

CAMERA DEI DEPUTATI

XVI LEGISLATURA

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

BOZZA NON CORRETTA (Il resoconto in bozza non corretta è disponibile sul sito Internet della Camera dei deputati e, in forma cartacea, presso la Commissione competente e l'Archivio; trascorsi trenta giorni dalla seduta, è quindi pubblicato in edizione definitiva, con le medesime modalità).



Seduta del 6/12/2012

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ANTONIO PALAGIANO

La seduta comincia alle 9,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Audizione del Ministro della salute, Renato Balduzzi.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute Renato Balduzzi, che desidero ringraziare per aver accolto il nostro invito.

L'odierna audizione è stata concordata per approfondire i temi cruciali nell'attuale contesto politico-economico, quali il nuovo Patto per la salute e la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, recentemente oggetto di esame anche in sede di Conferenza Stato-regioni. Essa si colloca nell'ambito del filone di inchiesta che questa Commissione sta conducendo sui disavanzi sanitari regionali, con particolare riferimento alla gestione finanziaria degli enti e aziende del servizio sanitario delle regioni in disavanzo, in relazione allo stato di attuazione dei rispettivi piani di rientro.

Nel rispetto delle competenze delle singole regioni, ferme restando le prerogative del Governo e le attribuzioni delle Commissioni parlamentari permanenti, nel corso dell'audizione potranno, altresì, essere trattate tematiche correlate, come lo stato delle gestioni commissariali e il sistema di controllo e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie.

L'incontro potrà, inoltre, vertere su argomenti riconducibili agli effetti dei recenti provvedimenti di contenimento della spesa sanitaria. In particolare, la Commissione è interessata ad approfondire le prospettive di attuazione di alcune norme recentemente introdotte a seguito dell'approvazione della legge 8 novembre 2012, n. 189, con riferimento soprattutto agli articoli 3, 3-bis e 4-bis, recanti disposizioni in materia di coperture assicurative, monitoraggio del rischio clinico e parziale disapplicazione del blocco del *turnover*, che richiamano direttamente specifiche competenze di questa Commissione.

In particolare, in materia assicurativa, la legge n. 132 del 2012 codifica l'obbligo della copertura assicurativa a partire dall'agosto 2013. Ritengo, tuttavia, che essa vada parametrata tenendo conto dell'indice di rischio correlato alla specializzazione dell'operatore sanitario e dell'accessibilità a premi assicurativi calmierati da parte dei giovani medici, nonché dell'accessibilità da parte di

operatori nei confronti dei quali siano già state elevate contestazioni nell'esercizio della loro attività. In tale ambito, potrebbe, altresì, risultare utile e particolarmente interessante per le finalità di questa Commissione un aggiornamento conoscitivo sullo stato di attuazione del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, di cui al decreto ministeriale n. 11 del dicembre 2009, i cui dati sinora raccolti potrebbero essere consultabili mediante deposito in forma disaggregata. Di pari interesse sarebbero le acquisizioni delle analisi dei dati relativi al monitoraggio sull'adozione della *checklist* per la sicurezza in sala operatoria e sull'attuazione del relativo manuale.

Infine, nell'ambito del filone di inchiesta intrapreso da questa Commissione sulla procreazione medicalmente assistita (PMA), sottopongo alla sua valutazione, signor Ministro, l'opportunità di comunicare, nel corso dell'audizione, eventuali iniziative che il Ministero della salute ritenesse di assumere presso il Commissario alla sanità della regione Lazio, i cui centri che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita sono ancora in attesa di autorizzazione. Infatti, la regione, pur avendo adottato l'8 febbraio 2008 la delibera n. 66, che definisce i requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi in favore delle strutture eroganti prestazioni di PMA, non ha ancora rilasciato le necessarie autorizzazioni, a fronte dell'iscrizione nel registro nazionale presso l'Istituto superiore di sanità, che, in molti casi, risulta antecedente all'entrata in vigore della legge n. 40 del 2004.

La Commissione resta disponibile ad acquisire agli atti ogni documento che ella ritenesse utile consegnare a margine dell'audizione o con relazione integrativa da trasmettere in un momento successivo.

Do, quindi, la parola al Ministro Balduzzi.

RENATO BALDUZZI, *Ministro della salute*. Ringrazio la Commissione d'inchiesta per l'attenzione nei confronti di queste tematiche varie e numerose. Nell'esposizione, cercherò di seguire l'ordine che è stato testé enunciato dal presidente Palagiano, quindi partirei dal riparto delle risorse destinate alla sanità per il 2012.

Tale riparto è avvenuto per l'ultima volta sulla base delle previsioni del decreto legislativo n. 56 del 2000, che, a sua volta, riprendeva il modello del riparto per quota capitaria ponderata della legge finanziaria 1997 (legge 23 dicembre 1996, n. 662), in quanto, a decorrere dal 2013, i criteri per il riparto sono modificati, dovendosi riferire al meccanismo dei fabbisogni e dei costi standard.

Il riparto 2012 ha avuto un ritardo. Infatti, soltanto qualche giorno fa è stata sancita la relativa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, a causa della necessità di far concorrere anche la sanità negli obiettivi di equilibrio economico-finanziario della cosiddetta *spending review*. Dunque, a seguito del decreto-legge dell'estate scorsa, la situazione già riferita al 2012 in forza di precedenti disposizioni è stata ritoccata con un definanziamento che ha portato a definire il riparto stesso con un certo ritardo.

Preciso, tuttavia, che questo ritardo non ha avuto conseguenze per quanto riguarda i trasferimenti delle relative risorse dallo Stato alle regioni, essendo queste avvenute secondo il meccanismo collaudato del trasferimento per dodicesimi, salvo una limitata quota trattenuta, che sarà versata a seguito della prossima delibera del CIPE che dà, appunto, efficacia all'intesa raggiunta in Conferenza Stato-regioni sul riparto stesso.

Per quanto attiene, invece, il riparto del 2013 non è stata raggiunta un'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni circa l'individuazione delle regioni di riferimento (cinque e poi tre), dunque il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui cosiddetti costi standard sarà emanato attraverso il procedimento previsto nel caso di mancata intesa, ovvero una deliberazione del Consiglio dei Ministri che, ragionevolmente, dovrebbe arrivare la prossima settimana e comunque prima della pausa natalizia. Ciò consentirà di poter avere un quadro normativo certo per il riparto 2013, le cui procedure è intendimento mio personale e del Governo avviare immediatamente, a valle della delibera con cui viene stabilito il procedimento delle regioni *benchmark*.

Invece, per via della situazione determinatasi a seguito della manovra finanziaria del luglio 2011 e dell'intervento previsto nella *spending review*, le regioni hanno manifestato una difficoltà

nell'addivenire al nuovo Patto per la salute 2013-2015, anche se, recentemente, nel corso di alcune interlocuzioni avute con la Commissione Salute, a livello di assessori regionali competenti, è stata rappresentata la volontà della Commissione stessa di addivenire, nello scorcio di mandato del Governo in carica, a definire una struttura di Patto per la salute, di cui sono state segnalate alcune esigenze contenutistiche. In particolare, in questi giorni stiamo lavorando sia sul programma per la non autosufficienza sia sulle regole relative al rapporto sanità-università, quindi sulla cosiddetta «sanità universitaria», da inserire, ove ci siano le condizioni, nel Patto per la salute 2013-2015. Passo al secondo tema, relativo alla certificazione dei bilanci. Il vigente Patto per la salute ha ripreso l'obbligo di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie che era già previsto dalla legge finanziaria 2006, stabilendo l'avvio delle procedure per addivenire a tale certificazione, soprattutto in forza di un miglioramento dell'affidabilità e della qualità dei dati contabili. Devo dire che tutte le regioni, allo stato, hanno attivato il percorso di certificazione dei bilanci, facendo, anzitutto, una valutazione straordinaria delle relative procedure, così come previsto da un decreto interministeriale dell'inizio del 2011. Individuando le diverse criticità relative a ciascuna azienda, le regioni hanno definito un percorso finalizzato, nel medio termine, a superarle.

Ora, in forza del decreto legislativo n. 118 del 2011, disponiamo di regole e principi contabili per la realizzazione del bilancio di esercizio, della gestione sanitaria accentrata (GSA) e del bilancio consolidato regionale. Sottolineo che, a partire dal 1° gennaio 2012, disponiamo di una distinzione tra il bilancio regionale e il bilancio sanitario regionale, che consente di avere un quadro più certo di ciò che realmente viene fatto e delle risorse destinate alla sanità. In assenza di questo meccanismo di autonomia del bilancio sanitario all'interno del bilancio regionale, in passato sono state riscontrate, nelle diverse regioni, parecchie anomalie relative alla circostanza che non era sempre chiaro, nel riparto delle risorse, quale fosse la destinazione effettivamente sanitaria rispetto a quella di altro genere, a fronte delle necessità regionali.

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 ha una complessità strutturale tale che la sua attuazione non è stata senza difficoltà. Comunque, siamo riusciti ad approvare, a metà giugno, con decreto interministeriale, i nuovi modelli che consentono alle aziende di predisporre i preventivi e la rendicontazione trimestrale.

Da ultimo, credo che vada segnalato un decreto interministeriale di settembre - il cosiddetto «decreto certificazione» - che ha disposto l'obbligo per le regioni di presentare, entro il 30 novembre, un programma d'azione che si chiama PAC (percorso attuativo della certificazione). Stiamo verificando proprio in questi giorni lo stato della situazione, per cui prossimamente potrà essere più preciso nei dati.

Scorrendo l'elenco dei temi, mi soffermo sulla questione dell'Istituto dermatopatico dell'Immacolata (IDI), che in questi giorni occupa le cronache specialmente della città di Roma e della regione Lazio. Riassumo brevemente la storia. Il Ministero ha provveduto a chiedere alla regione un rapporto circostanziato che descrive la situazione finanziaria del gruppo IDI. Da questo rapporto, risulta che, in data 8 giugno, la regione ha notificato alle aziende sanitarie locali (ASL) una determinazione avente a oggetto la ricognizione della remunerazione complessiva delle prestazioni rese dagli ospedali classificati IRCCS (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), quindi anche dall'IDI, chiedendo alla ASL competente di procedere a verificare la regolarizzazione contabile delle fatture emesse fino alla concorrenza massima della remunerazione complessiva definita rispetto ai pagamenti.

Nel contempo, il servizio ispettivo del Ministero dell'economia e delle finanze ha effettuato un'attività di ricognizione presso le strutture della competente ASL Roma E, relativamente alla situazione creditoria e debitoria dell'IDI.

In data 9 novembre, avendo riscontrato evidenti criticità, il Ministero della salute ha promosso un incontro con i rappresentanti della regione e dell'IDI. Ne è emersa una situazione complessa di carattere debitorio che vede la ASL Roma E, al tempo stesso, creditrice e debitrice nei confronti dell'IDI. In quell'occasione, il Ministero ha sottolineato l'urgenza di arrivare quanto prima alla corresponsione degli stipendi e degli arretrati.

Alcuni giorni fa, il 3 dicembre, si è svolto un incontro al Ministero con i rappresentanti dei sindacati di categoria e, sempre in questi giorni, abbiamo verificato la disponibilità della regione Lazio a sbloccare una quota della situazione creditoria dell'IDI, fermi restando i problemi sul pregresso che sono oggetto di approfondimenti anche in altra sede. Credo, pertanto, che la situazione debba essere seguita con attenzione da parte della regione Lazio e, per quanto di competenza, anche da parte del Ministero. Peraltro, non è l'unica situazione di sofferenza tra le strutture sanitarie della città di Roma e del Lazio, ma certamente ha elementi di criticità particolari.

Il criterio di fondo che ho indicato al commissario Bondi è di riuscire a contemperare il necessario rigore - tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, quale che sia la loro natura giuridica, sono tenute a mettere ordine a casa propria, non solo a dare l'impressione di farlo, ove ci siano necessità di un piano di ristrutturazione e di rientro e criticità di tipo contabile - con un atteggiamento di sostegno nei confronti delle tante realtà di eccellenza della sanità laziale. Quindi, rigore e sostegno dovrebbero essere sempre attentamente bilanciati.

Venendo alla questione del monitoraggio del rischio clinico, delle coperture assicurative e al sistema informativo per il monitoraggio degli errori, pure oggetto di grande attenzione presso questa Commissione, anche in ragione del nome che reca, lascerò agli atti un documento di una decina di pagine intitolato «Errori in sanità e gestione del rischio clinico», che mi permetto di sintetizzare, evitando di leggerlo integralmente perché ciò richiederebbe troppo tempo.

Sono in corso specifiche iniziative per valutare la portata dell'innovazione normativa contenuta nella conversione in legge del decreto-legge n. 158 del 2012, il cosiddetto «decreto salute e sviluppo», anche sulla base di proposte tendenti a perfezionare e razionalizzare ulteriormente questo intervento. Sto pensando ad alcuni emendamenti presentati nell'*iter* legislativo del disegno di legge n. 2935, attualmente all'esame in sede deliberante in Commissione presso il Senato della Repubblica.

Nel merito, credo che si debba ricordare il complesso quadro di monitoraggio e di inquadramento della relativa problematica che, nel tempo, si è creato nel nostro Paese per quanto riguarda l'identificazione della nozione sia di «evento avverso» sia di «errore», quindi la distinzione fra errore umano in senso stretto ed errore causato da inefficienze organizzative.

Per quanto attiene al livello nazionale, vi sono state, a partire almeno dal 2003, attenzioni specifiche. In quell'anno, fu costituita la Commissione ministeriale sul rischio clinico che elaborò un documento intitolato «Risk management in sanità», che ha costituito la linea guida in questo ambito. Infatti, a partire da quel documento, il sistema si è ulteriormente perfezionato, arrivando nel 2009 al sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) e all'istituzione dell'Osservatorio nazionale sul monitoraggio degli eventi sentinella, da cui, appunto, scaturiscono i rapporti di attività in parte sintetizzati nel documento che ho consegnato alla presidenza della Commissione.

I tre livelli di strutturazione del SIMES - locale, regionale e nazionale - consentono di mettere a disposizione del nuovo sistema informativo sanitario le informazioni relative alle segnalazioni di eventi sentinella, trasmessi via *web* dalle strutture sanitarie. C'è, poi, una sezione speciale del SIMES che è dedicata proprio alla reportistica, così da elaborare i dati inseriti. In particolare, si tratta di 16 tipologie di eventi sentinella. Nell'elaborato che ho lasciato agli atti, è possibile riscontrare l'analisi dell'elaborazione dei dati dell'Osservatorio al 31 dicembre 2011. È stato prodotto un manuale per la sicurezza in sala operatoria, anch'esso strutturato su 16 obiettivi. Vi sono 16 regioni coinvolte nel monitoraggio riguardante la verifica degli adempimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza (LEA) del 2011 e, di queste, 14 adottano la *checklist* e predispongono il rapporto di monitoraggio. Infine, in proposito, ricordo che, oltre alle attività che vengono svolte su questo punto dall'Age.Na.S (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) per quanto riguarda sia l'Osservatorio sinistri sia il monitoraggio delle buone pratiche, il Ministero svolge attività di *audit* e di ispezioni, congiuntamente alle regioni, quando si verificano eventi di particolare gravità. Quindi, c'è un'attività, da una parte, di conoscenza e di prevenzione e, dall'altra, a valle, nella ipotesi di eventi avversi di particolare rilievo. Vorrei, poi, soffermarmi brevemente su un punto sottolineato

nell'intervento del presidente, cioè la questione del blocco del *turnover*, che riguarda soprattutto le regioni in cosiddetto «piano di rientro» e che ha avuto un'innovazione normativa nel recente decreto-legge n. 158, consentendo di ridefinire un limite di disapplicazione del blocco del *turnover* per il 15 per cento del complessivo numero di possibili assunzioni. Questo consentirà di far fronte ad alcune delle situazioni più preoccupanti in ordine al blocco del *turnover*, misura, peraltro, sicuramente necessaria poiché una poco oculata politica di assunzione del personale è stata una delle cause principali della situazione di disavanzo verificatasi in alcune regioni, senza che - sottolineo questo aspetto perché entra direttamente nel merito dell'attività di questa Commissione - una politica di reclutamento del personale non rispettosa di canoni di equilibrio e di efficienza abbia apportato a quelle regioni vantaggi in termini di efficienza dei servizi. Viceversa, abbiamo verificato in tutte le occasioni che a un disequilibrio economico-finanziario corrisponde anche una minore qualità dei servizi. Quindi, è stato indispensabile, tra altre manovre, richiedere di mettere ordine in casa propria, anche nella politica di reclutamento del personale.

La deroga, prima al 10, poi al 15 per cento, di possibile limite nella disapplicazione del blocco del *turnover* non significa che è tutto a posto e quindi si ritorna all'antico, ma che, motivatamente, sulla base di standard dimostrati, una certa regione può far fronte alle carenze di personale dimostrate, anche a seguito dell'utilizzazione di tutti gli strumenti che l'ordinamento consente, inclusa la mobilità intraregionale del personale. Solo a questo punto potrà essere possibile lo sblocco del *turnover*. Per quanto riguarda la verifica sui LEA, in particolare sul ruolo del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (cosiddetto «comitato LEA»), veniamo da una situazione che ha visto progressivamente aggiungere attribuzioni e competenze in capo a questo organismo. In particolare - oltre all'istruttoria tecnica per la verifica degli obiettivi stabiliti nei piani di rientro e nei programmi operativi e alla relativa istruttoria circa il procedimento di diffida previsto per le regioni in piano di rientro nel momento in cui, non ottemperando ad alcuni adempimenti, vi è la possibilità della fase ulteriore del commissariamento, nonché all'istruttoria sulla valutazione degli atti che le regioni diffidate pongono in essere ai fini del commissariamento - il comitato LEA ha avuto altre diverse attribuzioni, come la valutazione dei progetti regionali di cui all'articolo 6 della legge n. 38 del 2010 in tema di cure palliative, «Ospedale-territorio senza dolore», e dei programmi regionali in materia di defibrillatori automatici esterni o ancora il compito di definire gli standard di riferimento per le unità organizzative Patto per la salute 2010-2012. Insomma, nel tempo, il comitato LEA ha rafforzato le proprie competenze. In generale, credo che l'indicazione di politica sanitaria più interessante possa essere il superamento del dualismo tra comitato LEA e tavolo tecnico per gli adempimenti, facendo in modo che il tavolo tecnico per gli adempimenti sia sempre più attento agli effetti che questo o quell'adempimento comportano in ordine alla copertura e alla prestazione dei livelli essenziali di assistenza in questa o quella regione. Occorre, dunque, che l'attività del tavolo tecnico per gli adempimenti di tipo finanziario, contabile e amministrativo sia sempre più intrecciata con la verifica dei livelli di assistenza. Questa è l'indicazione che ho cercato di dare quest'anno e alcune prime conseguenze si sono già avute. Chiedendo scusa alla Commissione per la lunghezza dell'esposizione (i punti richiesti erano molti), vengo al penultimo oggetto, cioè la strategia vaccinale, anche alla luce di qualche incidente di percorso che la campagna 2012 ha subito. Come ho avuto modo di scrivere in una lettera del 7 novembre al presidente e com'è stato confermato qualche giorno dopo, il 9 novembre, da un provvedimento dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), le misure di carattere precauzionale adottate nei confronti di alcuni vaccini che avevano presentato anomalie erano necessarie. A seguito degli accertamenti fatti successivamente, nonostante la campagna vaccinale 2012 abbia avuto incidenti di percorso, prima con riferimento ad anomalie riscontrate in vaccini che non erano mai usciti dalla ditta produttrice e poi ad alcuni immessi in commercio o dei quali risultava possibile l'immissione in commercio, posso dire che le indagini hanno consentito di escludere qualunque tipo di effetto negativo sulla somministrazione dei vaccini. I vaccini in commercio sono al tempo stesso efficaci e sicuri; sono state superate le preoccupazioni dettate dal principio di precauzione che ispira l'attività non soltanto dell'AIFA, ma anche del Ministero della salute e degli altri organismi tecnico-

scientifici che a esso fanno capo. Posso, pertanto, confermare in questa sede che la campagna vaccinale 2012 continua regolarmente. Peraltro, visto che siamo nella fase *clou*, questo è anche un modo per invitare i cittadini a procedere tranquillamente, anche perché tutti i dati a nostra disposizione confermano i benefici delle precedenti campagne vaccinali.

Infine, per quanto riguarda i centri di procreazione medico-assistita della regione Lazio, comunico che il commissario straordinario *ad acta* ha fatto sapere che gli uffici regionali stanno conducendo il procedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio, nonché di rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo, nei confronti di tutti gli erogatori privati e accreditati. Questa è una procedura che ha impiegato, per l'anno in corso, il personale ispettivo delle ASL e che deve concludersi entro il 31 dicembre 2012. È stata predisposta una bozza di decreto del commissario straordinario *ad acta* per avviare la procedura di verifica, dando mandato, nelle more, dell'Agenzia di sanità pubblica di predisporre un testo con i requisiti condizionanti il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio. Questo è stato riferito dalla struttura del commissario *ad acta*. Mi sembra, dunque, che possa considerarsi una risposta alla richiesta di chiarimenti avanzata da questa Commissione. Resto, naturalmente, a disposizione per ulteriori valutazioni, indicazioni e informazioni, oltre che per l'eventuale prosecuzione di questa audizione in un'altra data.

PRESIDENTE. Grazie. Prima di passare la parola ai colleghi che hanno chiesto di intervenire, vorrei due chiarimenti in merito alla sua relazione.

Lei, giustamente, ha parlato dello sblocco del *turnover*. In questa sede, abbiamo ascoltato diversi presidenti di regione, fra cui il presidente Caldoro, che ha fatto riferimento a questa necessità, altrimenti alcuni servizi sarebbero stati chiusi. Il decreto-legge n. 158, convertito in legge n. 189, parla di sbocco del *turnover*, subordinandolo, però, a verifiche da parte dei tavoli tecnici che dovevano essere fatti entro 30 giorni. I tavoli tecnici stanno lavorando. Da quando, di fatto, si potrà passare allo sbocco e quindi all'assunzione? Le pongo questa domanda, altrimenti il discorso diventa molto vago.

Inoltre, vorrei affrontare un secondo punto, che sta a cuore a questa Commissione e - le assicuro - a tutti i commissari, cioè le assicurazioni dei medici. A questo proposito, i punti critici riguardano le disposizioni della legge 28 giugno 2012, n. 89, che prevede che, per quanto riguarda le professioni sanitarie, tutti dovranno assicurarsi dal 10 agosto 2013. C'è, però, un problema di coscienza. Infatti, i giovani medici non potranno sopportare i costi delle polizze. Inoltre, i medici che hanno avuto non una condanna, ma una semplice diffida da parte delle assicurazioni, non troveranno nessuna compagnia che li assicurerà.

Vi è, insomma, un problema di biunivocità: la disponibilità dei medici, che hanno l'obbligo di assicurarsi, ma anche quella delle compagnie a contrarre queste assicurazioni. Credo che siano due nodi fondamentali da sciogliere: i giovani medici e i medici che hanno ricevuto una diffida.

Altrimenti, arriveremo alla fine dei tempi massimi senza sapere cosa accadrà. Mi rendo conto che è un problema che dovrà essere affrontato nella prossima legislatura, ma, per una questione di coscienza, dovremmo cominciare a pensare a come poter affrontare questa data critica per tutti, sia per le assicurazioni sia per i medici.

RENATO BALDUZZI, *Ministro della salute*. Riguardo alla prima domanda, il procedimento per il cosiddetto sblocco del *turnover* prevede un decreto interministeriale, cioè del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con quello degli affari regionali. Questo è il procedimento. All'emissione del decreto è propedeutica un'attività istruttoria che viene compiuta, in sede di verifica tecnica, dal tavolo degli adempimenti. Sarà mia cura accertarmi che non ci siano ritardi, anche perché lo sblocco del *turnover* è stata una scelta che il Governo non ha subito, ma favorito. Quando dico Governo intendo sia il Ministero della salute sia il Ministero dell'economia, quindi è nell'interesse anche del Governo arrivare presto e bene all'applicazione operativa di questa disposizione di cui al decreto-legge n. 158.

Inoltre, condivido la preoccupazione del presidente che, ancorché il termine per l'obbligo

generalizzato di assicurazione sia stato spostato all'agosto 2013, vi sia, in nome di un principio di responsabilità da parte del Governo in carica e della legislatura ancora in corso, l'obbligo di definire almeno il percorso per essere sicuri che non siano necessarie nuove proroghe. È chiaro che l'obbligo generalizzato di assicurazione è stata un'innovazione molto importante. Abbiamo condiviso lo spostamento da agosto 2012 ad agosto 2013 proprio alla luce della circostanza che, nella specifica materia dei professionisti sanitari, e in particolare dei medici, non vi fossero ancora le condizioni per poter arrivare all'applicazione dell'obbligo generalizzato.

Tuttavia, qualcosa è già presente nel decreto-legge n. 158. Inoltre, quando dicevo che nel disegno di legge n. 2935 c'erano alcune norme, con emendamenti volti a perfezionare e razionalizzare, mi riferivo proprio a questo profilo. Probabilmente, è da valutare se il sistema normativo per poter arrivare all'obiettivo entro agosto 2013 non abbia bisogno di qualche ulteriore perfezionamento.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

LUCIANA PEDOTO. Vorrei chiedere due chiarimenti. Uno è relativo all'operazione di certificazione dei bilanci delle ASL, degli istituti di ricovero e così via. Mi è parso di aver ascoltato che è imminente e che, a partire dal 2013, finalmente ce la faremo. Di questo, sono particolarmente lieta. La norma istitutiva, però, è del 2005. Successivamente, nel 2009, nel Patto della salute abbiamo scritto che occorre avviare le procedure. Nel 2011 abbiamo emanato un decreto ministeriale che ne tracciava il percorso. Adesso abbiamo la notizia che nel 2013, finalmente, attueremo la certificazione dei bilanci. Se sono stati necessari tanti anni per fare mezzo passo - anche se mi fa piacere sapere che adesso, finalmente, faremo il passo definitivo - vorrei sapere quali sono stati gli elementi ostativi che hanno rallentato questo adeguamento.

Il secondo chiarimento è legato alla situazione attuale. Stiamo vivendo, oltre che attuando, una politica di rientro e di risanamento, quindi anche di ristrutturazione e di ridimensionamento. Credo che queste azioni siano condivisibili soltanto se accompagnate da progetti di salute per il futuro. Allora, la domanda è se esiste un disegno per cui le risorse che vengono - giustamente - tolte da una parte, vengano poi rimesse da qualche altra. Due esempi: esiste un disegno di ospedali ad alta intensità di cura? Inoltre, come saremo in grado di rispondere con efficacia alla cronicità, visto che, giustamente, intendiamo allontanare dagli ospedali per i malati acuti quelli cronici?

LUCIO BARANI. Ringrazio il Ministro per la puntuale ed esaustiva relazione che ci ha presentato. Innanzitutto, la Camera dei deputati e la nostra Commissione avevano già dato delle risposte. Per esempio, sull'obbligatorietà dell'assicurazione per i medici, la Camera aveva già votato. Ora, il disegno n. 2935 si trova al Senato, dove si è bloccato per due anni, per ragioni che conosciamo perfettamente: le *lobbies* delle assicurazioni sono molto forti in Italia e riescono, quindi, a intervenire anche in Parlamento. Comunque, spero che a giorni si possa risolvere il problema perché l'11 agosto l'assicurazione per i medici diventerà obbligatoria e, come ha detto il presidente, ci potrebbe essere la non obbligatorietà dell'assicurazione ad assicurare. Alla Camera, tutti i gruppi avevano votato all'unanimità la responsabilità civile (RC) sanità, sul modello della RC auto, quindi la volontà c'è. Credo, pertanto, che il Ministro non possa prescindere dalla volontà di un ramo del Parlamento.

Abbiamo tutti ascoltato quello che ha detto il Presidente del Consiglio sulla riforma e sugli sperperi che esistono nella sanità e sul fatto che non ci possiamo più permettere questo tipo di sanità spendacciona. Sappiamo che è in vigore un decreto ministeriale in virtù del quale la scure si potrebbe abbattere sui privati convenzionati, sia case di cura sia laboratori. Leggiamo di 80 posti letto, 60 per acuti e 20 per riabilitazione, che chiuderebbero. Abbiamo letto la relazione dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), secondo cui 250 case di cura convenzionate verranno chiuse.

Il pubblico non è sempre meglio del privato. Il privato non è sempre più spendaccione del pubblico,

ma forse è il contrario. I miei colleghi parlavano del fatto che dal 2006 vi è l'obbligo di certificazione nelle ASL, tuttavia questa Commissione ha indagato e avuto contezza che, in alcune regioni, anche con la certificazione, si sono formate voragini, sebbene certificate. Quindi, il problema è forse nell'omogeneità dei bilanci in tutte le regioni.

Il presidente, a mio avviso, in maniera implicita ha voluto dirci, nelle domande che le ha rivolto, che la modifica del Titolo V della Costituzione è stata una iattura perché abbiamo avuto 21 sanità diverse, con i governatori e gli assessori alla sanità che hanno fatto clientelismo elettorale in maniera vergognosa, con conseguenze gravi.

La Corte dei conti ha detto che c'è una voragine in Piemonte; per la Sicilia ha affermato la stessa cosa; la relazione della Commissione sull'ASL di Massa e Carrara ha detto anch'essa che c'è una voragine; il Veneto è quasi in piano di rientro; del Lazio non parliamo perché è meglio stendere un velo pietoso.

Il *non plus ultra* sarebbe far ritornare la sanità in capo al Ministero e toglierla alle regioni. Se ciò non è possibile, occorre almeno che i bilanci siano omogenei. I capitoli di spesa devono essere uguali per ciascuna regione, altrimenti ognuno fa le furberie che ritiene opportune e si inventa una regola di bilancio diversa per nascondere i debiti sotto il tappeto. Peraltro, questa Commissione ne ha smascherati parecchi.

Detto questo, credo, signor Ministro, che il disegno di legge n. 2935 potrebbe essere l'ultimo treno che abbiamo a disposizione per fare in modo che ciò che è stato detto da lei, dal presidente, dai colleghi della Commissione sanità della Camera e che, peraltro, il Parlamento ha già votato, possa portare migliorie nel senso che abbiamo indicato, soprattutto per riuscire a dare risposte precise. Commettiamo un errore se pensiamo che il pubblico debba prevalere sempre e comunque sul privato. Questa Commissione ha contezza del fatto che, a volte, il privato dà servizi migliori e a minor costo del pubblico e che al pubblico - come ho già detto prima - la sanità è servita per una mera speculazione elettorale. Ormai, dalla Valle d'Aosta alla Sicilia, ci stiamo rendendo conto che la sanità ha più amministrativi che sanitari. Quando una sanità non è più fatta da medici, né da infermieri, né da tecnici, forse quel 15 per cento di cui parlava il presidente Palagiano bisognerebbe portarlo al 25 perché se vanno in pensione medici e infermieri non si può fare la sanità solo con gli amministrativi. Bisogna riassumere, invece, i medici.

Infine, la *spending review* si applica alle strutture private, ma perché non anche alle pubbliche? In sanità, nel privato si applica la *spending review*, quindi il personale in sovrannumero viene pensionato. Nel pubblico questo non accade. Ecco, credo che anche questo venga meno ai principi di uguaglianza previsti dalla nostra Costituzione.

PRESIDENTE. Prima di passare la parola all'onorevole Patarino, voglio ricordare che tra poco c'è la riunione del Consiglio dei Ministri, per cui invito tutti a essere brevi per dare la possibilità al Ministro di replicare.

CARMINE SANTO PATARINO. Signor Ministro, approfitterò della sua presenza per parlare dell'emergenza sanitaria di Taranto. Lei sa molto bene, avendola sentita dalla viva voce dei rappresentanti delle istituzioni a Taranto e poi ancora una volta in occasione dell'incontro che si è tenuto presso la Presidenza del Consiglio il 29 novembre, che a Taranto occorrerebbe qualche deroga in più. A questo riguardo, mi permetto, peraltro, di ricordare che nel Piano sanitario regionale, Taranto e la provincia sono state le più penalizzate della regione, per i tagli indiscriminati che ci sono stati. Oggi si avverte un bisogno maggiore, soprattutto per quanto riguarda l'oncologia, la cardiologia e la pneumologia. Avendo la possibilità di fare affidamento per quanto riguarda l'oncologia su due centri, Taranto e Castellaneta, che sono guidati da persone eccellenti, si tratta soltanto di avere qualche elemento in più, medico o infermieristico. Non credo sia possibile continuare a parlare di emergenza, al punto che da questa sono derivate anche le decisioni assunte dalla magistratura, senza far nulla. Ho preso atto, con molta soddisfazione, del decreto del Consiglio dei Ministri su Taranto; è opportuna, però, un'attenzione maggiore nei confronti della sanità della

città.

Sotto questo aspetto, anche la richiesta avanzata dal sindaco, e da me condivisa, circa l'opportunità di coinvolgere anche l'ospedale militare di Taranto non è peregrina; una struttura di grande rilievo, con tante risorse umane e con strumenti che altre strutture pubbliche non hanno, credo possa essere messa al servizio del cittadino in un momento di emergenza.

In generale, sarei dell'avviso che tutti gli ospedali militari fossero messi a disposizione, ovunque, perché anch'essi possano funzionare nell'interesse dei cittadini, come accade in altre realtà. Tuttavia, almeno in questo momento particolare, se non vogliamo usarli sempre, possiamo prevedere una deroga, utilizzando quelle strutture e quelle risorse che, messe a disposizione della collettività, possono dare un piccolo sollievo?

PRESIDENTE. Da tarantino, ricordo che quando ero bambino e andavo alle scuole elementari, nel pomeriggio, all'ospedale della Marina militare, i bravissimi colonnelli e capitani - non c'era l'*intramoenia* all'epoca - curavano la popolazione tarantina.

Onorevole Patarino, ieri ho letto che un bambino di tre giorni, nato a Taranto, ha il cancro della prostata. Da medico, non ho mai sentito niente di simile: un bambino di tre giorni con il tumore della prostata.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Signor Ministro, anzitutto vorrei ringraziarla per le puntuali risposte all'introduzione del presidente. Mi allontanerò, però, da quei temi perché questo incontro cade alla fine della legislatura. Siamo, ormai, a pochi mesi dal rinnovo del Parlamento, quindi vorrei cogliere l'occasione per dire che cosa abbiamo verificato, in questi anni, nel campo della sanità e qual è stato il lavoro che questa Commissione ha svolto, senza presunzione, ma con spirito di servizio nei confronti dei cittadini.

La Commissione è stato il terminale di tante denunce, sollecitazioni e indicazioni. Sono stati segnalati soprattutto casi di errori sanitari. Certo, ci sono stati casi eclatanti. Ricordo la lite nel reparto di ostetricia, a Messina; il dosaggio sbagliato in oncologia, a Palermo, con una chemioterapia eseguita in maniera devastante. Tuttavia, abbiamo cercato di fare di questa Commissione anche un punto di attenzione rispetto agli errori di sistema. Infatti, accadono alcuni errori che non sono sempre collegati alla poca professionalità, alla poca attenzione o alla negligenza del professionista. Ci sono alcuni reparti, per esempio, che sono punti sensibili. Abbiamo un sistema che viene considerato di alto livello dall'Organizzazione mondiale della sanità. Ne siamo orgogliosi, però abbiamo visto anche tanti posti di pronto soccorso non all'altezza della sfida; in tante regioni esiste ancora il problema delle liste d'attesa, che sono verificabili giorno dopo giorno e disattendono il diritto alla salute dei cittadini; le rianimazioni e le UTIN (Unità di terapia intensiva neonatale) sono insufficienti.

Ognuno di noi è portatore dell'esperienza della propria regione. Sappiamo che i passi avanti non si possono fare da un giorno all'altro, ma questa è stata la nostra esperienza. Quando abbiamo sentito alcuni assessori regionali, ci siamo confrontati e questi sono stati i rilievi maggiori che sono emersi dalla sanità presente nella nostra Italia.

Signor Ministro, le chiediamo di continuare questo lavoro e le diciamo che siamo preoccupati anche per le dichiarazioni che ha fatto il Presidente del Consiglio nei giorni scorsi. Pensiamo, però, che, prima di tagliare ulteriori posti letto e i cosiddetti piccoli ospedali, che a volte operano in realtà assai lontane dai centri metropolitani e che hanno, quindi, una funzione di presidio della salute in quelle comunità, c'è ancora da incidere il bisturi nelle inefficienze e negli sprechi.

Non c'è dubbio che un indirizzo nuovo possa emergere, anche a seguito del decreto che lei ha voluto, perché se c'è stato un aspetto assai degradante nell'attività delle regioni in senso lato è stata proprio l'eccessiva politicizzazione della sanità. Invece, speriamo che possa essere preso l'indirizzo del merito e dell'efficienza, soprattutto nella scelta dei primari, affinché le strutture possano assicurare il diritto alla salute.

Pensiamo che non ci sia bisogno di tornare indietro alla centralità del ministero, ma occorre

comunque insistere con un'azione di coordinamento e di indirizzo perché la sanità continua a essere disomogenea nel Paese, con regioni che hanno livelli di eccellenza e altre che ancora arrancano. Aggiungiamo - e completo - che riteniamo opportune alcune iniziative che lei ha intrapreso, in modo particolare in merito alla sinergia che bisogna mettere in campo nel rapporto ambiente-salute. È importante la Conferenza nazionale sull'amianto. Tuttavia, credo si debba insistere anche su altre questioni perché questo rapporto è fortemente collegato ed è utile per il mantenimento del diritto alla salute.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Signor Ministro, la ringrazio per la sua presenza e per l'esaustiva relazione. Vorrei richiamare la sua attenzione su un argomento che mi preoccupa, come medico, e che preoccupa moltissimi operatori sanitari. Ho partecipato recentemente, anche come relatore, al congresso nazionale dalla FESMED (Federazione sindacale medici dirigenti) e le posso assicurare che l'argomento occupava gran parte delle relazioni. Mi riferisco al problema della responsabilità professionale e del rischio clinico. Su quest'ultimo punto, lei ci ha rimandato a una relazione che leggeremo con molta attenzione e sono certo che in essa troveremo risposte alle nostre preoccupazioni. Sulla responsabilità professionale, dobbiamo renderle atto che il decreto Balduzzi ha fatto un passo in avanti all'articolo 3. Tuttavia, proprio la mancata concretizzazione di iniziative palpabili, plausibili e di un reale tentativo di risoluzione del problema, mi hanno indotto a non poter condividere in pieno il provvedimento.

È vero che il medico non dovrà rispondere per colpa lieve, salvo, comunque, l'obbligo di cui all'articolo 1043 del Codice civile relativo al risarcimento, laddove, però, si sia attenuto scrupolosamente a protocolli nazionali e internazionali. Se ciò, da un lato, non ci impedisce di valutare questo come un passo in avanti, dall'altro - come è stato evidenziato anche da relatori, magistrati e addetti ai lavori - vi sono la farraginosità e la discrezionalità demandata ancora al giudice, ove non si definiscano termini concreti e non si pongano criteri per quantificare e rendere concreto il concetto dell'attinenza ai protocolli nazionali ed internazionali.

Ci aspettavamo molto di più anche per quanto riguarda il rischio clinico. Tuttavia, c'è stata una derubricazione dall'iniziale decreto Balduzzi delle competenze specifiche, rimandando tutto alla buona volontà delle ASL. Lei, però, sa benissimo quante ASL, specialmente nell'Italia meridionale, non avranno la possibilità economica né quella professionale di concretizzare nei fatti quel controllo del rischio che metterebbe il medico e l'operatore sanitario in condizioni di poter operare più serenamente e mirare, in ultima analisi, a ripristinare quel rapporto di fiducia tra medico e paziente, tra struttura sanitaria e fruitori della stessa, che è la colonna portante perché si ritorni a una sanità a misura d'uomo.

PIPPO GIANNI. Grazie della presenza, signor Ministro. Sono fortemente preoccupato. Peraltro, ormai è un dato comune; lo stesso Presidente Monti è preoccupato, al punto che persino la CGIL, che pure è il braccio operativo del PD, che sostiene questo Governo, ha qualcosa da ridire, insieme a tutti noi. Leggo nei quotidiani che la Commissione di garanzia sull'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali è preoccupata perché ci sono troppi scioperi nella sanità. Non capisco, però, di cosa e di chi si preoccupi la Commissione di garanzia. Credo che le improvvisazioni, le superficialità e gli sprechi che sono oggetto delle nostre attenzioni non siano affrontati con il bisturi, ma con una sciabola che taglia tutto, senza guardare a quanto può costare un taglio fatto in maniera così semplicistica. Difatti, il malato che non è curato è un danno per l'economia perché viene ricoverato, quindi costano sia il ricovero e sia il fatto che non lavora, ovvero molto di più di quello che avverrebbe se, invece di curare, potessimo prevenire. Rimango stupito dal fatto che, da mesi, nel Lazio ospedali come il «Gemelli», l'IDI, il «Forlanini» e il «San Raffaele Pisana» sono in preda a una crisi economica micidiale e, all'improvviso, il commissario Bondi decide di far sospendere, dopo mesi, gli scioperi, dicendo che avrebbe dato due mesi di stipendio. Ora, a me pare molto strano che prima si faccia fare tutto questo tempo di sciopero e poi si trovino i soldi per tentare di garantire l'assistenza, che pure è obbligatoria. Non si

può sospendere l'assistenza, ma, nello stesso tempo, non si danno i soldi per la sopravvivenza dei medici e degli infermieri.

Ugualmente, credo sia arrivato il momento di rivedere l'impostazione generale che si è data alla sanità, perché Priolo, Gela e Milazzo sono zone industriali che, ogni anno, danno allo Stato almeno 35 miliardi di euro di prelievo fiscale all'anno. Nello stesso tempo, provocano un mare di malattie - adesso, nelle zone industriali, abbiamo avuto la comparsa di una nuova malattia, il sarcoma, che lei, pur non essendo medico, conosce bene - a fronte delle quali, anziché potenziare la sanità, vengono chiusi gli ospedali locali che potrebbero servire come primo presidio per cercare di minimizzare quanto più possibile il danno che viene dal vivere e dal lavorare nelle zone industriali.

Sull'amianto, abbiamo depositato un disegno di legge che, ormai, è lì come tanti altri, per cercare di mettere insieme un sistema che possa dare una risposta ai cittadini malati. Abbiamo tentato di trovare una soluzione. Capisco che ci sono motivi gravi perché mancano le risorse economiche. Tuttavia, signor Ministro, mi sorge una domanda che rivolgo a lei e, quindi, al Governo. È stato fatto un intervento pesante sulle pensioni medio-basse - più basse che medie - dimenticando che in Italia ci sono almeno 250 mila persone che hanno una pensione che va da 5.000 a 80.000 euro al mese, sulle quali non si è fatto nulla. Ecco, trovare soluzioni per l'altra casta, non quella dei politici, ma quella dei burocrati, dei direttori generali, dei consiglieri di amministrazione, dei presidenti delle *authorities*, che percepiscono stipendi dai 150.000 a un milione di euro l'anno - sono 450 mila persone - non sarebbe utile alla causa comune per diminuire i costi e tagliare gli sprechi? Con questa *spending review* si potrebbe evitare quella che colpisce il malato, il povero e il disgraziato. Lo stesso vale per il *ticket*. Probabilmente, nel *question time* sono stato pesante. Le chiedo scusa oggi per allora. A ogni modo, nel maggio di quest'anno, le chiesi una risposta. Ebbene, sono passati sei mesi e i *ticket* rimangono sempre uguali. Molta gente non riesce più a curarsi perché non ha neppure i soldi per comprare il pane. Le sarei, quindi, grato se nella sua agenda, ancorché numerosa e pesante come un fardello che si porta appresso, potesse riflettere su questo per cercare di dare una risposta.

Lascio a lei e al prossimo Governo l'impegno morale e istituzionale affinché si possa guardare con più attenzione a questi problemi. Spero che lei possa dare quelle risposte che una politica inefficiente e incapace, che perciò ha lasciato spazio a lei e al Governo tecnico, non è riuscita a dare in tutto questo tempo. Grazie.

DORIS LO MORO. Anch'io ringrazio molto il Ministro della presenza e della relazione. Vorrei entrare nel merito di alcune delle notazioni che ci ha fornito.

Sotto il profilo organizzativo-finanziario, mi pare di poter affermare, senza infingimenti, che i risultati dei piani di rientro, in termini non economici, bensì di prestazioni sanitarie e di diritto alla salute, spesso non sono soddisfacenti. Tuttavia, i piani di rientro costano. C'è una struttura ministeriale dedicata, sia del Ministero della salute che di quello dell'economia, ma soprattutto costano in termini di assistenza. Faccio un riferimento specifico alla presenza degli *advisors* e dell'Age.Na.S. perché tutte queste voci sono a carico del fondo sanitario. Lei, giustamente, segnalava la necessità che la Commissione LEA operasse in maggior collegamento con il «Tavolo Massicci». Ecco, tutto questo mi fa pensare che lei possa convenire sull'esigenza di responsabilizzare il livello regionale e di legarlo maggiormente al livello ministeriale, privilegiando, però, percorsi di responsabilizzazione e non di spesa.

Infatti, tagliamo, ma poi diamo 20 milioni di euro alla KPMG per otto regioni. L'Age.Na.S. ha un costo. Non voglio fare riferimento a questi organismi come enti inutili, ma parliamo di tagli delle spese e poi, invece, anche solo per controllare - con risultati, per la verità, non sempre encomiabili - si spende molto. Segnalavo questo aspetto alla sua attenzione, visto che mi sembra di condividere il suo orientamento.

Passo a un'altra annotazione, sempre in sintonia con quanto lei diceva. Spesso, il «Tavolo Massicci» taglia e controlla, ma non ha il potere o la capacità di interagire e di creare negli interlocutori energie che non ci sono. Questo significa, per esempio, che in alcune regioni, dove la risposta nel

settore oncologico - per fare un esempio preciso - non c'è, stenta a esserci o comunque andrebbe aiutata, rimane assente.

A questo proposito, le segnalo una circostanza particolare. In Calabria, la regione non riesce a trovare una soluzione per la Fondazione Campanella, ma questo non esclude che il Ministero debba impegnarsi, non dico in sostituzione, ma comunque per trovare una via d'uscita perché la chiusura della Fondazione significa l'eliminazione della risposta ai malati oncologici calabresi.

Un altro problema, sempre nello stesso settore che ho preso a esempio, è che l'allora Ministro Turco aveva messo a disposizione dei fondi per l'innovazione tecnologica, ma da allora non è successo più niente e, a oggi, mi risulta - l'ultimo messaggio che ho ricevuto è proprio di ieri sera ed è preoccupante - che non c'è stata nessuna possibilità di spendere, con la conseguenza che ogni giorno si interrompono il servizio di radioterapia e altri servizi dedicati perché le macchine sono usurate. Tutto questo deve interrogare il Ministro.

Infine, le segnalo che abbiamo constatato che gli ammanchi e i concorsi pilotati non mancano in nessuna regione. Il malcostume è dappertutto. Tuttavia, il cittadino calabrese sa di non avere le risposte, invece quello toscano, emiliano o lombardo sa che, se ne ha bisogno, ha risposte e anche di qualità. Sul piano economico-finanziario, questo, però, non deve verificarsi a scapito delle regioni più deboli.

In Calabria, per esempio, c'è una convenzione con l'ospedale «Bambin Gesù», che - a mio modo di vedere, ma la mia non è una voce isolata - serve essenzialmente a quest'ultimo per recuperare qualche fondo in più per mantenersi in piedi. Questo non avviene solo con i soldi della regione Calabria, ma sicuramente contribuiamo, depotenziando le risposte calabresi, che erano forti, soprattutto nell'ospedale «Annunziata» di Cosenza, e che, in questo momento, rischiano di essere meno potenti.

La Calabria ha avuto assegnati i fondi per realizzare quattro nuovi ospedali. L'accordo di programma risale al 7 dicembre 2007 - quindi domani saranno cinque anni - ma non è stata messa neanche una pietra. Eppure, il presidente della regione ha stipulato una convenzione con la Lombardia a scatola cinese, con la società «Infrastrutture lombarde» creata da Formigoni, mentre siamo ancora al punto di partenza. Ecco, su tutto questo bisognerebbe operare una vigilanza perché la politica dei tagli c'è e purtroppo la dobbiamo sostenere, ma tagliare non significa tollerare che non si realizzino quattro ospedali finanziati e non si ponga nemmeno la prima pietra, quando già anni fa eravamo in condizione di porla, o che vengano stipulate convenzioni con regioni più forti che indeboliscono ancora di più le risposte endogene.

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI. Ringrazio anch'io il Ministro per la sua presenza e per la sua relazione. Prima di rivolgermi a lui, vorrei ricordare all'onorevole Burtone il caso sanitario di Mazzarino, di cui ci siamo occupati nel 2009 con visite ispettive. Un ragazzo, che aveva avuto un incidente in moto, si era rivolto a piccolo ospedale - uno di quelli che dovremmo chiudere perché non adatti ad affrontare le urgenze e le emergenze - e ha perso la vita per un'emorragia che non sono stati in grado di diagnosticare e di contenere. Invito, quindi, anche l'onorevole Burtone a concludere questa nostra attività, che risale al 2009, anche per rispetto della morte di quel ragazzo.

Al Ministro, invece, vorrei ricordare che al Senato, tra oggi e domani, si chiude la presentazione degli emendamenti a un disegno di legge sulla sperimentazione clinica, di cui sono stata relatore alla Camera e che è stato approvato all'unanimità, quindi spero che venga incardinato e presentato in Aula, anche perché in quel disegno ci sono molti articoli atti a portare modernizzazione e innovazione nella sanità.

Mi riferisco soprattutto all'istituzione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), che sarebbe utilissimo a tutti i cittadini in quanto, all'interno di questa sorta di carta di credito, ci sarebbe tutta la storia clinica del paziente, dalle analisi alle radiografie, ma specialmente alle spese che si affrontano e alla quantità di analisi e indagini sanitarie che si richiedono e si eseguono durante la propria storia clinica. Pertanto, si contribuirebbe, anche in questo modo, a diminuire i costi, a tagliare le spese e soprattutto a monitorarle, insieme alla salute degli italiani.

PRESIDENTE. Vorrei precisare che il caso di Mazzarino farà parte della relazione finale sulla Sicilia.

Per fatto personale, chiede la parola l'onorevole Burtone.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Ho presentato la mia proposta di relazione sul caso di Mazzarino, che non coincide con quella della collega, che rispetto. Tra l'altro, sappiamo che è stato fatto l'esame autoptico sul cadavere e, alla fine, la relazione può essere condivisa.

PRESIDENTE. Do ora la parola al Ministro per una breve replica.

RENATO BALDUZZI, *Ministro della salute*. Grazie anche per l'ampiezza dell'interlocuzione. Seguirò l'ordine degli interventi.

La domanda dell'onorevole Pedoto sugli elementi ostativi che hanno portato a una graduale introduzione di un sistema collaudato di certificazione dei bilanci ha, probabilmente, un valore retorico poiché la risposta sta già agli atti di questa Commissione, dalla sua costituzione fino a oggi, specialmente con riferimento a situazioni verificatesi in alcune regioni.

Ricordo, peraltro, che su questo tema, c'è una certa recidiva storica perché, quando si decise il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella analitica per centri di costo nelle aziende sanitarie, furono necessari circa dieci anni di attesa affinché si consolidasse in modo omogeneo nel sistema. L'introduzione di criteri omogenei di certificazione dei bilanci è un'altra svolta importante. Credo, dunque, che occorra essere molto attenti a che, una volta individuato il modo di risolvere certi problemi storici, non si trovino scappatoie per svincolare ulteriormente rispetto a criteri di omogeneità abbastanza elementari.

Onorevole Barani, non so se tutto questo dipende dalla strutturazione costituzionale e dalla regionalizzazione e se, invece, una sanità accentrata a Lungotevere Ripa o a Via Ribotta potrebbe migliorare la situazione. Ho, però, qualche dubbio perché, allontanandosi dalla testa le propaggini del corpo, diventa più difficile, a meno che non vi sia una terminazione nervosa molto monitorata, capire cosa fa tutta l'articolazione. Tuttavia, è certo che, almeno per quanto riguarda la questione della certificazione dei bilanci, siamo arrivati a completare le carte. Poi, bisogna verificare che anche l'imputazione dentro le carte sia coerente.

Per quanto riguarda, invece, la seconda domanda dell'onorevole Pedoto, credo che la risposta stia proprio nell'articolo 1 del decreto-legge n. 158 e, ovviamente, nella sua attuazione. In quella sede abbiamo completato il percorso che, dalla ristrutturazione della rete ospedaliera secondo gli standard contenuti nel regolamento attuativo della *spending review*, passa attraverso la riorganizzazione della rete della medicina generale. L'unico modo per poter affiancare a una riorganizzazione e a una ristrutturazione un progetto di salute è quello di far funzionare le reti. La sanità è a rete, per cui le tre reti - ospedaliera, territoriale, emergenza-urgenza - non possono vivere ognuna per conto proprio, ma, anche per risolvere le situazioni che richiedono continuità assistenziale e tutte le cronicità, devono dialogare fra di loro.

A proposito del regolamento sugli standard ospedalieri, elementi ulteriori possono emergere proprio in questi giorni. La prossima settimana, sarò nella Commissione XII di questo ramo del Parlamento per un'audizione relativa proprio a quel regolamento. Quindi, rinvio questo profilo a quella sede, anche per rispetto e correttezza istituzionale nei confronti della presidenza e della Commissione XII.

Sarebbe interessante approfondire - forse è più un tema da convegno *ad hoc* che da Commissione d'inchiesta - la questione dei rapporti tra pubblico e privato in sanità. Credo che un criterio importante sia verificare sempre, in concreto, l'uguaglianza di diritti e di doveri in capo gli uni e agli altri. Il nostro sistema che ha sempre visto la componente privata non marginalizzata, ma intesa come integrativa di un impianto di sanità pubblica, credo che abbia dimostrato nel tempo - se sono vere le classifiche internazionali - una sua coerenza. Questo non vuol dire che, specialmente per quanto riguarda il pubblico, non ci sia da avere attenzione per impedire fenomeni distorti. D'altra

parte, quando nell'articolo 4 del decreto-legge n. 158 abbiamo inserito alcune norme sulla nomina dei primari o sulla trasparenza della nomina dei direttori generali, andavamo proprio nella direzione di eliminare la cattiva politica dalla sanità.

Per quanto riguarda la proporzione tra amministrativi e sanitari, di cui parleremo la prossima settimana in sede di Commissione XII, c'è una clausola del regolamento sugli standard ospedalieri che, per la prima volta, introduce un elemento di chiarezza su questo aspetto.

La questione di Taranto ci porterebbe lontano, anche se, per garbo nei confronti dell'onore Patarino e del presidente della Commissione, vorrei dire qualcosa al riguardo.

L'onorevole Patarino sa che nell'autorizzazione integrata ambientale (AIA), per la prima volta, è stata inserita una parte sanitaria. Questa è una svolta, ma non basta, poiché, accanto al piano di monitoraggio sanitario, occorre anche un progetto salute per Taranto. Comunque, quali che siano i risultati epidemiologici - visto che le diverse scuole epidemiologiche hanno una dialettica su questo punto - mi sembra intuitivo e di buonsenso che lì vi sia un problema. Non è l'unico luogo d'Italia dove ci sono difficoltà, ma c'è sicuramente un problema anche di tipo sanitario.

Voler tenere insieme - come vogliamo - ambiente, salute, lavoro e sviluppo richiede anche, se c'è un problema, una risposta sanitaria in termini di prevenzione, di monitoraggio e sorveglianza, ma anche di cura e di riabilitazione. Quindi, non si tratta di immaginare una deroga rispetto a regole generali, specialmente per una ragione in piano di rientro, bensì di un vero e proprio progetto salute per Taranto e per altri luoghi d'Italia. Sto pensando a un certo triangolo in Campania e ad altri luoghi. Probabilmente, lo stesso discorso varrebbe almeno per tutti i siti di interesse nazionale classificati ai sensi della bonifica perché, dove c'è un'emergenza ambientale, normalmente, c'è anche un'emergenza di tipo sanitario.

Per questa ragione, abbiamo pensato di inserire non soltanto il piano di monitoraggio sanitario nell'AIA, ma anche, nel riparto 2013, gli obiettivi rilevanti per l'attuazione del piano sanitario nazionale, non per la quota indistinta delle risorse destinate alla sanità, ma per quella che diciamo il «fondino». Non è stato possibile farlo per il riparto 2012 perché eravamo troppo avanti per poter immaginare un intervento fatto bene, ma credo che ci possa essere una doppia strada, cioè un'attenzione immediata, in cui possono essere anche verificate ipotesi come quella che lei avanzava, relativamente a un maggior coinvolgimento di strutture come l'ospedale militare, e un intervento a regime che, per Taranto come per altre situazioni, apporti progetti *ad hoc*.

Insomma, non si tratta di avere qualche «gettonato» o qualche infermiere in più, ma di immaginare, in quelle situazioni, un intervento coordinato e razionalizzato. Penso che lo strumento per farlo - almeno quello individuato da me e dal Ministero - non possa che essere il riparto 2013 per la quota finalizzata.

L'onorevole Burtone ha svolto un intervento in cui ha inserito molti temi. Recuperarli tutti ci porterebbe lontano. Concordo su alcune sottolineature. Peraltro, tutto il lavoro della Commissione, già sotto la presidenza dell'onorevole Orlando, e poi ora con l'onorevole Palagiano, va in questa direzione. Ci sono gli errori umani, ma anche quelli di sistema. È come nel caso delle figure di danno: c'è il danno che consegue a una responsabilità professionale individuata, ma anche quello da disorganizzazione. Pertanto, ritengo anch'io che la focalizzazione debba andare in questa direzione, nella quale, del resto, ci stiamo, appunto, indirizzando. D'altra parte, anche nel regolamento sugli standard c'è qualcosa che corrisponde a questa preoccupazione.

Personalmente, ho sempre evitato di parlare di tagli perché non mi sembra il modo corretto con cui rappresentare quello che dobbiamo fare. Il problema non è incentrare la questione sulla riduzione dei posti letto, ma sulla loro riallocazione, tra acuzie e post-acuzie. Queste sono tutte cose ben note ai presenti, che, però, devono diventare ben note anche nell'opinione pubblica e negli strumenti di comunicazione. È vero che «tagli» è una parola con cinque lettere, quindi è molto comoda, ma non dà l'idea. Quello che deve fare un qualunque decisore, a qualunque livello, non è tagliare, ma riorganizzare.

Insomma, se non c'è bisogno di 100 posti letto per acuti, perché averli crea solo un incentivo al ricovero inappropriato, vanno ridotti, senza ridurre, però, i servizi, perché quelle risorse servono per

potenziare posti letto di riabilitazione e lungodegenza oppure la medicina territoriale, secondo il sistema delle varie reti a cui accennavo prima rispondendo all'onorevole Pedoto. In questo, è importante anche il ruolo della Commissione parlamentare d'inchiesta per riuscire a ottenere un superamento anche da un punto di vista lessicale, cosa molto difficile perché le esigenze della comunicazione mediatica sono queste.

Penso, anch'io, onorevole Burtone, che occorra un maggiore coordinamento e una maggiore capacità di indirizzo da parte del Ministero della salute. È ciò che abbiamo cercato di fare, ma, ovviamente, si può sempre migliorare. La normativa, peraltro, lo consente, anche se è vero che su alcune questioni occorre avere un'interlocuzione virtuosa tra i tre soggetti del sistema: il Governo, con il Ministero della salute e non solo; le regioni, con il sistema delle aziende; e il Parlamento. Un quarto soggetto sono, poi, i vari *stakeholders*, ovvero i professionisti che lavorano in ambito sanitario e l'opinione pubblica. Comunque, mi riferisco specialmente ai primi tre. È, infatti, l'interlocuzione a tre - rispondo anche all'onorevole Barani, che pure aveva sottolineato questo aspetto - che può permettere una maggiore omogeneità del sistema. Il livello nazionale, sul piano non soltanto esecutivo, ma anche legislativo, dovrebbe parlare la stessa lingua e interloquire in modo autorevole con il sistema regionale. Questa è una linea che già perseguiamo, ma che può essere lasciata anche come traccia per il futuro.

L'onorevole Fucci sottolineava alcune criticità sul profilo sia della responsabilità professionale, a seguito della modifica introdotta all'articolo 3 del decreto-legge, sia della ripercussione che tutto ciò sta avendo nel mondo dei professionisti della sanità, dei giuristi e così via. Ecco, credo che sia presto, onorevole Fucci, per poter dare un giudizio. Specialmente per le norme che necessitano di un'applicazione giurisprudenziale, bisogna avere un po' di pazienza. Difatti, qualunque norma avessimo scritto sarebbe stata oggetto di un'interpretazione e di un'applicazione in un sistema in cui il legislatore, per quanto si sforzi, non riuscirà mai a fotografare esattamente e in dettaglio le diverse situazioni. Anzi, più si va nella direzione di un'indicazione analitica, più c'è il rischio che sfugga qualcosa.

D'altra parte, è la stessa questione dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle linee guida. C'è certamente un po' di farraginosità, ma è sempre meglio di nulla. Poi, c'è sempre il caso concreto nel quale si è seguita pedissequamente le linee guida, ma non ci si è accorti che c'era una cosa enorme che avrebbe dovuto indurre - in quel caso specifico - a lasciarle da parte. Tuttavia, non possiamo fare una norma sulla base di un caso simile, altrimenti spazziamo via tutte le altre situazioni che, invece, mettono al riparo, psicologicamente e giuridicamente, il professionista che sa che ha un quadro consolidato di punti di riferimento.

Il mio non è un modo per dire di prendere tempo. Su questi temi ho intervistato diversi colleghi penalisti, ma ognuno di loro afferma una cosa diversa. Sarà, infatti, solo l'applicazione che ci dirà se siamo riusciti a dare maggiore serenità. Sulla carta, è così: la norma dà una maggiore serenità rispetto alla situazione precedente. Questo, naturalmente, può non essere sufficiente. Infatti, nel disegno n. 2935 c'è qualche richiesta di perfezionamento del sistema, non solo per la parte assicurativa, come dicevo al presidente Palagiano. Ho, però, l'impressione che abbiamo fatto il primo passo. Ora, aspettiamo di vedere dove ci porta e poi faremo il secondo.

All'onorevole Gianni - che è andato via - vorrei dire che, sull'amianto, abbiamo attuato alcuni interventi. Non mi piace elencare le azioni compiute, ma non si può dire che non si è fatto niente. Per esempio, abbiamo stanziato complessivamente 23-24 milioni, togliendoli da altre partite, per individuare una maggiore sorveglianza epidemiologica e un coordinamento della ricerca; inoltre, nel progetto tumori rari, una parte è dedicata proprio all'amianto. Sto parlando dei progetti obiettivo del riparto 2012, oltre che dei progetti CCM (Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie). Sarebbe bene dire che queste cose sono state fatte, per cui andrebbero applicate. Il criterio dovrebbe essere quello. Comunque, lo dirò all'onorevole di persona, se avrò occasione di incontrarlo.

Poi, sulla questione dei *ticket*, sembra fossero le dislocazioni parlamentari dell'epoca, ma qualcuno quei due miliardi di *ticket* aggiuntivi deve pure averli approvati. Sono quelli il problema, non le

opinioni del Ministro sulla franchigia. Il fatto è che se non facciamo niente, arriva la «bomba» il 1° gennaio 2014. Mi sembra abbastanza intuitivo.

Onorevole Lo Moro, condivido la preoccupazione relativa alla circostanza che, qualche volta, gli strumenti utilizzati per dare virtuosità siano essi stessi suscettibili di qualche opacità. Per l'esperienza che ho fatto nell'Age.Na.S., posso dire che ho visto un ente che con poco produce molto. Tuttavia, in generale, il problema esiste.

È più facile impedire che far fare. Qualche volta è anche difficile impedire, ma certamente è sempre più facile impedire che far fare. In situazioni così particolari come quella della regione a cui ha fatto riferimento l'onorevole Lo Moro, sto pensando da mesi che forse non è sufficiente l'impianto previsto dall'attuale normativa, cioè una struttura commissariale, con il presidente della regione che è il commissario e con la designazione di uno o due subcommissari che rischiano, dopo qualche mese, di entrare in conflitto non sempre positivo con la struttura locale e di essere poco supportati. Ho l'impressione che in alcune situazioni regionali si debba investire un po' di più. Bisognerebbe immaginare qualche ulteriore strumento, come una *task force*.

Per la verità, il sistema era strutturato in quel modo perché si era immaginato, fin dall'inizio, che non fosse solo un'azione dall'alto, cioè da Roma, con la nomina della struttura subcommissariale, ma che ciò fosse accompagnato da un affiancamento orizzontale tra regioni. Devo dire, però, che forse questo non ha funzionato fino in fondo perché i problemi sono vasti. Ecco, signor presidente, a questo proposito un *input* potrebbe venire dalla relazione finale sull'attività della Commissione. So che vi siete occupati di questo in modo molto approfondito, quindi credo che potrebbe essere utile una riflessione.

Vorrei, inoltre, dare una buona notizia all'onorevole De Nichilo Rizzoli. Infatti, il lavoro che ha compiuto, a suo tempo, sul disegno di legge n. 2935 per la parte del fascicolo sanitario elettronico è arrivato a destinazione prima. Proprio oggi, peraltro, sarei dovuto essere in Senato per la fiducia sulla legge di conversione del decreto-legge n. 179, in cui è inserita la norma sul fascicolo sanitario elettronico. Ho, però, preferito «prendere la fiducia» in questa Commissione parlamentare d'inchiesta. Comunque, il lavoro svolto a livello parlamentare è già arrivato a conclusione. Speriamo che possa arrivare a conclusione anche l'insieme delle disposizioni, alcune delle quali recuperano emendamenti che in sede di conversione del decreto-legge n. 158 questo ramo del Parlamento aveva dimostrato di gradire, ma che poi, per le vicende ben note della conversione in legge, non erano stati presi in considerazione. Sto parlando, appunto, del disegno di legge n. 2935, il cui cammino in Commissione del Senato è intenzione del Governo e del Ministro facilitare. A questo proposito, so che c'è un'interlocuzione costante tra Camera e Senato su questo punto, in particolare tra deputati che seguono la materia sanitaria, così che, ove si possa arrivare a definire in sede di discussione al Senato un assetto condivisibile, questo possa essere fatto proprio anche dalla Camera dei deputati, per arrivare, come «ultimo treno» della legislatura, a completare un percorso, lasciando la valutazione a coloro che verranno dopo. A ogni modo, almeno una parte del lavoro fatto è già pervenuto da qualche parte. Poi, si sa che le leggi non sono tutto perché c'è tutta la parte dell'applicazione.

PRESIDENTE. Grazie, Ministro. Nei prossimi giorni avremo il risultato dell'indagine conoscitiva di carattere statistico sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere. È una fotografia molto interessante. Già abbiamo qualche dato preliminare, ma sarà pronta fra qualche giorno. Le trasmetteremo con molto piacere i dati, affinché, nel tentativo di dare maggiore serenità agli operatori sanitari e una garanzia di maggiore appropriatezza terapeutica a chi fruisce del Sistema sanitario nazionale, anche lei possa avvalersene per un progetto che spero ella vorrà condividere, servendosi dell'aiuto e delle competenze specifiche di questa Commissione, che è stata creata anche per la prevenzione degli errori sanitari, per intervenire non soltanto quando l'errore è stato fatto o sulle colpe individuali, ma anche, come lei ha giustamente sottolineato, sulle responsabilità organizzative, politiche e gestionale del sistema sanitario nazionale.

Ringrazio nuovamente il Ministro, anche per averci dato molti chiarimenti sulle politiche sanitarie nazionali, e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 11.