare l'assessore, che entrerà nel merito, stigmatizzo l'intervento del collega Barani. Fermo restando che, nel merito, egli può legittimamente porre in evidenza alcuni problemi, devo però dire che alcuni passaggi mi sono sembrati veramente fantasiosi e abbastanza discutibili. Lo stesso vale per la sua considerazione finale, laddove è arrivato a indicare un partito.

Ci troviamo in una Commissione parlamentare che ha il compito di accertare sia le questioni relative agli errori sanitari e ai temi inerenti al bilancio, sia quelle di merito sull'importanza che nella sanità ci sia un percorso moralmente non discutibile, ma arrivare alle conclusioni dell'onorevole Barani, francamente, mi è sembrato arbitrario e assolutamente inaccettabile.

PRESIDENTE. Ho espresso la mia posizione. Quanto alle valutazioni personali, che ovviamente l'onorevole Barani ha ritenuto di fare, considero difficile impedirle. Quel che conta è la risposta che avremo, in quanto siamo convinti che questa Commissione abbia il compito di aiutare le regioni a fare meglio la propria parte. Ritengo che, al netto delle valutazioni soggettive, e come tali parzialmente condivisibili, l'obiettivo sia avere un chiarimento sui casi esposti.

CARLA CASTELLANI. Intervengo brevemente, perché mi interessa ascoltare l'assessore che ringrazio per la relazione che ha svolto come coordinatore degli assessori del nostro Paese. Desidero dire al collega Burtone che non si possono usare due pesi e due misure. Ricordo che anche durante l'audizione dell'assessore della Regione Siciliana sono state fatte determinate domande.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Se la poni in questi termini, rivediamo le audizioni della Regione Siciliana. Io non credo di aver fatto alcuna considerazione di questo tipo.

CARLA CASTELLANI. Credo che sindacare l'intervento di un collega sia compito più del presidente della Commissione che nostro. Noi possiamo esprimere abbastanza liberamente i nostri giudizi.

PRESIDENTE. Come presidente della Commissione, ho evidenziato che c'è una parte di merito sulla quale si attende una risposta, e un'altra relativa a valutazioni soggettive che rientra nel pieno diritto di ogni commissario poter esprimere. Comunque, è nel pieno diritto di ogni altro commissario dissentire rispetto alle posizioni assunte.

ENRICO ROSSI, *Coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana*. Sono assolutamente d'accordo e daremo risposta puntuale alle domande rivoltemi dall'onorevole Barani, che d'altra parte ha già fatto più di una conferenza stampa nella sua provincia sollevando dubbi e anche questioni molto serie, che avrebbero potuto provocare anche forti reazioni, se l'immunità parlamentare non avesse coperto alcune affermazioni lesive anche della dignità delle persone.

Noi però siamo una finestra aperta, una porta aperta, un palazzo di vetro. Venite nelle nostre zone e vi mostreremo che cosa è successo anche nel concorso a cui ha partecipato l'onorevole, perché anche di quello è opportuno effettuare una verifica approfondita, per vederne gli esiti e le ragioni per cui l'onorevole non lo ha vinto. Ugualmente è giusto effettuare una verifica sugli altri concorsi che prima l'onorevole ha richiamato.

Siamo a vostra disposizione. Sarà una verifica interessante e ci saranno momenti che vi faranno capire come la Toscana da questo punto di vista non abbia nulla da temere.

Abbiamo ricevuto una lettera e automaticamente l'abbiamo trasmessa al direttore generale, che ha sporto denuncia alla Procura della Repubblica. Su quel concorso, che adesso è oggetto di tante polemiche, si stanno quindi svolgendo indagini da parte della Procura della Repubblica, e giustamente si è ritenuto opportuno sospenderlo, per questo rischio di non correttezza. Vi aspetto, presidente. L'onorevole Barani si trova in quelle zone, ma, se avessi saputo che questo era il tema, il direttore generale Delvino, a cui va la mia totale fiducia, avrebbe potuto rispondere meglio.

Sulle questioni di carattere più generale e di politica sanitaria mi permetto fin da ora di dare una risposta. Noi stiamo facendo quattro ospedali nella regione Toscana in una volta. I 500 milioni a cui si riferisce l'onorevole Barani servono a costruire non uno, ma quattro ospedali: Prato, Pistoia, Lucca e Massa e Carrara, il quale va a sostituirci due. Chiudiamo quindi due ospedali e ne facciamo uno nuovo secondo i parametri di 3,5 posti letto per mille abitanti che abbiamo usato anche per valutare la necessità degli interventi.

In quella zona insiste l'Ospedale Pediatrico Apuano (OPA), che fu assegnato all'istituto di fisiologia clinica ed è un centro di assoluta eccellenza nel Paese per quanto riguarda la cardiochirurgia, in particolare quella pediatrica. Tra l'altro, è stato oggetto anche di molte indagini e iniziative di conoscenza e approfondimento e costituisce un punto di assoluta eccellenza che si trova dentro la rete ospedaliera, ma svolge un'attività per tutta la Toscana. Affermando che c'è un altro ospedale nell'OPA, l'onorevole Barani dice una cosa che in parte è vera, ma deve essere inquadrata correttamente.

Ieri, un bambino di Poggibonsi dal Meyer è stato portato all'OPA di Massa e poi al Meyer. All'OPA di Massa è stato curato con un intervento a cuore aperto, trasportato con un elicottero che ha consentito di utilizzare questa importante struttura. Si può stare assolutamente tranquilli sui tempi, sul calcolo che abbiamo fatto e sull'intenzione di realizzare i quattro ospedali.

Vi invito comunque a venire in Toscana, affinché tutti i componenti della Commissione possano rendersi conto di uno dei più grandi progetti di costruzione di ospedali e di come costruire ospedali insieme consenta economie di scala e risparmi importanti. Con un'esborso di modesta entità (meno

di 500 milioni per quattro ospedali), con un *project financing*, con la vendita degli immobili vecchi e l'impiego di risorse nuove stanziata dalla legge finanziaria quando era Ministro il professor Veronesi, con un impegno intelligente per costruire un blocco di finanziamenti, siamo riusciti a compiere un'opera decisiva in un capolavoro, che ritengo anche il senatore Barani debba riconoscere, che è la riorganizzazione della rete ospedaliera toscana e la costruzione dei nuovi ospedali.

Entro il 2013, in Toscana ogni ospedale vecchio sarà stato ristrutturato o chiuso per costruirne uno nuovo. Questo riguarda i grandi centri come Careggi, che vi invito a visitare, e l'ospedale Cisanello di Pisa, che stiamo rifacendo con investimenti straordinari. Vi prego di venire per verificare il livello di intervento che stiamo mettendo in campo.

Ci sono stati tempi più lunghi, perché un contenzioso ha visto contrapporsi due offerte, una proveniente da una cordata di imprese toscane e l'altra no. La Commissione dei direttori generali e sanitari ha preferito il progetto delle imprese non toscane e questo ha scatenato un contenzioso amministrativo. Le indagini si sono risolte con il proscioglimento completo dei nostri dirigenti indagati, perché il fatto non sussiste. I lavori stanno partendo adesso e mi sembra un risultato davvero importante, che consentirà di chiudere due vecchie strutture. La struttura di Massa almeno in parte sarà venduta e a Carrara, al posto del vecchio ospedale, ci sarà un distretto, un centro diagnostico importante per l'intera zona. La stessa cosa si verificherà a Prato, Pistoia, Lucca e in tutta la sanità toscana. Manderò senz'altro una risposta puntuale per ognuna delle domande poste per quanto riguarda gli eventi avversi e i presunti errori sanitari, ma vorrei cogliere l'occasione per inviarvi tutta la nostra elaborazione riguardante il problema del *risk management* nella sanità. Riteniamo di essere una regione assolutamente all'avanguardia, che per prima ha costruito un sistema di rilevamento e di analisi degli errori e di rimedi. Non esiste un sistema altrettanto strutturato e complesso come quello che abbiamo messo in piedi dal 2004. Ogni azienda ha un responsabile del rischio, che deve promuovere gli *audit* clinici. Inoltre, abbiamo e monitoriamo tutti i dati relativi alla mortalità.

Personalmente, ad Harvard sono rimasto colpito dal fatto che i medici ogni sabato facciano la verifica degli errori clinici. Da noi c'è una cultura diversa, che dobbiamo cambiare. L'errore appartiene purtroppo anche alla pratica medica. Le istituzioni serie lo rilevano e imparano da questo. Non c'è nessun altro atteggiamento possibile.

La mortalità neonatale in Toscana come in Friuli è la più bassa in Italia e anche all'ospedale della Versilia si colloca in una fascia bassa. Ci sono stati tre episodi, su cui siamo intervenuti. Può darsi che si tratti di una casualità legata ai tempi, di un allentamento legato a un passaggio di consegne tra il vecchio e il nuovo primario, ma non abbiamo sottovalutato questo episodio, perché ciò che viene rilevato negativamente dall'onorevole Barani, nella logica per cui bisogna imparare dagli errori, per noi è stato positivo, perché abbiamo inviato esperti all'ospedale di Viareggio, che hanno fatto una verifica dei protocolli clinici e della loro esistenza. È stato inoltre realizzato un processo di formazione e di *training* e sono state apportate alcune modifiche di carattere organizzativo e strutturale. Ci siamo comportati come ci si deve comportare nei posti civili.

Il fatto che un servizio sanitario sia in grado di rilevare gli errori e di farne oggetto di indagine immediata e di valutazione da parte di una Commissione centrale, di stabilire elementi di carattere organizzativo, significa che si colloca a un buon livello. Quando ci si accorge degli errori e si valutano si è già fatto un passo avanti. Una cosa è l'errore clamoroso, che magari emerge improvvisamente, un'altra è riuscire a tenere costantemente aggiornato l'elenco dei nostri errori. A tal proposito, abbiamo una struttura centrale che ci permette di effettuare le verifiche necessarie. Vi invierò la documentazione relativa, perché la considero importante e utile per approfondire quali iniziative sia opportuno promuovere, anche a livello nazionale, su aspetti di questo genere.

PRESIDENTE. Assessore, credo di dover esprimere ancora una volta l'apprezzamento per la sua disponibilità e per aver fornito un quadro così chiaro della materia oggetto dell'indagine della nostra Commissione. Incontrarla è stata per noi occasione per approfondire le nostre conoscenze rispetto al

quadro nazionale e per apprezzare il sistema sanitario toscano.

Tuttavia, l'apprezzamento non impedisce, ma impone una valutazione severa e, laddove ci fossero casi che non sono in sintonia con il sistema complessivo, è interesse, più della regione che nostro, evitare che gli errori si ripetano.

Attendiamo la risposta alle nostre note e a quello che le faremo pervenire. Così come ho detto all'onorevole Barani che le valutazioni personali e soggettive attengono alla sua libertà e responsabilità, ho il dovere di dire anche all'assessore che alcune valutazioni riferite a episodi personali, vorrei che rimanessero fuori dal merito di questa vicenda. Infatti, come abbiamo ribadito anche in altre occasioni, abbiamo interesse a tenere la nostra attività fuori da posizioni che, seppur comprensibili e assolutamente legittime, sono comunque singole, personali e soggettive e non possono coinvolgere la Commissione nel suo complesso.

LUCIO BARANI. Intervengo per fatto personale. Personalmente, non mi aspettavo che il presidente scendesse così in basso.

Ho avuto un messaggio di stampo mafioso e i colleghi lo hanno ascoltato tutti.

PRESIDENTE. Onorevole Barani, la prego. Mi sono permesso di esprimere una valutazione e vorrei che lei facesse propria la mia posizione. Le sarei molto grato.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Più che all'assessore che ancora ringrazio, mi rivolgo a lei, presidente. Se partiamo dal presupposto che siamo qui per difendere il difendibile e l'indifendibile che risponda a esigenze di parte, non andremo da nessuna parte.

Il problema, caro presidente, è che dobbiamo sentirci liberi non solo di plaudire all'assessore a livello di linee generali - e accetteremo con estremo entusiasmo l'invito di venire nella sua splendida Toscana - ma anche di scendere in argomenti particolari senza essere tacciati di un gioco di parte. Altrimenti, mi si spieghi a cosa miri la valenza di questa Commissione.

Con estrema simpatia, amicizia e affetto, onorevole Burtone, non credo che si volesse criminalizzare un partito, e siamo anche così onesti intellettualmente da riconoscere come questo nepotismo, che speriamo venga debellato quanto prima, appartenga sia alla sinistra che alla destra. Non esiste da parte nostra nessuna difficoltà. L'attribuzione fatta anche nei confronti del PD, che in fondo ha la gestione anche in Toscana, non voleva assumere una connotazione generale. Le ribadisco tuttavia, presidente, l'invito a salvaguardare il nostro diritto-dovere di entrare anche nello specifico, perché parlare della coincidenza di tre neonati non significa muovere un'accusa al sistema sanitario, ma semplicemente proporre di approfondire e chiarire (credo fosse questo l'intento dell'onorevole Barani). Infatti, come da lei giustamente sottolineato, dall'errore deve nascere non l'unica volontà di perseguire il responsabile, ma anche la modalità per migliorare un servizio che, quantunque eccellente, credo non rappresenti la perfezione.

PRESIDENTE. Se lei mi consente, non mi permetto di dire che lei ha migliorato la posizione che avevo espresso, ma mi permetto di aderire totalmente al suo intervento, perché abbiamo interesse a preservare questa funzione. Abbiamo interesse, volontà e dovere di fare accertamenti, perché faremmo un grandissimo servizio al Governo, alla regione Lazio, Lombardia, Toscana o Puglia, che credo abbiano interesse a non sbagliare o a sbagliare il meno possibile.

ENRICO ROSSI, *Coordinatore degli assessori regionali alla sanità e assessore al diritto alla salute della regione Toscana*. Grazie. Sono perfettamente in sintonia con l'intervento dell'onorevole. Noi vogliamo essere una casa trasparente, in cui potete venire, effettuare verifiche e rendervi conto personalmente del livello della sanità Toscana, delle sue eccellenze e dei suoi problemi. Dico sempre che non siamo perfetti, perché la sanità, che è un sistema complicato, eroga molte prestazioni, per cui i punti critici devono essere visti. Poiché è stato utilizzato il termine «nepotismo», mi permetto di riferire a questa Commissione che noi abbiamo approvato una legge

regionale, che mi permetterà di inviarvi perché facciate le valutazioni che riterrete più opportune, per dare attuazione al principio costituzionale relativo al comportamento imparziale della pubblica amministrazione. Poiché tutti i giorni sulla stampa si parla di nepotismo, abbiamo approvato una legge nella quale non si impedisce al figlio del professore, al marito o alla moglie del dirigente, di partecipare a un concorso, ma al momento dell'assunzione, nell'ipotesi di parentela fino al terzo grado, s'impedisce un eventuale conflitto di interessi, che si verrebbe a determinare con un rapporto di subordinazione tra parenti.

Poiché la Costituzione rivendica una conduzione imparziale degli uffici pubblici, e un ufficio pubblico non è una bottega artigiana che ci auguriamo possa trasmettersi di padre in figlio, quella legge farà chiarezza nel servizio sanitario della Toscana.

Siamo stati gli unici a farla a livello nazionale e abbiamo avuto anche dei contrasti interni, perché ci sono mille ragioni e situazioni che abbiamo messo in crisi, talvolta persino dolorosamente. Sarebbe importante, però, che chi per primo si assume la responsabilità politica di produrre una riforma non venisse messo per questo all'indice, ma venisse sostenuto ed eventualmente anche ripreso, qualora lo si ritenesse opportuno.

Mi auguro di trovare modalità per continuare questo confronto con la Commissione anche su questa legge sul nepotismo, che in Consiglio regionale non ha avuto un consenso unanime, evidenziando quindi problemi di questa natura.

La legge fa molta chiarezza e lancia un segnale concreto al bisogno di mobilità sociale espresso dai giovani, che chiedono che vincano i migliori nei concorsi. Questo è il punto. Dobbiamo tutti impegnarci con i nostri comportamenti e con le leggi perché questo avvenga.

La Toscana ha fatto una legge, che per la prima volta mette il dito sul problema, anche se non è semplice e lineare. Sarebbe interessante se anche il Parlamento nazionale potesse produrre iniziative analoghe su tutta la pubblica amministrazione.

Si tratta non di ledere il diritto di un giovane di partecipare a un concorso laddove il padre o un parente svolga una funzione di direzione, ma di impedire che si crei poi, in un rapporto subordinato, una tensione all'interno di quell'ambiente generata dal sospetto che gli avanzamenti di carriera o il modo con cui è organizzato il lavoro dipendano dal legame di parentela. Se questo andrà avanti, anche la provocazione dell'onorevole Barani sarà stata utile e importante: quindi, ringrazio tutti per questo.

PRESIDENTE. A conferma dell'attenzione con la quale questa Commissione guarda al lavoro da lei svolto come coordinatore degli assessori regionali e responsabile della sanità in Toscana, le racconto un episodio. Avevamo deciso di chiederle di venire in Commissione, per illustrare il contenuto di questa legge. È arrivata notizia che non era stata approvata e quindi è saltato tutto. Adesso apprendiamo che è approvata e sicuramente la terremo in considerazione come riferimento, perché siamo intenzionati ad approfondirla. È stato anche l'onorevole Barani a proporlo.

Siamo convinti che la lotta al nepotismo impedisca, cosa che è sempre accaduta nella storia dell'umanità, che i migliori se ne vadano, perché nella loro realtà trovano troppe angustie per il loro essere migliori. Bertolt Brecht, che sicuramente era un migliore, nato a Augusburg, città di Martin Lutero, capitale europea della cultura, diceva: «La cosa più importante che c'è ad Augusburg è il treno che mi porta a Monaco», perché per lui era una città troppo piccola. Il nostro dramma non è che se ne vadano i migliori, ma che diventino migliori quelli che se ne vanno. Questo è ancora più grave e ci priva di una potenzialità enorme.

La voglio ringraziare, assessore, e dichiaro conclusa l'audizione. Prego la Commissione di fermarsi perché abbiamo due argomenti da affrontare in maniera rapida.

Dispongo la disattivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

(I lavori proseguono in seduta segreta).

PRESIDENTE. Dispongo la riattivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso e dichiaro conclusa la seduta.

La seduta termina alle 13,20.