

**COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO  
AUDIZIONE**

11.

**SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 GIUGNO 2014**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Calabrò Raffaele (NCD) .....	12
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .....	3	Capelli Roberto (Misto-CD) .....	13
<b>Audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, in merito allo stato di avanzamento delle procedure per la definizione del Patto per la salute (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):</b>		Cecconi Andrea (M5S) .....	8
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .	3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14	Lorenzin Beatrice, <i>Ministro della salute</i> .	3, 7, 10 11, 14
		Lenzi Donata (PD) .....	8

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Nuovo Centrodestra: (NCD); Lega Nord e Autonomie: LNA; Per l'Italia (PI); Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: (Fdi-AN); Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero-Alleanza per l'Italia: Misto-MAIE-ApI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI.**

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
PIERPAOLO VARGIU

**La seduta comincia alle 15.05.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati, nonché la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, in merito allo stato di avanzamento delle procedure per la definizione del Patto per la salute.**

PRESIDENTE. La Commissione convocata oggi, come sapete, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, reca all'ordine del giorno l'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, che ringrazio per la presenza in Commissione, in merito allo stato di avanzamento delle procedure per la definizione del nuovo Patto per la salute.

Do direttamente la parola al Ministro Lorenzin per il suo intervento.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Gentile presidente, onorevoli deputati, ci ritroviamo dopo gli incontri del 20 dicembre 2013 e del 22 gennaio 2014 per approfondire ulteriormente il dibattito sulle iniziative in corso per la definizione del nuovo Patto per la salute valido per gli anni 2014-2016.

Inizio con il riferirvi che proprio in queste ore si stanno svolgendo presso il Ministero della salute incontri politici tra le delegazioni del mio dicastero e del MEF con i presidenti e gli assessori regionali per definire le questioni ancora aperte e fissare i contenuti del nuovo Patto per la salute.

L'attuale andamento dei lavori mi induce a ritenere che già la prossima settimana si potrà positivamente chiudere un testo condiviso tra Stato e regioni. I colleghi immaginano che, essendo in corso una trattativa di cui sono parte, non potrò entrare nei dettagli degli articoli che stiamo dibattendo con la Conferenza Stato-Regioni e con il MEF essendo la riunione a porte chiuse. Abbiamo, però, già approvato praticamente due terzi del patto. Domani dovrò andare in Lussemburgo per il Consiglio dell'Unione europea e penso che entro la metà della prossima settimana avremo concluso tutta la parte di approfondimento politico e che il patto potrà andare in Conferenza Stato-Regioni. Siamo, quindi, arrivati alla parte finale.

Durante le numerose riunioni tecniche svoltesi nel mese di maggio 2014 sono stati affrontati numerosi temi, quali la determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali, la mobilità transfrontaliera, l'umanizzazione delle cure, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale, la gestione e lo sviluppo delle risorse umane nonché la riforma della gestione sanitaria nelle regioni in piano di rientro e le funzioni del comitato LEA.

Alcune delle proposte sulle tematiche appena elencate sono già state condivise a livello tecnico dal Ministero della salute, dal MEF e dalle regioni. Parallelamente, sono stati istituiti specifici gruppi di lavoro

composti da rappresentanti del MEF, del Ministero della salute e delle regioni per la trattazione di specifici temi, quali l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la revisione dell'attuale sistema di partecipazione alla spesa sanitaria. Nel corso delle riunioni, sono stati affrontati temi quali l'assistenza farmaceutica, i sistemi informativi e il Piano nazionale della prevenzione.

Ritengo opportuno, a questo punto, fare ancora una volta un richiamo all'obiettivo prioritario che mi sono data all'inizio del mio mandato e su cui sto interagendo con le regioni: realizzare una sanità sostenibile nel segno dell'appropriatezza. È un obiettivo ormai noto, a cui ho fatto riferimento sia quando ho illustrato le linee programmatiche del mio dicastero, sia quando, in occasione delle precedenti audizioni, ho anticipato i contenuti dell'emanando Patto per la salute.

Vorrei aggiungere che abbiamo anche inquadrato il patto all'interno della proposta di riforma, del Titolo V della Costituzione. Ci stiamo anche basando su una riorganizzazione della programmazione regionale sanitaria, che ci permetta anche di omogeneizzare maggiormente gli interventi territoriali e cercare, dopo tutti questi anni, di puntare a un innalzamento della qualità dei livelli essenziali di assistenza con *standard* di appropriatezza in tutte le regioni.

Abbiamo affrontato nel tavolo anche la questione dell'assistenza socio-sanitaria, quindi di un'altra gamba. Anche se non prettamente di competenza del Ministero della salute, ma anzi molto di quello del lavoro e delle politiche sociali, è inimmaginabile concepire un'integrazione ospedale-territorio senza riorganizzare anche il territorio e richiamare la necessità di impostare un lavoro sui costi *standard* e sul dettaglio della spesa sanitaria in modo simile anche sul sociale, così da poter avere un sistema che dialoga e ha dei parametri di valutazione e di *performance*.

Il concetto del parametro di valutazione è stato introdotto nel patto a tutti i livelli, così come è stato introdotto in modo molto forte il tema della sanità

elettronica e delle questioni di cui mi avete sentito parlare durante quest'anno, e cioè della necessità di una tracciabilità, di un accesso ai dati in termini immediati e continui e della possibilità, appunto, di averli in modo sia qualitativo sia numerico, così da avere un sistema che ci permetta di monitorare le prestazioni rese a livello nazionale in tutte le sue varie diramazioni.

L'appropriatezza è un tema trasversale che costituisce il vero pilastro del nuovo Patto per la salute, tenuto conto che si declina in razionalizzazione dell'offerta dei posti letto ospedalieri, che corrisponde all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e all'accesso al pronto soccorso, misura che può garantire una notevole riduzione della spesa sanitaria.

Attraverso il patto, le regioni si impegnano altresì a ridurre i ricorsi ai ricoveri e alle prestazioni inappropriate, con un possibile ulteriore risparmio. Parliamo anche di appropriatezza d'uso delle apparecchiature delle indagini diagnostiche e dei percorsi diagnostico-terapeutici, di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, di riorganizzazione del sistema della *governance*, di rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo sui livelli essenziali di assistenza. Sono, altresì, previsti interventi sui farmaci, sui dispositivi medici e sull'HTA (Health Technology Assessment).

Un obiettivo fondamentale condiviso tra Governo e regioni caratterizza questo nuovo patto: tutte le risorse che saranno risparmiate attraverso l'applicazione delle misure di razionalizzazione saranno reinvestite per politiche sanitarie a invarianza del finanziamento statale annuale previsto per il fondo sanitario.

Sono molti i temi in via di approfondimento su cui in queste ore stiamo dialogando e su cui è stata già raggiunta la condivisione a livello tecnico e politico tra il Ministero della salute, il MEF e le regioni. È noto a questa Commissione che la mia intenzione era di portare già dai primi dieci giorni del mese di giugno la proposta di Patto per la salute 2014-2016 al confronto politico. Come, però, ho già

riferito, proprio in questi giorni, 16, 17 e 18 giugno, si stanno svolgendo le riunioni politiche con le delegazioni delle regioni e dei due dicasteri competenti. Il piccolo ritardo sulla prevista tabella di marcia è dovuto al prolungamento delle riunioni tecniche tra i ministeri e le regioni per predisporre l'articolato da sottoporre all'approvazione definitiva del tavolo politico.

Tra i temi più rilevanti che il nuovo patto affronta, spicca la cornice programmatica dei prossimi anni, e quindi la programmazione del fabbisogno *standard* del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni *standard* regionali nel rispetto degli obblighi comunitari e degli obiettivi di finanza pubblica, tenuto conto di quanto disposto dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

È di tutta evidenza che, ai fini della programmazione, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza riveste un ruolo primario. A tale fine, il patto garantisce il prossimo aggiornamento dei LEA e, in parallelo, è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro composto da rappresentanti dei ministeri e delle regioni che sta già lavorando a tale aggiornamento.

Il patto affronta anche i temi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, sui quali è in corso la valutazione dei ministeri. Contiene la definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera in relazione alla prevista riduzione dello *standard* di posti letto ospedalieri. Lo scopo è promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e di linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera nonché l'avvio di azioni sinergiche tra ospedale e territorio.

In estrema sintesi, il provvedimento contiene indicazioni programmatiche di riduzione dello *standard* dei posti letto ospedalieri, prevedendo percorsi virtuosi di accorpamento e di riconversione delle strutture sanitarie accreditate in un lasso temporale congruo, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello

organizzativo e strutturale del Servizio sanitario nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

La misura, pertanto, si inserisce nell'ambito delle manovre che le regioni devono attuare per una razionalizzazione strutturale della rete ospedaliera nell'ambito del quadro complessivo di revisione della spesa sanitaria, con una riduzione del numero di posti letto dall'attuale *standard* di 4 per mille abitanti a 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici e assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. Il tema dell'assistenza territoriale deve focalizzarsi sulle iniziative da realizzarsi per garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio, dal cittadino al paziente.

Per quanto riguarda la centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, il patto contiene iniziative per attuare interventi di urbanizzazione in ambito sanitario che coinvolgono gli aspetti strutturali organizzativi e relazionali dell'assistenza. In materia di assistenza territoriale, sono previste alcune proposte relative all'assistenza domiciliare palliativa specialistica, da assicurarsi in ogni regione, già previste dal decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39. Sono proposte anche alcune disposizioni relative all'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, sull'accesso alle cure palliative per una terapia del dolore finalizzata a garantire l'assistenza domiciliare palliativa specialistica pediatrica. Grande attenzione è, altresì, dedicata anche al tema dell'umanizzazione di tali cure.

Con il nuovo patto si propone anche che entro poche settimane, nella sede della Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sia approvato l'accordo avente a oggetto linee guida in materia di modalità

di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, implementando le reti sanitarie regionali e nazionali. Tale documento risulta essere già in avanzato stato di istruttoria presso la segreteria della Conferenza Unificata e della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Altro tema oggetto della proposta del nuovo Patto per la salute è la revisione dell'attuale sistema di partecipazione alla spesa sanitaria, volto a garantire una maggiore equità sociale e, in particolare, una maggiore tutela delle fasce di popolazione caratterizzate da un reddito modesto in relazione alla numerosità dei componenti del nucleo familiare.

Nell'ambito dei lavori in corso, le parti hanno condiviso la necessità di rivedere il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e di esenzione, al fine di garantire il perseguimento di alcuni obiettivi generali mantenendo l'invarianza del gettito da partecipazione al Servizio sanitario nazionale non solo a livello nazionale, ma anche delle singole regioni.

Relativamente al tema dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, si intende rafforzare la capacità delle regioni di raggiungere gli obiettivi non solo strettamente finanziari, ma soprattutto quelli rivolti alla riqualificazione dei servizi, e promuovere una nuova visione dei piani di rientro e un nuovo paradigma che li concepisca come piani di rilancio e di riqualificazione dei servizi sanitari regionali.

Ritengo necessario che sia innalzato il livello istituzionale della verifica, in particolare nelle regioni commissariate, in considerazione del fatto che i commissari *ad acta* sono organi straordinari nominati dal Governo. Nel contempo, ritengo necessario impegnare risorse sul fronte dell'affiancamento e della formazione in materia di tutela della salute in garanzia dei LEA.

Inoltre, ho previsto delle norme di semplificazione dell'azione nei piani di rientro. Altro è, infatti, l'attenzione rigorosa ai procedimenti di rientro dei bilanci e l'applicazione dei LEA, altro un'eccessiva burocratizzazione delle procedure, che non ha creato nel tempo un processo

virtuoso di efficientamento dei sistemi, anzi spesso ha remato esattamente in senso contrario. Abbiamo la necessità, dunque, sui piani di rientro di fare un salto di qualità per quanto riguarda sia le misure in atto sia per quelle future con una diversa partecipazione da parte dei soggetti interessati, Ministero della salute e Ministero dell'economia, nell'ottica non solo di una semplificazione e di uno snellimento delle procedure, ma anche di una velocizzazione dei progetti e dei piani, in modo che chi entra nei piani di rientro non si trovi in una via senza uscita.

È stato sollevato anche il tema del doppio binario, cioè delle regioni che hanno raggiunto l'equilibrio finanziario, ma che non hanno ancora raggiunto l'equilibrio dei livelli essenziali di assistenza, e quindi di come trattare, in questo caso, un affiancamento di queste regioni per riuscire anche a garantire una più facile uscita dai piani di rientro.

La proposta del nuovo patto tiene conto anche degli aspetti legati alla mobilità sanitaria transfrontaliera e di tutte le tematiche a essa collegate. Novità rilevanti in quest'ambito, come è noto a questa Commissione, sono state recentemente introdotte nell'ordinamento in materia di assistenza sanitaria in ambito comunitario e internazionale.

Con la direttiva 2011/24/UE, infatti, in materia di applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, recepita con il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, è stata prevista l'istituzione di un punto di contatto nazionale che permetterà al paziente di compiere una scelta informata più adeguata al suo caso clinico e rappresenterà il punto di raccordo tra utenti, prestatori di assistenza sanitaria, Stati membri e Commissione europea.

Con il patto tra Stato e regioni si potrebbe convenire su iniziative sinergiche di raccordo tra il punto di contatto nazionale e i punti di contatto regionali. Un ulteriore impegno è quello di rendere più trasparente il sistema e dare la possibilità ai cittadini di scegliere il luogo dove po-

tersi curare. Tutto questo sarà realizzato anche grazie al progetto Portale della trasparenza dei servizi per la salute.

Relativamente all'edilizia sanitaria, l'articolo 20 della legge 1° aprile 1998, n. 67, rappresenta la continuità degli investimenti in sanità e ha garantito nel tempo il mantenimento e il rinnovo del patrimonio nazionale delle strutture sanitarie. Non vi è dubbio che le politiche di programmazione degli investimenti pubblici destinati al patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale hanno seguito strettamente, specie nell'ultimo quinquennio, l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale, caratterizzate da un necessario processo di crescente attenzione a un'assegnazione efficace ed efficiente degli investimenti ai fini del contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Gli obiettivi inizialmente individuati dal legislatore, quali la ristrutturazione edilizia, l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti, sono stati nel tempo integrati con finalità specifiche.

Tra queste, ci si riferisce in particolare all'adeguamento alle norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, al riequilibrio tra l'ospedale e il territorio. Appare evidente che il programma straordinario di investimenti assume il ruolo di strumento indispensabile per supportare la riqualificazione, la riorganizzazione e la razionalizzazione del sistema di erogazione della salute che costituisce il sistema sanitario di ogni regione. Su questo fondamentale tema ci stiamo interrogando in queste ore per realizzare l'obiettivo di garantire nel prossimo triennio interventi di ristrutturazione e adeguamento delle strutture sanitarie.

Uno degli altri capitoli — sono molti quelli che stiamo affrontando — è il tema della prevenzione che, come vedrete, in realtà attraverserà tutta la filosofia del patto, sia con una maggiore incidenza

nelle cure primarie e nella medicina del territorio, sia con un vaglio diverso degli obiettivi raggiunti.

Come è evidente a tutti, infatti, abbiamo la necessità di omogeneizzare gli interventi di prevenzione nel Paese e di garantire una promozione della prevenzione a livello nazionale con linee guida nazionali implementate nei territori. L'unico modo che abbiamo, infatti, non solo per mantenere più a lungo in salute i nostri cittadini, ma anche per rendere sostenibile il sistema, è di farli ammalare il meno possibile. Per fare questo, sono necessarie azioni mirate, anche con l'aiuto della medicina del territorio, e misurabili.

Resto a disposizione per ogni eventuale approfondimento.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il ministro per la relazione che ha voluto svolgere, che mi sembra abbia introdotto diversi spunti di ragionamento.

**BEATRICE LORENZIN, Ministro della salute.** Vorrei aggiungere qualcosa che ho dimenticato.

**PRESIDENTE.** Allora, mi sembra che abbia introdotto diversi, ma non tutti gli spunti di ragionamento. Introduce l'ultimo adesso.

**BEATRICE LORENZIN, Ministro della salute.** Purtroppo, non potendo entrare troppo nel dettaglio, mi rendo conto che può sembrare una relazione un po' più in generale. Come sapete, però, è proprio di queste ore la trattativa, di cui quindi non posso parlare. Vorrei dirvi che, però, ho letto con molta attenzione l'indagine conoscitiva condotta da questa Commissione con la Commissione bilancio, un'indagine estremamente importante, molto approfondita e per me uno spunto di lavoro che ho portato all'interno del patto.

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

DONATA LENZI. Devo dire che ho due sensazioni tra di loro assolutamente contrastanti. La prima è di grande soddisfazione se si arriva a chiudere il Patto per la salute, perché sappiamo tutti che, se non si sblocca questo, tante cose in sanità non possono essere fatte e affrontate. È, quindi, un risultato, un obiettivo che, se si raggiunge in tempi giusti, è da mettere tra le cose positive.

Dall'altra parte, non le nascondo, ministro, che le cose che dice sono così largamente condivisibili perché non sono precisate. Probabilmente, se andassimo nella traduzione concreta degli obiettivi che ha indicato, avremmo qualche elemento in più per esprimere le nostre opinioni e forse emergerebbe qualche divergenza. Penso, per esempio, al problema del riordino della rete ospedaliera. Sappiamo bene che la riduzione a 3,7 posti letto per mille abitanti era prevista dalla *spending review*, che quindi è stata in una condizione di costrizione: chiunque di noi fa politica sul territorio sa con quali notevoli difficoltà si sconti la traduzione in concreto.

Nella discussione in corso al Senato sulla modifica del Titolo V, riferendomi proprio a quanto abbiamo scritto nelle conclusioni dell'indagine conoscitiva approvata con larghissima maggioranza, nel riequilibrio di responsabilità tra Ministero dell'economia e Ministero della salute, e quindi anche tra Stato e regioni, vedo anche un cambiamento di ruolo del Parlamento. Se ci sono più poteri per il Ministero della salute, infatti, ne consegue che questa Commissione avrà forse la possibilità di poter dire prima quali sono gli obiettivi da raggiungere, non di intervenire sul singolo caso — per carità — ma di indicare meglio gli obiettivi e poi verificarne l'attuazione.

Mi permetto solo due note in cui le chiederei qualche elemento in più. Sui giornali di questi giorni, per quello che riguarda i *ticket*, si dice di una discussione che dovrebbe legarli maggiormente al reddito: lei ha parlato soltanto, invece, dell'invarianza dell'entrata. Il tema *ticket* è di grande interesse per tutta la popola-

zione. Vorremmo capire dove avete trovato l'equilibrio. Proprio perché ci sono state queste anticipazioni di stampa, penso sia importante.

Le ricordo che proprio nel documento conclusivo dell'indagine sollevavamo anche il problema che un *ticket* alto fa fuggire, ovviamente, i pazienti sul privato e proprio quelli che hanno più risorse economiche. Chi non ha, invece, i soldi, magari non accede alla prestazione. Se su questo potrebbe fornirci qualche elemento di più.

È positivo il tema piani di rientro, controllo e verifica dei risultati anche dal punto di vista della salute con i LEA, sui quali sappiamo tutti che l'ostacolo era dato dalla valutazione del MEF e del costo. Può fornirci qualche elemento di speranza in più sul loro raggiungimento?

ANDREA CECCONI. Ringrazio il ministro di essere venuta finalmente in Commissione a parlare, visto che, come lei stessa ha detto, l'ultima volta ci siamo visti il 14 gennaio, quindi di mesi ne sono passati. Abbiamo chiesto più volte di sentirla e finalmente viene. Ci auguriamo che la sua presenza in Commissione sia più frequente rispetto a quella passata.

L'abbiamo chiamata, ovviamente, per parlare del Patto per la salute e lei viene a dirci che non può entrare nel dettaglio. È proprio questo, però, che volevamo, il dettaglio. Per parlare in linee generali, sarebbe bastato aprire qualsiasi quotidiano o periodico di settore che parlava di sanità e avremmo saputo già quali erano le linee generali del Patto per la salute. Forse questa Commissione, invece, aveva più necessità di entrare nel dettaglio della questione.

Nonostante siamo all'opposizione, e quindi non abbiamo una bozza del Patto per la salute, sono convinto che deputati della maggioranza potrebbero avere questa bozza, anche conoscendo assessori regionali, una possibilità che purtroppo non abbiamo. In ogni caso, sarebbe stato auspicabile che durante questa discussione, si fosse entrati un po' più nel dettaglio. Diversamente, parliamo del nulla.



So che si sta parlando di mettere in applicazione il famoso decreto Balduzzi sulla *spending review* tra posti letto, case della salute e via dicendo, quindi il tema del cosa si stava discutendo nel Patto per la salute era già noto a tutti: è il come si vuole fare che, invece, non è noto e che ci mette fortemente in difficoltà. Uscirà tra dieci giorni, tutta la discussione è stata fatta a porte chiuse e, secondo noi, è un modo nel terzo millennio non più sopportabile.

Si sta decidendo, infatti, tra Stato e regioni il futuro della sanità dei prossimi tre anni, che ricadrà sulla testa dei cittadini. Non mettere in condizione cittadini e associazioni di sapere cosa sta accadendo a porte chiuse tra il ministero e le regioni è, francamente, un atteggiamento che non ci piace.

Vorrei entrare praticamente su due o tre questioni. La prima è l'edilizia sanitaria. Ha detto che sarà ampliato il fondo per edilizia, ristrutturazioni e via dicendo. Sappiamo che siamo in un periodo anche giudiziario particolare riguardo all'edilizia, veniamo da un recente passato in cui ospedali costruiti o ancora non conclusi, costruiti in *project financing*, sono stati dei grandissimi fallimenti: sapere come lo Stato ha intenzione di finanziare, dare soldi alle regioni per costruire nuovi ospedali è abbastanza determinante.

Se si vuole continuare con la direttrice del *project financing*, vediamo qualche problema. Abbiamo anche qui un collega che è stato direttore generale di un'azienda sanitaria del nord Italia, e quindi sa cosa vuol dire costruire un ospedale in *project financing*, da 20 anni in costruzione e ancora non finito. Di progetti a livello nazionale di costruzione di nuovi ospedali con questa metodologia siamo pieni. Non vorremmo che, scandalo su scandalo o ospedale non concluso su ospedale non concluso, non si ottenga nulla.

Un altro particolare riguarda soprattutto la prevenzione, parlando della quale lei ha concluso la discussione. Su questo forse vorremmo qualche particolare in più, perché di prevenzione si parla da

troppi anni. Non si è fatto troppo o quasi nulla o non si sono fatte evidentemente le cose dovute. Ancora parliamo di prevenzione, che manca in questo Paese. Forse per troppi anni di questa prevenzione si è parlato, ma non si è fatto nulla. Vorremmo, invece, sapere dal ministero quali sono effettivamente le attività sulla prevenzione che vuole mettere in pratica. Se si parla del solito *spot* pubblicitario, ne siamo pieni e non ce ne facciamo nulla.

Infine, certamente ci aspettavamo che il Patto per la salute uscisse prima dell'inizio del 2014. Addirittura, l'anno scorso aveva detto che sarebbe uscito nel giro di qualche mese. Siamo a giugno, ci dice che arriva tra dieci giorni e ci auguriamo che tra dieci o quindici giorni arrivi, ai primi di luglio va bene ugualmente, ma non parliamone più perché siamo già a metà 2014 e, siccome il patto si riferisce al triennio 2014-2016, farlo arrivare a fine 2014 vuol dire che abbiamo già bruciato un anno.

Sarebbe bene sapere se esista la possibilità di avere qualche dettaglio aggiuntivo, anche magari documenti che ci arrivino dal Ministero successivamente a quest'audizione, per avere un quadro un po' più approfondito di questo patto rispetto a quanto detto oggi.

Ovviamente, la ringrazio comunque per la celerità; abbiamo richiesto l'audizione la settimana scorsa ed è venuta questa settimana. La circostanza ci ha messo un attimo in difficoltà, perché avremmo voluto prepararci un po' meglio. Forse è stato valido l'intervento, ma dal punto di vista dell'opportunità ci ha messo un po' in difficoltà.

**PRESIDENTE.** Vorrei avanzare una proposta metodologica. Essendoci molti iscritti a parlare, per evitare che ci siano tutti gli interventi dei colleghi, si arrivi alle 16 e il ministro sia costretto a tornare un'altra volta per dare le sue risposte, vorrei proporvi di modificare il nostro modo usuale di procedere e di fare inizialmente un intervento per gruppo, dando al ministro la possibilità di rispondere già sui primi due interventi. Diversamente, si

accatastano le domande e non ci sono risposte. In questo modo riusciamo, ovviamente, ad avere risposte già da questa prima sessione di domande su alcune delle nostre aree di interesse. Il Ministro Lorenzin stesso ha compreso e proposto di tornare una seconda volta per continuare.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. La prossima settimana?

PRESIDENTE. Magari torna con il Patto per la salute chiuso, con i verbali non segreti, così abbiamo qualche informazione anche di maggiore dettaglio.

Darei la parola già al Ministro Lorenzin per le prime risposte a Lenzi e Cecconi.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Mi avete entrambi stimolato e comincio rispondendo un po' e un po', in modo che conduciamo un ragionamento complessivo.

È evidente che a me sarebbe piaciuto moltissimo fare il patto già lo scorso anno. Il patto si chiama patto perché il soggetto non è unico, altrimenti non si chiamerebbe patto, ma sono tre: il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e le regioni. Da parte delle regioni c'è stata l'esigenza, prima di sedersi a fare il patto, che fossero chiarite alcune questioni. La prima di queste era quella della certezza del *budget*, e quindi del fatto che non ci fossero ulteriori tagli. La seconda condizione, a quel punto anche da parte mia, era di approvare i costi standard.

Nel momento in cui abbiamo avuto una certezza di *budget* e approvati i costi standard, abbiamo potuto fare un ragionamento reale su un'azione di programmazione che avesse un obiettivo diverso rispetto a quelli degli ultimi anni.

Nel mio caso, ho chiesto di fare in questo patto non un libro dei sogni, ma cose chiare, concrete, anche meno di quelle che tutti avremmo voluto, partendo da me stessa, ma attuate, con delle clausole di salvaguardia. Nel patto, infatti, c'è una clausola di salvaguardia, un sistema di monitoraggio e di autointervento, anche in modo sussidiario, quando gli accordi presi

e sottoscritti dalle parti non sono rispettati, ma senza aspettare che il problema sia esploso.

Se si prevede che si deve raggiungere un obiettivo entro il 15 luglio 2015 e il 4 marzo ci si rende conto che non si può fare, non si aspetta il 15 luglio, ma dal 4 marzo si comincia a intervenire per fare in modo che si realizzi. Questo era il principio di fondo sul quale ho voluto impostare il patto. Diversamente, diventa una trattativa di tipo parasindacale continua tra ministeri e regioni.

All'interno di questa cornice abbiamo inserito alcuni aspetti. Anzitutto — rispondo alla Lenzi — il tema dei posti letto sta a cuore anche a me. Ho detto anche all'interno della trattativa che il tema del posto letto come misurazione è totalmente superato, vetusto, anacronistico e non saprei cos'altro aggiungere.

Mi rendo anche conto che è molto difficile intervenire subito con un cambio di marcia radicale, ma stiamo introducendo alcuni elementi per creare i presupposti per un passaggio dal sistema di misurazione posto letto a un altro sistema di misurazione con un paletto molto chiaro, di non aumentare la spesa pubblica. Non vuol dire che passiamo domani da posto letto a prestazione, per essere chiara, ma che cominciamo a rompere questo tabù che è stato uno dei presupposti principali di quest'anno. Ci stiamo ragionando.

Abbiamo deciso di affrontare la riorganizzazione della rete territoriale, tenuto conto delle difficoltà che ci sono state anche dalla *spending review* del Governo Monti. Sappiamo tutti che in alcuni casi queste prescrizioni così stringenti hanno determinato dei problemi nella gestione della rete stessa. Non entro nel merito, ma è un tema che abbiamo già affrontato e risolto ieri.

Il cambiamento del ruolo del Parlamento è auspicabile. Tra l'altro, prelude anche a un cambiamento del ruolo del ministro, che probabilmente non sarò più io ma, quando sarà tutto attuato, sarà un'altra persona, ma questo non è importante.

PRESIDENTE. Non ne ha più voglia?

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Penso che nel tempo si attui una riforma costituzionale, ma l'importante è che superiamo i limiti di un sistema che negli anni li ha dimostrati, come anche i pregi. Affrontare i limiti non è un male.

Sui *ticket* avete letto delle indiscrezioni giornalistiche ma, come avete visto, è l'unica indiscrezione uscita; vuol dire che gli assessori sono bravi. Uno dei motivi per cui non avete visto le indiscrezioni è che i documenti sono consegnati sul tavolo nel momento in cui si discutono, quindi nessuna carta è girata precedentemente, se non le bozze dei vari interventi che sono stati assemblati, su cui si è lavorato negli ultimi periodi.

Non c'era un'esigenza di segretezza dovuta a una volontà di mantenere nascosto un dibattito, ma è semplicemente un anno che ci si sta esercitando in pareri, in opinioni anche con le varie società scientifiche, le varie categorie, le associazioni, il mondo del territorio. Adesso è il momento di decidere, e quindi è il momento in cui tutti gli attori devono assumere le proprie responsabilità. Bisogna arrivare in modo il più sereno possibile a una decisione finale.

Quella dei *ticket* è una parte estremamente importante. L'invarianza di gettito è necessaria per mantenere gli equilibri di risorse. Il gruppo di lavoro opera anche di concerto con il MEF, in modo che ci sia un'azione parallela anche alla delega fiscale. Il tema è quello di valorizzare il fattore famiglia, ma anche incentivare gli *screening* tra le persone che oggi non ne stanno usufruendo. Pensiamo alle parti più fragili della popolazione e alle persone che hanno in questo momento uno stato di necessità maggiore. Su questo si sta lavorando e si lavorerà, probabilmente, con una data di conclusione, che sarà non contestuale, ma un po' più spostata.

Quanto alla questione dell'edilizia sanitaria, all'autorità anticorruzione, ognuno deve assumersi le proprie responsabilità. Non possiamo bloccare le infrastrutture ospedaliere perché c'è chi ruba. Chi ruba

va in galera e le infrastrutture vanno realizzate. Secondo il meccanismo a cura del CIPE il ministero non entra nei singoli finanziamenti. C'è una cifra consistente stanziata dal CIPE, dopodiché si lavora con i bandi da parte delle regioni, con le gare di appalto e via dicendo.

Si tratta di una questione enorme che attiene al rapporto tra istituzioni pubbliche e corruzione nel nostro Paese, contro cui il Governo sta intervenendo ed è intervenuta anche con autorità. Sta, però, alla responsabilità di ognuno di noi nell'esercizio della propria singola funzione, dal cittadino al ministro. Dobbiamo fare in modo, innanzitutto, di trovare i fondi per finanziare l'articolo 20, che è veramente essenziale.

Dobbiamo attuare le norme antincendio nelle nostre strutture ospedaliere. Vi dico solo che costa di meno, in alcuni casi, realizzare un nuovo ospedale che realizzare le strutture antincendio. E tutti i temi dell'antisismica? Se succede un incidente, c'è il terremoto, chi paga, chi è responsabile?

È necessario questo tipo di assunzione di responsabilità. Il tema dell'infrastruttura sanitaria non è solo il *project financing*, ma anche proprio l'ammodernamento e la manutenzione dei nostri plessi, alcuni dei quali sono di prima del 1929 e, anzi, molti rientrano in quell'arco di tempo. Pensiamo ai plessi a padiglioni, a quanto spendiamo. Credo che su questo tema ci sia sicuramente necessità di una grande organizzazione degli interventi, ma non possiamo pensare che il nostro sistema sanitario vada avanti soltanto con la filosofia e con le tabelline. Va avanti anche con le situazioni concrete che abbiamo nelle nostre strutture ospedaliere. Questo non vuol dire che non ci sia un tema di controllo degli appalti, di velocità degli appalti, di velocità dell'implementazione dei lavori. Sono d'accordissimo su questo, ma lo terrei staccato dal fatto che dobbiamo finanziare il fondo.

Vi ricordo che, delle regioni in piano di rientro, quasi nessuna ha usufruito dei fondi CIPE dell'articolo 20. Essendo commissariate, non avevano avuto la possibi-

lità di attingere ai fondi infrastrutturali, per cui le regioni non in piano di rientro hanno una spinta per ammodernarsi e per essere sempre più virtuose, come vogliamo sperare, e quelle in piano di rientro, per quanti sforzi possano compiere, sono sempre tirate verso il basso. È metà Italia.

Di questo dobbiamo farci carico; è una questione che ho sollevato proprio in questi termini, come la sto riportando a voi in questo momento, con qualcosa di più e senza nulla di meno.

I LEA, come sapete, sono all'articolo 1 del nostro Patto per la salute. Siamo tutti d'accordo, il metodo di finanziamento dei LEA è proprio quello della *spending review* interna, cioè risparmiamo da una parte, investiamo dall'altra con questo meccanismo di salvaguardia, di monitoraggio degli impegni presi.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro. Procederei con altri due interventi. Il primo è del collega Calabrò.

RAFFAELE CALABRÒ. Ringrazio il ministro perché quest'audizione non era dovuta nel momento in cui si sta trattando il Patto per la salute tra ministero e regioni. La ringrazio perché ha detto che ha apprezzato il lavoro che è stato fatto con l'indagine conoscitiva e che questo può essere un elemento da avere presente all'interno del dibattito che state facendo sul Patto per la salute.

Penso che la presenza del ministro qui quest'oggi rappresenti non solamente la possibilità per noi di conoscere un po' lo stato dell'arte, ma anche di poter rappresentare questioni che in qualche modo, come per l'indagine conoscitiva, possono essere utilizzate dal ministro nel dibattito che sta facendo. Certo, il collega Cecconi ha ragione. Sarebbe piaciuto a tutti fare il Patto per la salute in *streaming* anche col Parlamento, ma sappiamo bene che questo non è possibile, quindi credo che questa sia l'occasione giusta per rappresentare alcune esigenze.

Vorrei rapidissimamente sottolineare qualche punto dei passaggi che sono stati affrontati. Parliamo di appropriatezza.

Nell'indagine conoscitiva è sottolineata e riprendo qui l'opportunità di dare una stabilità al concetto di appropriatezza. Mi spiego.

Se all'interno del ministero un gruppo di lavoro, con una sua stabilità, inquadra le patologie croniche e di queste conosca il tipo di indagini che devono essere svolte e con quale frequenza e il sistema sanitario nazionale lo garantisce ai cittadini, probabilmente abbiamo chiaro cosa vuol dire appropriatezza, altrimenti diventa un termine un po' vago, mentre deve essere presentato in termini estremamente precisi.

Sull'articolo 20, mi fa molto piacere che sia stato detto che, al di là dell'antincendio, di cui sentiamo parlare molto, esiste anche il problema dell'antisismico – credo che questo, in un Paese come il nostro, sia estremamente presente e forse anche più attuale di quanto ci immaginiamo – e che ci sia attenzione per le regioni che sono e che sono o sono state in piano di rientro.

Se vogliamo una modernizzazione del sistema omogenea su tutto il territorio, credo che si debba guardare con attenzione alle regioni del piano di rientro o che non hanno le strutture del 1928-29, ma del '500 e del '600, che sono state trasformate in ospedali. Bisogna capire come queste possano adeguarsi a un sistema attuale.

Quanto al cosiddetto regolamento Balduzzi e al problema dei posti letto, questi vanno individuati, bisogna darne un numero, uno standard, ma a me sembra che il concetto dei posti letto sia un po' superato. Credo che bisognerebbe puntare a ragionare su due parametri di cui i posti letto possono essere semplicemente una conseguenza: il volume e l'esito delle prestazioni.

Penso che a noi interessi relativamente in che maniera quella singola struttura, quella singola azienda vuole realizzare quel volume di prestazioni e può raggiungere quell'esito delle cure che deve prestare in quella struttura. Se rimaniamo, invece, all'interno del parametro numerico dei posti letto, credo che rischiamo di

cadere in qualcosa di non appropriato e di non puntare a realtà molto più efficaci sul piano dell'assistenza sanitaria.

Relativamente a mobilità, transfrontaliera e interregionale, anche in questo caso credo che, in una prospettiva di rischio della mobilità transfrontaliera, dobbiamo cominciare a ragionare su quali siano le reali esigenze di una mobilità interregionale. Non credo che il Sistema sanitario nazionale possa accontentare il gusto del singolo cittadino.

Credo che la mobilità vada condizionata ad alcune esigenze: liste d'attesa eccessivamente lunghe in una realtà regionale, per cui si ha il diritto di andare da un'altra parte rispetto a una lista d'attesa che non deve superare una certa soglia; qualità del servizio; esito di cura, che dà il diritto di accedere ad altra regione perché l'esito di cura della struttura in cui ci si trova non è adeguatamente garantito. Credo che la mobilità debba essere guardata con una certa innovazione rispetto a quanto non si è fatto forse fino a oggi.

Quanto ai piani di rientro, è molto importante — mi sembra di coglierlo dalle parole del ministro, ma non sono sicurissimo — la tempistica che si dà ai programmi di attuazione delle regioni. Oggi rischiamo di fare dei programmi di rientro che devono essere accettati dai ministeri, ma molto spesso il ritardo dei ministeri sulle carte di accettazione dei programmi fanno ritardare tutta l'attività delle regioni.

Che ci sia per lo meno un concetto di silenzio assenso: un certo termine entro il quale, se il Ministero dell'economia non risponde, il processo può camminare e andare avanti. Inoltre, che ci sia una chiarezza tra quello che deve seguire il Ministero dell'economia e quello che deve seguire il Ministero della salute. Non è possibile che, per quanto riguarda aspetti assistenziali, il Ministero dell'economia possa rimandare, ritardare, bloccare prospettive o capacità di una regione che vuole attivarsi.

L'ultimo punto che voglio sottolineare è quello dei dispositivi medici. Lo ha

accennato all'inizio, poi non ho avvertito se dopo ci siano stati altri dati più precisi. Che ci sia sempre una centrale di acquisti, che ci siano i prezzi di riferimento mi sembra essenziale; ma è importante che non si ragioni solamente in termini di economicità, bensì anche di qualità dei dispositivi. Non rischiamo di utilizzare realtà che non hanno caratteristiche di qualità sull'assistenza.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il collega Calabrò e do la parola al collega Capelli.

**ROBERTO CAPELLI.** Vista l'ora, cercherò di andare per titoli, perciò tralascio le premesse. Vorrei capire, se possibile, dal ministro alcune cose, per esempio sui nomenclatori dei presidi sanitari, sull'aggiornamento degli stessi, che ha a che fare con la spesa sanitaria in maniera tangibile e significativa.

In secondo luogo, mi ripeto sulla rivisitazione del Titolo V, che ha molto a che fare con l'impostazione stessa del Patto per la salute. Ragioniamo in termini di prestazioni, volumi, esito delle prestazioni o di posti letto, ricordando che magari tutti questi aspetti possono essere conciliabili. Il riferimento ai posti letto è sempre connesso alla rotazione degli stessi.

Ricordiamo che molti posti letto, soprattutto in alcune regioni, in alcuni ambienti, sono utilizzati per prolungare la degenza per comodità familiare, soprattutto in certi periodi dell'anno. Si potrebbe pensare a una premialità per un'occupazione minima del posto letto a seconda del tipo di prestazione e, collegando le due cose, si potrebbe avere un esito positivo nella corretta occupazione del posto letto. I punti sono, quindi, appropriatezza e anche tempistica. Noi paghiamo giornalmente ogni posto letto.

Vengo al terzo titolo. Nel caso in cui, per esempio, non si arrivi all'impostazione di un unico sistema sanitario nel nostro Paese — oggi ne abbiamo venti, alcuni molto particolari — quali potrebbero essere le conseguenze se una regione come la Sardegna, che ha totale autonomia di bilancio, nel senso che si paga interamente

dal proprio bilancio la sanità, sfiori dalle indicazioni del Patto per la salute, che prevederà il 3,7 per mille dei posti letto? Quali possono essere le conseguenze nel caso in cui le linee guida del Patto per la salute non siano rispettate? Non capisco quale potrebbe essere la conseguenza in tal senso.

Ne approfitto per rivolgerle una domanda, sempre se lei sarà così cortese o ha elementi per potermi rispondere. Viviamo in questo momento in Sardegna una serio problema che ci riporta ai piccoli ospedali, alla loro chiusura, ma anche all'apertura di nuove strutture, come quella del San Raffaele-Bambin Gesù di Olbia: come intervengono, secondo le dichiarazioni del Presidente Renzi, nel superare il limite dell'assegnazione dei posti letto, che siano valutati nel 4 per mille o nel 3,7 per mille, i nuovi 262 posti letto al San Raffaele di Olbia?

Qual è lo stato dell'arte a seguito delle dichiarazioni avvenute? Anche a seguito delle dichiarazioni che vorrei che lei, se potesse, mi aiutasse ad interpretare, in relazione alle novità sul pacchetto salute, al punto in cui per le strutture sanitarie si è semplificata la procedura. È un riferimento anche al caso che le ho rappresentato del San Raffaele, in cui le autorizzazioni necessarie all'apertura di strutture sanitarie eliminano il parere relativo alla verifica di compatibilità con il fabbisogno sanitario da parte delle regioni.

Credo che ci sia una correlazione o potrebbe esserci. Se non c'è, vorrei capire come il Governo intervenga nel superare la problematica relativa alla mancata razionalizzazione della rete ospedaliera e nel caso specifico delle autorizzazioni che dovrebbero superare l'attuale piano di razionalizzazione ospedaliera presente in Sardegna.

Infine, sui *ticket* mi permetto di sottolineare quanto sia opportuno, a mio avviso, un esame dettagliato dei costi/benefici nella loro applicazione sempre in questo regime di venti sistemi sanitari. Riferisco un'esperienza in cui per i *ticket* applicati, per esempio, diversi anni fa nella farmaceutica, viste tutte le esenzioni e il

livello di esenzioni possibili, dal pensionato ai meno abbienti e simili, era maggiore il costo della gestione del pagamento del *ticket*, che non il *ticket* realmente incassato.

PRESIDENTE. Il ministro ci dice che ha in questo momento problemi con il Patto per la salute, e che quindi ha necessità di andare. Ci dà un appuntamento, come speriamo, per la prossima settimana per continuare.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Se per voi va bene, per me va bene mercoledì. Se possiamo anticipare alle 14, ma anche voi ovviamente dipendete dall'Aula, potremmo proseguire fino alle 15, in modo che posso rispondere alle domande poste oggi.

PRESIDENTE. Collega Capelli, vorrei solamente risponderle proprio sulla vicenda del San Raffaele. Lei l'ha sollevata già nell'Ufficio di Presidenza della scorsa settimana, per cui la Commissione ha richiesto al Governo, direttamente alla Presidenza del Consiglio, e quindi al sottosegretario Delrio, di venire in audizione in Commissione, non tanto per la straordinarietà per la Sardegna dello strumento, quanto perché ci sembra che sia stato adottato uno strumento eccezionale in assoluto.

Per attrarre un investimento straniero, sostanzialmente, la Presidenza del Consiglio ha avvocato a sé una pratica che riguarda una competenza che il Titolo V in questo momento pone in carico alle regioni, cioè quella relativa alla programmazione dei posti letto, e quindi all'introduzione di nuove attività sanitarie.

Credo che questo sia dovuto al fatto che nel caso Sardegna, oltre a trattarsi di un'attività sanitaria, si tratta di un investimento complessivo che va ben al di là di quello sanitario, quindi che riguarda l'*health care*, l'ICT, un tema di interesse nazionale, straordinario, che ha fatto sì che la Presidenza del Consiglio abbia avo-

cato a sé, ovviamente con la presenza anche del presidente alla regione Sardegna, uno strumento del tutto innovativo.

Teoricamente, questo potrebbe essere ripetuto per investimenti simili anche in altre regioni italiane, comporta un impatto anche sull'assistenza sanitaria che potrebbe andare oltre ciò a cui siamo abituati, quindi un'interpretazione anche innovativa dell'attività della Presidenza del Consiglio, un precedente importante.

Abbiamo chiesto al sottosegretario Delrio, che forse ha seguito più da vicino la pratica alla Presidenza del Consiglio rispetto al Ministero della sanità, di venire al più presto in Commissione. Oggi nella mattinata ho sollecitato il sottosegretario Delrio, lo rifarò nel pomeriggio con l'idea che venga nei tempi più rapidi possibili. Non mi sembra, appunto, un episodio, un fatto che riguardi solo la Sardegna, ma l'utilizzo di uno strumento assolutamente innovativo per la programmazione dell'attività sanitaria, che forse in qualche misura influenza anche lo

stesso Titolo V e la stessa nostra percezione sino a questo momento dei limiti del Titolo V.

Ringrazio il ministro Lorenzin, cui do appuntamento alla sospensione dei lavori antimeridiani di mercoledì prossimo.

Rimangono ancora iscritti con domande Giordano, Gelli e Nicchi. Se ce ne fossero altri, potranno aggiungersi nella giornata di mercoledì. Il ministro, con un afflato di disponibilità, ci dice che, se ci fossero anche delle domande di tipo scritto può arrivare mercoledì prossimo già con le risposte.

Rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

**La seduta termina alle 16.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

---

*Licenziato per la stampa  
il 21 luglio 2014.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 1,00



\*17STC0004530\*