

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

6.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 SETTEMBRE 2014

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **DANIELA SBROLLINI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Baroni Massimo Enrico (M5S)	10
Sbrollini Daniela, <i>Presidente</i>	2	Carnevali Elena (PD)	11
INDAGINE CONOSCITIVA SUL RUOLO, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO E LE PRO- SPETTIVE DI RIFORMA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS), DEL- L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA) E DELL'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGE.NA.S.)		Cecconi Stefano, <i>Responsabile politiche della salute - CGIL nazionale</i>	2, 11
		Gennaro Francesco Maria, <i>Funzionario Di- partimento politiche di cittadinanza e della salute - UIL</i>	6, 14
		Giacomassi Fulvio, <i>Segretario confederale CISL</i>	4, 13
		Miotto Anna Margherita (PD)	9
Audizione di rappresentanti delle organizza- zioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL:		Pirone Stefano, <i>Dirigente federazione na- zionale UGL Intesa - funzione pubblica</i> .	7, 15
Sbrollini Daniela, <i>Presidente</i>	2, 4, 9, 11, 16	Volpato Daniela, <i>Segretario generale ag- giunto CISL - funzione pubblica</i>	14
Amato Maria (PD)	10		

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; Misto-Libertà e Diritti-Socialisti europei (LED): Misto-LED.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
DANIELA SBROLLINI

La seduta comincia alle 14.50.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.), che ringrazio subito per la loro disponibilità.

Mi scuso a nome di tutta la Commissione per avervi fatto attendere questi minuti, ma oggi abbiamo un ordine del giorno abbastanza corposo.

Sono nostri graditi ospiti quest'oggi Stefano Cecconi, responsabile politiche della salute della CGIL nazionale; Denise Amerini, responsabile Sanità CGIL nazionale; Marco De Angelis, responsabile coordinamento ISS FLC CGIL nazionale; per la CISL, Fulvio Giacomassi, segretario confederale, Daniela Volpato, segretario gene-

rale aggiunto funzione pubblica, e Giuseppe De Biase, segretario generale Federazione, innovazione e ricerca; per la UIL, Francesco Maria Gennaro, funzionario dipartimento Politiche di cittadinanza e della salute; per l'UGL, Fiovo Bitti, dirigente confederale, e Stefano Pirone, dirigente federazione nazionale UGL intesa funzione pubblica.

Do il benvenuto a tutti. Ovviamente, seguirò l'ordine così come appena letto, quindi do subito la parola a Stefano Cecconi per la CGIL nazionale.

STEFANO CECCONI, *Responsabile politiche della salute – CGIL nazionale*. Ringrazio il presidente e gli onorevoli deputati per quest'invito, che abbiamo considerato non solo apprezzabile, ma quasi indispensabile, considerate anche alcune situazioni che stiamo vivendo di particolare difficoltà in queste realtà. Penso all'ISS, in particolare.

Sappiamo che stiamo trattando di tre realtà, tre enti fondamentali per garantire il diritto alla salute dei cittadini, che svolgono funzioni delicatissime, alcune delle quali devono necessariamente svolgersi in autonomia e con terzietà. Il punto è fondamentale.

L'intervento di vigilanza, l'intervento necessario di coordinamento da parte del ministero, ma anche quello auspicabile delle regioni attraverso la Conferenza Stato-Regioni, che permetta di dare linee programmatiche, di coordinamento, monitoraggio su queste realtà, non può sconfinare rispetto all'esigenza di autonomia e di terzietà che questi enti devono svolgere nell'interesse dei cittadini, senza le quali ci sarebbe uno snaturamento della missione fondamentale di questa realtà.

Vi ringrazio in modo particolare perché sappiamo che in ISS, in AIFA e in

Age.Na.S. il patrimonio fondamentale, quello che dà forza e possibilità di successo alla missione di questi enti sono gli operatori, è il personale. C'è poco da fare.

Mi pare che ci sia l'esigenza velocissimamente di puntualizzare alcune questioni, avendo letto la memoria che ci è stata inviata dal presidente Vargiu. La prima è che sicuramente è opportuno, anzi necessario, garantire un maggiore coordinamento, maggiore chiarezza tra le funzioni di queste tre realtà rispetto al loro mandato per evitare sovrapposizioni — chi fa cosa e perché, molto banalmente — di funzioni e coordinamento delle stesse che, effettivamente, in alcuni campi si sono riscontrate.

Aggiungo che, in particolare, esiste qualche problema di sovrapposizione tra l'ISS che, con il sistema delle linee-guida, agisce in un campo in cui è attiva anche Age.Na.S. e che per la sperimentazione clinica di prima fase AIFA procede, di fatto, utilizzando l'ISS. Penso ancora al Patto per la salute e a una serie di adempimenti importanti demandati esplicitamente ad Age.Na.S. e ad AIFA. In verità, sappiamo che una parte di questi si faranno soltanto se si agisce con ISS. C'è bisogno di questo tipo di chiarezza più che di un intervento legislativo o più che di immaginare una *governance* particolarmente stringente tra questi tre enti.

C'è bisogno di un coordinamento di linee di programma da parte non soltanto del ministero, ma della Conferenza Stato-Regioni. Ripeto che, se pensiamo all'attuazione del Patto, solo elencare alcuni adempimenti e alcune scadenze individuerrebbe immediatamente le possibili sinergie e le specificità di contributo di ciascuna di queste realtà.

Esistono poi, lo dico velocemente, alcune criticità, a partire da quella più forte, vissuta anche in queste ore, in queste settimane con particolare sofferenza, che è quella dell'ISS, ente commissariato, un commissariamento — dico francamente — forse formalmente ineccepibile, ma assai strambo. Il Ministero della salute ha pieni poteri rispetto all'ISS stesso, margini di

manovra amplissimi e adesso ha in mano perfino lo statuto dell'ISS, emendato dal Ministero dell'economia.

Il commissariamento, francamente, è stato vissuto, secondo me a ragione, come una forzatura obiettiva, al di là della qualità delle persone, commissario, direttore, ed è una situazione dalla quale è bene uscire per restituire all'ISS una situazione ordinaria. Questo permette di agire meglio rispetto ai rapporti con le agenzie, con AIFA, con Age.Na.S. e così via.

In secondo luogo, l'ISS non è un'agenzia. Credo che sia opportuno — lo dico potendo rappresentare tutte e tre le realtà come confederale — distinguere nettamente, con chiarezza il ruolo di un'agenzia, Age.Na.S., AIFA, dal ruolo di un istituto quale l'ISS, che ha un mandato preciso rispetto al sostegno tecnico-scientifico del Ministro della salute, adesso auspicabilmente anche della Conferenza Stato-Regioni. Uscire dal commissariamento è uno degli obiettivi che credo possano essere posti anche in tempi brevi, pur considerando la situazione di difficoltà che l'Istituto vive.

Un'ulteriore questione riguarda, in particolare, l'ISS, ma anche Age.Na.S., il sistema sanitario del nostro Paese e il livello di sottofinanziamento, che nel settore della ricerca sta pesando duramente sulla possibilità di sviluppo, di tenuta, di sostenibilità degli enti stessi in questione, del Servizio sanitario nazionale in generale.

Cominciano ad accendersi alcune lampadine di allarme. Come diceva anche il commissario straordinario Ricciardi nell'audizione, di cui ho letto gli atti, la spinta, come è inevitabile sia e succede anche in altre realtà, la tendenza è a procacciarsi finanziamenti che il sistema pubblico non è in grado di garantire. Attenzione, questo per alcuni aspetti imprime anche dinamicità, velocità, arricchisce le esperienze degli enti e degli stessi professionisti impegnati, ma rischia di snaturare la missione fondamentale dell'ente.

Mentre discutiamo di quello che per propria natura, per proprie caratteristiche, per mandato l'ISS deve fare, con l'ansia e la preoccupazione di doversi procurare

finanziamenti che non ci sono, c'è il rischio che si occupi di altro e questo in parte sta succedendo. Sto pensando ad alcune vicende che hanno interessato anche, ad esempio, la presenza di fondazioni.

L'altra criticità, e concludo, che sappiamo esistere in questo ente in modo particolare è la presenza scandalosa di un lavoro precario di dimensioni colossali rispetto all'organico. Siamo a oltre 500 persone, con anzianità di servizio, di attività e delicatezza di funzioni non compatibili con uno stato di precarietà. Finalmente, forse si aprirà un tavolo di confronto, che però non ha speranza di sbocco senza un intervento deciso anche da parte del soggetto che deve vigilare, il Ministero della salute. Dico francamente che questa situazione è esplosiva e sta creando difficoltà non soltanto ai lavoratori, come è ovvio che sia, ma perfino alla tenuta dell'Istituto stesso se collegata alla vicenda del procacciamento delle risorse esterne alla terzietà dell'Istituto.

Attenzione, questo *mix* esplosivo (precarietà di un terzo del personale mescolata alla necessità disperata di recuperare progetti che possano finanziare le assunzioni delle attività) rischia di diventare micidiale rispetto anche alla terzietà dell'ente. Lo dico con un richiamo al Parlamento, perché è un tema delicatissimo che riguarda questioni cruciali per il diritto alla salute e alla vita stessa dei nostri cittadini.

Infine, c'è bisogno di rafforzare due cose, ciò vale in modo particolare per l'ISS, in parte per l'AIFA e un po' meno per l'Age.NA.S.: un ruolo più attivo delle regioni nel rapporto con l'Istituto e un coordinamento tra questo e gli altri enti di ricerca. Questo è l'elemento che manca. Addirittura, siamo in situazioni in cui, anche per responsabilità del Ministero della salute nei confronti del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, non c'è il sufficiente coordinamento, al punto che si va in competizione tra enti di ricerca che dovrebbero, invece, collaborare per conquistare piazze importanti a livello internazionale.

Concludo davvero. Quello che sto per dire riguarda più AIFA che Age.NA.S.; AIFA in realtà ha una situazione più in crescita, come sappiamo, anche occupazionale, e tuttavia c'è un problema circa il suo destino, che riguarda il rapporto con Age.NA.S., con l'Istituto superiore di sanità, con il Ministero della salute e con le regioni. Qual è il destino di AIFA? Cosa si vuole che faccia? Potenziare le funzioni di controllo e vigilanza, come sarebbe auspicabile, o avventurarsi in funzioni di ricerca che, tra l'altro, magari non è in grado di svolgere o per le quali deve utilizzare lo stesso ISS?

Attenzione a questo. È una segnalazione che facciamo alla Commissione perché questo produce, a sua volta, ovviamente, sovrapposizioni e sconfinamenti laddove possono essere evitati con un uso intelligente degli istituti esistenti. Il tutto, naturalmente, si tiene se c'è un rapporto di valorizzazione, se c'è un confronto vero con le organizzazioni sindacali e con il lavoro in queste realtà.

Ci sono state difficoltà, permangono. In nessuna di queste realtà, ad esempio, c'è stato un confronto su questi temi pur essendo presente un'indagine conoscitiva della Camera. Utilizzeremo, quindi, l'occasione che ci offrite anche per garantire una relazione sindacale forte all'interno di questi enti.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Cecconi.

Chiederei subito ai nostri ospiti, come ho dimenticato di fare in apertura, un intervento per sigla sindacale. Siccome apriremo il dibattito, ci saranno sicuramente interventi e domande da parte dei colleghi e delle colleghe: nella replica, ovviamente deciderete come rispondere alle domande che saranno proposte dai nostri colleghi.

Do quindi la parola alla CISL, al dottor Giacomassi, segretario confederale.

FULVIO GIACOMASSI, Segretario confederale CISL. Ringrazio per l'invito e anche per l'opportunità che ci viene offerta di portare un contributo con delle

considerazioni e delle riflessioni. Faremo poi avere domani un testo scritto. Cercherò di stare nei tempi previsti e di riassumere un po' i punti che a noi interessano.

Il primo è che, parlando di questi enti, l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia del farmaco, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, parliamo di pilastri importanti per il sistema della salute in Italia. Può essere pleonastico dirlo, ma è importante sottolinearlo, come lo è sottolineare che gli interventi di riordino degli ultimi dieci anni non sono stati fatti in maniera organica, per cui è giusto che la Commissione parlamentare se ne occupi, che valuti attentamente come agire e programmare una ripartenza.

Nella ripartenza, vi sottolineiamo l'esigenza, anche in questo caso per evitare gli errori del passato, di collegare il riordino di questi enti con il processo riformatore che sta avvenendo in Parlamento riguardo al Titolo V, al ruolo del Senato, al DDL pubblica amministrazione e al Patto per la salute che è stato innestato.

Questi sono elementi di riferimento che riteniamo importanti, a maggior ragione per il fatto che il sistema sanitario regionale, che vede venti sottosistemi, uno per regione, con livelli essenziali e costi del tutto differenti tra loro, senza alcuna plausibile giustificazione, stanno evidenziando nel processo riformatore l'esigenza di correggere l'attuale situazione tra Stato e regioni, rafforzando in capo allo Stato la programmazione volta ad assicurare il principio di universalità, compreso l'approvvigionamento di materiali sanitari, con gare nazionali condotte con la massima trasparenza con la Consip e affidando i controlli al nuovo Senato.

Lo stesso discorso vale per il riordino degli enti di ricerca pubblici. Qui va chiarito cosa intendano fare il Governo e il Parlamento rispetto a questi enti, in particolare sui tagli lineari e per un riordino. Va bene l'efficienza, l'attenzione ai costi di funzionamento, ma bisogna potenziare la missione, le attività, le strutture degli enti e le risorse umane e professionali, altrimenti condurremmo ragionamenti sbilan-

ciati rispetto alle intenzioni. Credo che nell'intervento di riordino vada esaltato il ruolo di autonomia di questi enti, oltre che metterli in grado di funzionare con le risorse dovute di terzietà. Anche noi sottolineiamo quest'aspetto molto importante e che dà credibilità per il futuro all'azione di questi enti.

In particolare, in relazione all'Istituto superiore di sanità, pensiamo che sia importante strutturare bene le esperienze acquisite nelle varie attività di quest'istituto, poi uscire dal commissariamento — è necessario porre le basi per uscire — ma attraverso un piano riorganizzativo di riordino e razionalizzazione della struttura interna dell'Istituto, definendo con precisione i ruoli e le competenze, realizzando effettivamente il collegamento tra l'Istituto superiore di sanità e gli altri enti o istituti che fanno ricerca, dotando l'Istituto di competenze e professionalità adeguate, superando il precariato.

Sono quasi 600 le unità di personale in stato di precarietà. Bisogna individuare nuove modalità per acquisire finanziamenti e raccogliere la sfida a livello europeo. Tutto questo deve essere contenuto in una missione nuova con un piano riorganizzativo che dia credibilità e sostenibilità a questa missione.

Lo stesso discorso vale per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Il Patto per la salute 2014-2016 ne ha ulteriormente rafforzato il ruolo. Ora bisogna essere conseguenti nel dare la forza e la strutturalità a questa agenzia. Qui pensiamo si debba rafforzare e rendere concreto il rapporto con le regioni — molto spesso si dice che questa agenzia risente un po' dell'autoreferenzialità — all'interno di una gestione integrata con il Ministero della salute.

Non possiamo creare altri venti agenzie che se la cantano e se la suonano. Bisogna rafforzare questo rapporto, prevedere anche nuove modalità operative di collaborazione tra l'Age.Na.S. e le regioni in situazione di maggiore criticità. Penso sempre ai livelli essenziali, all'universalità

del servizio. È un tema che stiamo vedendo in modo chiaro e preciso nel nostro Paese.

Sull'Agenzia italiana del farmaco un intervento di strutturalità molto importante si fa superando tutte le criticità che possono derivare sia dal conflitto di interessi tra la politica e la stessa agenzia, sia da quello nel rapporto tra privati. Credo che si debba ragionare su una riorganizzazione interna che lo renda uno strumento ancora più efficace ed efficiente, anche per una maggiore velocizzazione delle pratiche, in particolare per i farmaci innovativi.

Inoltre, anche in questo caso bisogna dotare l'Agenzia di professionalità di alto profilo, da impegnare a tempo pieno, superando l'attuale sistema che vede le stesse persone impegnate in più settori. È importante per quest'Agenzia raccogliere la sfida europea. Ormai la connessione con l'Europa su questi tipi di attività, di ricerca e di distribuzione, è importante, sono all'ordine del giorno. Anche qui si tratta di capire, nella missione, come collochiamo esattamente questo tipo di attività.

FRANCESCO MARIA GENNARO, *Funzionario Dipartimento politiche di cittadinanza e della salute — UIL*. Porto il saluto dalla mia Confederazione, naturalmente. Vi ringrazio per l'opportunità odierna che ci offrite. Non è, purtroppo, tempo di interlocuzione virtuosa o frequente tra politica e parti sociali e di questo ci rammarichiamo notevolmente. Quindi quella di oggi è un'occasione di riflessione, su come affrontare sfide così cruciali e decisive come quella per il diritto alla salute dei cittadini.

Il tema odierno è oggetto di grande discussione e riflessione nella nostra organizzazione. Il 23 prossimo affronteremo i nostri stati generali interni rispetto al rilancio del Sistema sanitario nazionale, e di tutto ciò che vi gravita intorno. Colgo anzi l'occasione per invitare il presidente e i componenti, gli onorevoli presenti quest'oggi, alla sede di Unioncamere il 23 mattina al nostro convegno.

Certamente, il ripensamento, la ridefinizione della *governance* non possono essere slegati da una domanda generale: dove si vuole andare da un punto di vista sanitario? Come prima diceva il collega della CISL, per quanto concerne una definizione normativa che riguarda l'ingegneria istituzionale, come può essere un ulteriore ripensamento del Titolo V, che noi definiamo una sciagura per come è stato introdotto, effettuando un inasprimento degli sprechi, di una spesa senza freni, a vantaggio di quegli enti che si sono dimostrati così poco responsabili, come le regioni, quindi causando anche un'accelerazione di velocità differenti a seconda delle aree geografiche. I discorsi devono viaggiare su binari magari paralleli, ma non possono essere scissi.

Allo stesso modo, se siamo oggi qui a discuterne, dipende anche evidentemente da un problema di sostenibilità della finanza pubblica. Non a caso, il commissariamento dell'Istituto superiore di sanità chiaramente deriva da due anni consecutivi di disavanzo. Credo che occorra anche interrogarci su quali possano essere i flussi aggiuntivi che possono dare una mano al volume di finanziamento pubblico per la sanità.

Fino a oggi abbiamo individuato una soluzione, il ritorno alla mutualità ausiliaria, la cosiddetta assistenza sanitaria integrativa, che in questo senso può certamente dare una mano per lasciare ulteriori risorse a queste tre leve del servizio sanitario pubblico, aiutando, laddove vi è un costo esagerato o eccessivo come la diagnostica, le nuove tecnologie, la cronicizzazione in età anziana, la non autosufficienza e tante altre sfide che noi parti sociali, nelle relazioni sindacali, possiamo agevolare nell'alveo del *welfare* contrattuale, dando maggiore forza anche ai lavoratori e maggiore produttività.

Non abbiamo mai inteso l'Istituto e le due agenzie, come enti poco utili, tutt'altro. Li definiamo comunque tre leve fondamentali del sistema sanitario nazionale, per cui non abbiamo da proporre nello specifico grandi ripensamenti, soppressioni o accorpamenti. Crediamo, invece,

che vada adottato, come vale anche in senso generale, un modello, che negli Stati Uniti e nei 90 Paesi democratici che lo adottano si chiama *Freedom of act information*, cioè l'accesso libero, trasparente, diretto ai dati da parte dei cittadini, di chiunque lo richieda, che in qualche modo può servire a uno scatto di responsabilizzazione.

Pensiamo, ad esempio, che se fosse stato già in vigore, magari l'AIFA non avrebbe avuto l'incidente che ha avuto con l'Antitrust rispetto all'affare Avastin-Lucentis e avremmo risparmiato certamente più tempo e forse anche un commissariamento, che ci auguriamo sia quanto più breve possibile, per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità.

Una criticità che poneva all'attenzione anche il collega della CGIL è certamente il problema della forza lavoro eccessivamente temporanea. Sicuramente, la ripartenza, il rilancio di questi tre soggetti deve poggiarsi sulla valorizzazione delle capacità, delle nostre risorse umane interne, perché è così che si vince la sfida dell'internazionalizzazione, della competitività sul piano europeo. Purtroppo, oltre un terzo di organico vive nell'incertezza, quindi non può concedere neanche continuità, affidabilità, serenità, all'ente di riferimento.

Per quanto concerne l'Istituto superiore di sanità, abbiamo individuato dei doppi, delle sovrapposizioni, degli accavallamenti, per cui consigliamo nelle tre macroaree (ricerca, filone dei controlli e formazione) di poter segmentare, suddividere ulteriormente il lavoro eseguito fino a oggi e di riparametrarlo, riproporlo in chiave dipartimentale, per creare un ripensamento a vocazione efficiente. Questa è sicuramente la prima sfida.

Crediamo, inoltre, che vada accentuata la caratteristica di ente di ricerca, differente dal CNR o dall'università. Per fare questo, credo che abbiamo tutte le carte in regola per rilanciare ancor più un ente che comunque ci inorgogliesce, un Istituto superiore di sanità che per noi è eccellenza italiana. Crediamo che possa essere il canale migliore per reperire risorse, quelle

del cofinanziamento europeo. Si riesce, però, se si crede nel proprio Paese, nel valore della nostra grande risorsa.

Ancora, Age.NA.S., può essere l'elemento fondamentale per quello che è forse il punto più basso, più grave. È sempre, infatti, un po' come il gioco dell'oca, si ritorna sempre al principio, cioè alla mancanza vera di alta formazione. Dobbiamo chiedere un ulteriore sforzo, che potrebbe essere effettuato da Age.NA.S., per quanto riguarda la formazione non solo degli operatori sanitari, ma la *corporate governance*, e quindi tutto ciò che riguarda la parte manageriale dei filoni che vanno a gestire, controllare e amministrare nelle diverse aree geografiche, tanto più quelle all'interno delle regioni soggette ai piani di rientro, che sappiamo versano in maggiore difficoltà.

Credo che il lavoro da fare sia tanto e che sia fondato, all'interno delle risorse umane e della acquisizione del nostro valore. Come Italia, adesso siamo alla guida del Semestre europeo, per cui magari sarebbe stato utile e necessario che fossimo giunti a quest'appuntamento con queste tre leve ben rinforzate.

Vi auguriamo buon lavoro. Ripeto che da parte nostra, dopo l'appuntamento del 23 settembre, avrete senz'altro una relazione molto più esaustiva, approfondita. Ci dichiariamo in modo più che gradito a disposizione per appuntamenti successivi.

STEFANO PIRONE, *Dirigente federazione nazionale UGL Intesa — funzione pubblica*. Pensiamo, prima di dare corso a un'attività di riforma delle strutture, che sia necessario ben allocare le risorse di cui devono disporre. In relazione alle funzioni, alle attività che ciascuno di questi enti è chiamato a svolgere, è cioè necessaria una corretta distribuzione delle risorse. Questo serve anche per capire dove questi enti vanno in sovrapposizione.

Leggo come titolo dell'indagine della Commissione « Indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma ». Sul ruolo si sono espressi chiaramente gli altri colleghi sindacalisti ed è inutile che passiamo a ripercorrerlo.

Quello che conta è, comunque, vedere dove questi organismi presentano una sovrapposizione, elemento nodale in cui è possibile riallocare le risorse e anche risparmiarle.

Voglio semplicemente far presente che tra Istituto, AIFA e Age.Na.S. vi sono attività parallele, se non addirittura identiche. Tra AIFA e Istituto superiore di sanità, ad esempio, viene svolta un'attività di monitoraggio dei farmaci, cioè sono utilizzati alcuni registri dei farmaci che vanno a selezionare e a verificare i consumi dei farmaci.

È vero che i registri dell'Istituto superiore di sanità sono di natura epidemiologica, cioè servono semplicemente a ritagliare, verificare, ricostruire l'immagine della salute del Paese, mentre i registri dell'AIFA sono strumenti di natura economica, cioè servono alle regioni per avere il ritorno del *payback* per quanto riguarda lo sfondamento dei farmaci. È anche vero, però, che questi registri sono praticamente identici. Entrambi hanno la potenzialità di svolgere gli stessi ruoli, le stesse attività, un ruolo positivo per la società.

L'altro elemento che conta, secondo me, ed è sempre fonte di spesa, è l'attività ispettiva a cui l'AIFA è chiamata. L'AIFA svolge un'attività ispettiva sulle materie prime, sui farmaci, sui prodotti finiti, sulle industrie e così via. Siccome non ha le risorse sufficienti, è costretta, attraverso una convenzione, a utilizzare l'Istituto superiore di sanità, cioè « appalta » — parliamo sempre di realtà pubbliche — a terzi la propria attività.

Come non ricordare, inoltre, che in realtà presso l'Istituto superiore di sanità esiste un Dipartimento del farmaco, quando in questo Paese la legge stabilisce che l'attività regolatoria, cioè l'attività legata all'autorizzazione a che il farmaco sia dichiarato sicuro ed efficace, spetta a un'altra amministrazione? Questa duplicazione è chiara.

Prima, quindi, di pensare a riforme roboanti, ai massimi sistemi, penso sia il caso di fare il conto della spesa, il conto della mamma di famiglia e allocare le

risorse lì dove queste servono e dove sono utilizzate secondo l'integrazione e secondo quanto il legislatore ha disposto.

Infine, abbiamo anche l'Age.NA.S., che svolge un'attività di verifica economica, come l'OsMed dell'AIFA, come anche altre realtà di natura pubblica, di verifica dei costi del Servizio sanitario nazionale, dei farmaci e dei LEA.

Inoltre, l'Age.Na.S. si occupa di un altro aspetto di un certo rilievo, l'HTA, *high technology assessment*, per quanto riguarda i presidi, gli strumenti utilizzati per acquisire i farmaci, cioè per avere una somministrazione del farmaco. Sostanzialmente, da una parte, il Ministero della salute con la propria direzione generale e con la CUD, Commissione unica dispositivi medici, stabilisce quali sono i presidi utili, dall'altra, l'Age.Na.S. stabilisce i prezzi che questi presidi debbono avere. Parliamo di due entità diverse, con due procedure diverse, che senza dubbio si parlano a livello istituzionale, ma forse accorpate in un'unica realtà questo percorso logico, unico, porterebbe sicuramente un risparmio tangibile e immediato.

Concludo, presidente, ma voglio solo ricordare che, sostanzialmente, la *governance* è la congiunzione di due termini, *government* e *alliance*, governo e confronto. La nostra sensazione, che ovviamente esula forse da questa relazione e di cui mi scuso anticipatamente, è che le regioni non abbiano capito appieno la portata, il peso e l'efficacia dell'Age.Na.S. e dell'AIFA, due decisioni sicuramente antesignane del Titolo V.

Come per la FDA, la Food and Drug Administration, l'AIFA statunitense, gli Stati rinunciano, infatti, a parte delle proprie competenze per attribuirle a questa struttura, e lì mandano gli uomini migliori, probabilmente le regioni avrebbero dovuto partecipare in modo attivo e fattivo con gli uomini migliori alla costruzione e alla gestione di queste due realtà.

Abbiamo notizia, presidente, probabilmente perché la salute rappresenta il 70 per cento del bilancio di ciascun presidente regionale, che è chiaro che il presidente regionale preferisce giocare in

casa questa partita. Per quanto riguarda, però, il farmaco e alcune realtà, questo vuol dire spezzettare l'*unicum* di questo Paese, creare dei presupposti normativi, come i LEA, che però nella realtà non hanno nessun tipo di raffronto.

Immaginiamo, quindi, pensiamo e speriamo che vi sia, prima anche di una riforma, un'allocazione equa delle risorse, che il ministro comprenda bene dove vanno, in funzione di quali competenze e in relazione a quali obiettivi. Poi, tutte le riforme, ovviamente, potranno essere discusse.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti voi anche per i contributi preziosi, esaustivi e mi permetto di dire molto chiari che avete portato alla nostra attenzione.

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

ANNA MARGHERITA MIOTTO. Ovviamente, ringrazio per quest'audizione, che ha dato anche spunti importanti e che naturalmente valuteremo nel lavoro successivo.

Vorrei formulare una domanda a tutte le quattro le sigle sindacali per conoscere il loro parere sull'operazione di riordino di due anni fa. Ragioniamo a valle di un'operazione di riordino in parte incompiuta, ma erano state disegnate delle prospettive sia per l'Istituto, sia per Age.Na.S, sia per AIFA. In relazione a quelle prospettive, ancorché non attuate, o meglio, forse attuate a *step* diversificati tra le tre agenzie, che giudizio date di quest'operazione di riordino che doveva essere già completata, e che invece non lo è stata?

Questo può essere utile per avviare un confronto con il Governo su un'ipotesi di ulteriore riordino, perché per ora parliamo di ipotesi. Questa Commissione, infatti, ha inteso avviare quest'indagine conoscitiva a partire da annunci apparsi sulla stampa.

Non voglio, però, tacere su un punto che sento di non condividere, perché poi rimangono agli atti le audizioni. Non sono d'accordo che la spesa sanitaria sia fuori

controllo a causa delle regioni. È una mia opinione, ma è anche un dato oggettivo. La spesa per la sanità in Italia non è fuori controllo. Spendiamo meno degli altri Paesi e abbiamo forse anche risultati migliori.

Potrete dire che la risorsa principale del sistema, e cioè i professionisti nel loro insieme, sono quelli che hanno sofferto con proroghe di contratti, taglio del personale, blocco del *turnover*, precari non sistemati. Hanno dato un contributo rilevante a che si realizzasse questo obiettivo, con poche risorse in relazione a un risultato accettabile. Sicuramente, è un'incidenza sul PIL che è tra le più basse in Europa. La spesa, quindi, non è fuori controllo.

Non è neanche colpa delle regioni se il Titolo V oggi è oggetto di ridiscussione. Oggi si ridiscute di un nuovo Titolo V perché non è stato attuato il precedente, perché questo modello non centralista è quello che funziona meglio nel mondo. Provate a trovare un sistema sanitario con gestione centralista statale che funziona e che può essere paragonato al modello italiano. Non è così. I sistemi che funzionano meglio sono quelli fondati su una responsabilità diffusa: regioni, *Länder*, chiamiamoli come vogliamo, modello canadese, ma certamente le responsabilità non sono concentrate in capo a un unico livello di governo della sanità.

Il problema è che il Titolo V non è stato attuato, non sono state accompagnate le regioni inadempienti rispetto ai LEA perché questi fossero garantiti a tutti i cittadini. Non sono state accompagnate le regioni che non presentavano i bilanci, che non avevano i conti a posto. Non sono stati realizzati i costi standard. Se, invece, ci fossero stati, avrebbero potuto essere uno strumento per governare meglio il sistema.

L'Age.Na.S. potrebbe avere questa funzione e guardo con interesse alla prospettiva che il nuovo Patto per la salute affida per le nuove funzioni ad Age.Na.S. Lo dico a soggetti sociali decisivi per la salvaguardia del Sistema sanitario nazionale. Se non ci fossero le forze sindacali che si pongono come baluardo in questa salva-

guardia, ho l'impressione che anche nell'opinione pubblica, per effetto di errori, qualche scandalo, qualche ruberia che c'è, si rischi di travolgere i diritti fondamentali che invece il Sistema sanitario garantisce.

Affido, quindi, queste valutazioni a un confronto con soggetti sociali ai quali attribuisco un'importanza fondamentale nella salvaguardia del diritto alla salute.

MARIA AMATO. Vorrei formulare una domanda a proposito del precariato, su cui si torna. Un terzo del personale è precario e sicuramente incide notevolmente. Secondo voi, qual è la giusta proporzione tra qualità e varietà della ricerca, e quindi necessità di avere ricercatori dedicati a settori che non sono sempre gli stessi e a ricerche che non hanno sempre lo stesso contenuto, e stabilità e tenuta di sistema dei tre enti?

MASSIMO ENRICO BARONI. Non vorrei allargare la discussione, che dovrebbe essere ristretta, però abbiamo anche fornito un quadro generale grazie all'intervento dell'onorevole Miotto, ma terrei a sottolineare alcune precisazioni in merito alla bontà supposta o provata del nostro Sistema sanitario nazionale.

Se l'onorevole Miotto è nel giusto quando dice che, effettivamente, spendiamo meno degli altri Paesi europei, è perché in pratica ovviamente sono disattesi dei LEA in maniera silente. Nel momento in cui il paziente non riceve un determinato tipo di servizio che deve essere garantito dallo Stato, molto spesso si crea questo sistema sanitario, quest'ASL o quest'azienda ospedaliera, di fatto respingente rispetto alla domanda. Conosciamo bene il meccanismo: le liste d'attesa, l'incapacità di operare una visita specialistica che potrebbe portare a un eventuale intervento molto più serio perché non è possibile arrivare a un determinato tipo di diagnosi in tempi concreti e sicuramente utili alla salute del paziente, e questo in senso programmatico.

Nello stesso senso programmatico, non è un caso che in Italia 5 su 21 sistemi sanitari regionali siano considerati *bench-*

mark, che non sono in piano di rientro e sono le stesse che sono riuscite, come diceva Miotto, a creare questo modello di responsabilità virtuosa diffusa perché hanno una programmazione spinta, modelli di sanità d'iniziativa attivata sul territorio che drena una serie di domande che normalmente nelle altre regioni finisce al pronto soccorso, mentre nelle regioni che hanno piani di sanità di iniziativa la domanda di salute è intercettata prima e gestita a minor costo.

Allo stesso modo, il tipo di incapacità gestionale del sistema sanitario regionale va a braccetto, è cugino stretto, è parente anche del sistema corruttivo che si apre in maniera diffusa all'interno di una regione, di un distretto o di un'azienda ospedaliera. È difficile invertire il *trend*, è quasi come se fosse un clima che a un certo punto si diffonde per la semplice mancanza di programmazione.

Adesso è di moda imporre il sistema di sanità d'iniziativa dall'alto, senza un'adeguata formazione agli operatori sanitari, senza spiegare loro cosa sta succedendo. Ovviamente, infatti, bisogna riallocare le risorse, che non devono andare più in una filosofia strettamente ospedalocentrica caratterizzata da tutte le regioni che non hanno una medicina territoriale, una sanità d'iniziativa.

Purtroppo, vediamo che anche in alcuni sistemi, come la Toscana, che aveva in sanità d'iniziativa il *chronic care model*, è stato interrotto quel sistema per importare un modello politicizzato, quello dei nuclei di cure primarie delle case della salute dell'Emilia Romagna. Così abbiamo interrotto un sistema che stava comunque partendo, con una forte letteratura internazionale, che recensiva come virtuoso il *chronic care model*, per mettere un modello italiano a firma politicizzata del PD.

Ancora, non si responsabilizzano le varie aziende, i distretti nel momento in cui continuiamo con la follia dei direttori generali che, a fine mandato, elargiscono *bonus* a se stessi, al direttore amministrativo, al direttore sanitario che si sono scelti, indipendentemente dal risultato raggiunto.

Questo problema è chiaro a tutti gli operatori della salute e agli esperti di *governance*, ma non si vuole intervenire su certi gangli che potrebbero risolvere le situazioni perché si perderebbero determinate filiere di consenso. Va specificato. Sono filiere di consenso politico, per cui risulta rischioso per il legislatore fare questo tipo di operazione. Perderebbe questo tipo di situazione, che va a suo favore nelle regioni in cui la sanità non funziona.

ELENA CARNEVALI. Sarò molto breve. Purtroppo, abbiamo anche contingenze e ci piacerebbe, d'altra parte, avere anche un po' di controcanto ai nostri interventi. Oltre a ringraziare della disponibilità, l'accoglienza di questo incontro e il confronto, vorrei soprattutto sottolineare alcune valutazioni con cui concordo.

Mi sembra importante la sottolineatura che è stata fatta: mettere in atto tutto ciò che può garantire autonomia e terzietà, in particolare sull'Istituto superiore di sanità, una preoccupazione che ci è stata espressa anche dai direttori in carica prima del commissariamento dello stesso Istituto, è una delle vocazioni, una *mission* che dovremmo riuscire a continuare a garantire.

Allo stesso modo, mi sembra che, tra le preoccupazioni e forse l'obiettivo anche di queste audizioni di riuscire a comprendere non tanto un processo di riforma, ma anche una valutazione sull'eventuale necessità riorganizzativa, ci sia di valutare quali possano essere i margini di manovra, in particolare riferiti alla *governance*, che può garantire le vocazioni e le *mission* dei tre enti, cercando di appiattire il più possibile e di evitare le sovrapposizioni e sapendo che, per esempio, ci sono delle specificità — ci hanno spiegato in particolare quelle dell'Istituto superiore di sanità e quelle di AIFA — anche sul controllo e la verifica dei farmaci, che non è o non dovrebbe essere attività svolta dall'Istituto superiore di sanità.

Forse sono due le questioni che mi preme cogliere. La prima è che con il Patto per la salute abbiamo messo in atto e descritto un percorso che vede, come

avete già detto, anche i colleghi, un ruolo più centrale anche rafforzato da parte di Age.Na.S.

Personalmente, ho anche fatto la domanda in riferimento all'articolo 28, perché sarà proprio Age.Na.S. che avrà una sorta di titolarità a proporre eventuali tagli non lineari, e ad individuare eventuali sprechi che possono essere oggetto di razionalizzazione e quindi in un lavoro di coordinamento regionale soprattutto per cercare di porre rimedio al divario attuale. È oggettivo, infatti, soprattutto sui livelli essenziali di assistenza, capire se anche voi vediate la bontà del ruolo che Age.Na.S. può avere nell'interesse di quest'operazione.

La seconda questione forse riguarda in particolare il personale. Devo dire che abbiamo discusso a lungo, soprattutto con l'Istituto superiore di sanità, e ci hanno spiegato in particolare quali sono stati gli sforzi, quindi nel passato, e quante sono state le condizioni di stabilizzazione e modifiche contrattuali, soprattutto per i ricercatori di lungo corso. Ci hanno anche spiegato, però, la necessità di una flessibilità. Non tutti i progetti possono continuare a vedere la professionalità messa in campo.

Non avete neanche nascosto durante quest'audizione che non ci sono stati grandi rapporti sindacali, ma vorrei conoscere il vostro punto di vista per riuscire a conciliare le esigenze tra mantenimento della flessibilità, ovviamente per continuare a rispondere agli obiettivi di ricerca magari temporanea, e la necessità di stabilizzare personale che, sia per anzianità sia per professionalità, meriterebbe davvero di non trovarsi più nelle condizioni che abbiamo visto e sentito.

PRESIDENTE. Non essendovi altri interventi, do nuovamente la parola ai nostri ospiti per la replica agli interventi dei nostri colleghi. Intervenite nell'ordine in cui preferite.

STEFANO CECCONI, *Responsabile politiche della salute — CGIL nazionale*. Seguirò l'ordine delle questioni poste. Mi

rendo conto che sarei tentato di parlare anch'io del rapporto del Titolo V con la tenuta del nostro Paese in termini di democrazia, coesione sociale e sostenibilità economica, ma c'è un modo per trattare l'argomento di oggi anche rispetto a questa faccenda della tenuta del sistema sociosanitario italiano.

L'apparato normativo a nostra disposizione per queste tre realtà, la cui ultima produzione più importante è il decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, è sufficiente o non è sufficiente? A mio avviso, per l'ISS e in parte per Age.NA.S., sì. Sarebbe auspicabile evitare di produrre ulteriori atti normativi in una realtà, in un terreno dove fondamentalmente manca il completamento degli atti operativi di implementazione. Dicevo prima che lo Statuto dell'ISS, pur emendato, sistemato e approvato dal MEF, è ancora fermo al Ministero della salute.

Semmai servono, come accennavo poc'anzi, interventi più forti a livello di coordinamento Stato-Regioni. Esempio concreto, così mi aggancio alla seconda questione, è dato dall'attuazione del Patto per la salute. C'è una raffica di adempimenti previsti caricati con un peso importante su Age.Na.S. in modo particolare, ma anche su AIFA: bisognerebbe capire come si possa attuare quella sfilza di adempimenti se non si stabiliscono indicazioni un po' più precise in sede attuativa.

Più che atti normativi, quindi, individuo nello strumento degli accordi e delle intese, e quindi delle linee di indirizzo di programmazione non solo del Ministero, ma anche della Conferenza Stato-Regioni, lo strumento più adatto. È probabile, naturalmente, che per Age.Na.S. o per AIFA sia possibile anche tradurre alcuni degli impegni che il Patto per la salute assume rispetto a queste due agenzie anche in termini normativi. Sto pensando, per esempio, alla ridefinizione del ruolo di queste realtà in rapporto sia ai piani di rientro sia alle funzioni di verifica degli adempimenti delle regioni.

Il collegamento con il Titolo V, in particolare per Age.Na.S., ma non solo, vale anche per l'ISS. Quello che manca,

per esempio, è un rapporto più limpido, più netto e più chiaro. Torno al Patto per la salute, che uso volutamente in termini strumentali, tra le regioni e l'Istituto. Una serie di adempimenti del Patto per la salute non sono realizzabili senza l'utilizzo dell'Istituto, delle sue competenze e delle sue funzioni, che possono transitare per il mandato, ricevuto da Age.Na.S. o AIFA a seconda degli argomenti, ma che inevitabilmente coinvolgono l'Istituto stesso.

Ancora, ma lo avete già detto prima, alcune incombenze che gravano su Age.NA.S, la cui struttura ho qualche dubbio che regga attualmente quest'urto, e che quindi questi restino dei titoli per una serie di ragioni, naturalmente anche politiche.

Inoltre, un punto delicatissimo il Patto paventa come possibile, ma poi ha bisogno di una forza formidabile dal punto di vista politico, e che si collega a quella che è stata definita come la riforma del Titolo V.

La riforma del Titolo V o la realizzazione dell'attuale Titolo V in termini di garanzia del diritto alla salute in tutto il territorio nazionale, cioè il diritto dei cittadini a ricevere i LEA in modo uniforme, come prescrive la Costituzione, si ha se a un certo punto, accanto alla sollecitazione e alla strumentazione sull'indispensabile buona politica degli attori regionali e locali — anch'io condivido il fatto che un sistema ipercentralistico non funziona in questi settori — ci sono strumenti di intervento sostitutivi, che non si sono dimostrati essere né i piani di rientro né i commissariamenti così come li abbiamo conosciuti. Questo è il vero punto.

Che forza ha lo Stato, anche in un rapporto forte tra regioni e Governo centrale, per intervenire materialmente, non con i carri armati, ma con le competenze professionali, con le capacità, anche sostituendo per alcuni periodi i gruppi dirigenti locali per riformarli e farli crescere? È inutile che ci nascondiamo dietro un dito. Mi rendo conto che il mio accento sembra rivelare chissà quali intenzioni, ma è così, si reclama anche da moltissimi operatori di regioni in difficoltà.

Abbiamo bisogno di esperienze forti, di professionalità importanti, di essere affiancati. Questa è la vera questione che il Patto per la salute paventa: revisione dei piani di rientro e, quindi, delle modalità di intervento nelle regioni in difficoltà, spostando l'asse sulle riforme strutturali del sistema (riconversione ospedale-territorio e via elencando) e ben altro ruolo del commissariamento, dei poteri sostitutivi. Quello che manca sono quelle che chiamiamo le *task force* nazionali e regionali che possono intervenire e agire concretamente nella macchina, nella carne viva del sistema. Diversamente, non penso che usciremo da questa situazione, Titolo V riformato o meno. Questo richiama anche il ruolo delle agenzie che sono in campo in questo momento.

Infine, relativamente al personale precario, qual è il giusto equilibrio e come si esce da una situazione in cui una parte dell'attività di ricerca ovviamente è a progetto e « a tempo determinato » in quanto soggetto a mille variabili non ponderabili, che non hanno una possibilità di avere uno spazio temporale ben definito?

È vero, c'è la flessibilità, ma ricordiamo che, per esempio, all'interno dell'ISS abbiamo 500 e oltre tempi determinati, di cui soltanto 146, comunque tanti, quelli finanziati con i fondi istituzionali. Sono 400 a essere finanziati con i fondi a progetto, come i Cococo. Questa situazione è abnorme. Probabilmente, non esiste una formula che indichi la percentuale giusta, ma così non sta in piedi. Siamo fuori da ogni grazia di Dio.

Già un terzo del personale è precario. Di questo terzo, inoltre, 400 sono finanziati a progetto Cococo. Peraltro, dicevo che finanziati a progetto significa, sì, uno stimolo a ricercare fondi, attività nuove, come certamente deve essere per un ente, così reso anche capace di « competere » in questa specie di mercato, ma bisogna fare attenzione. Spostare troppo l'asse della ricerca di finanziamenti sui fondi per progetto può significare uno snaturamento dell'ente stesso, che in certi momenti ha il dovere di intervenire su materie — pensate alla Terra dei fuochi — sulla quale non

può esserci un progetto. C'è un ruolo istituzionale, che non può assumere se questo è l'assetto del personale che ha a disposizione.

FULVIO GIACOMASSI, *Segretario confederale CISL*. Prenderò solo un minuto perché il collega della CGIL ne ha già presi tanti. Mi preme sottolineare che non siamo per ristrutturare o ricentralizzare il Sistema sanitario nazionale. Ci mancherebbe altro. Siamo perché ci sia una correzione.

Giustamente, veniva sottolineato dall'onorevole Miotto che tutti riconosciamo che i livelli essenziali di assistenza non hanno funzionato per tutti i cittadini nelle varie regioni, che i costi standard non sono stati introdotti. Bisogna agire lì fortemente per correggere. Questo è il lavoro che mi pare che il processo riformatore abbia messo in capo e che bisogna fare. Non dobbiamo pensare ad altri interventi. Dobbiamo, anzi, potenziare il sistema proprio perché abbiamo di fronte la demografia e siamo impreparati ad affrontarla, abbiamo nuovi bisogni che tutti conosciamo.

Inoltre, come sempre è avvenuto in questi ultimi anni, si sono fatti molti rinvii ai decreti attuativi, agli adempimenti, ma questi non sono stati fatti. Questo è un limite anche dell'azione legislativa del Governo e del Parlamento. Bisogna mettere mano perché oggi non sappiamo ancora quali siano gli statuti.

Quanto al precariato, dobbiamo partire dal fatto che questi anni di blocco della contrattazione e delle assunzioni hanno impedito il normale svolgimento delle relazioni e del funzionamento delle istituzioni, in particolare quelle di ricerca. Pertanto, si è utilizzato il lavoro flessibile; questo è avvenuto nella pubblica amministrazione in generale, ma anche nella ricerca e nella sanità. Qui si tratta, però, di professioni molto importanti, che fanno la differenza nel sostenere il sistema e i servizi.

Per questo è fondamentale, allora, che la ripartenza preveda un motore nuovo. Oltretutto, le disposizioni del decreto-legge

n. 101 del 2013 sul lavoro flessibile e precario, prevedono che nella pubblica amministrazione il lavoro deve essere a tempo indeterminato, salvo casi eccezionali, e via discorrendo. Serve, allora, un piano riorganizzativo. Per questo sono importanti la missione e le attività confermate, dove si posizionano le risorse, si fanno i concorsi, si guarda cosa sia davvero un lavoro fatto a progetto differente da un altro, se sia un lavoro professionale di ricerca.

Bisogna, però, dare agibilità alle relazioni e alla contrattazione. Questo non si risolve per legge. Bisogna sbloccare questi aspetti. Ancora oggi nella finanziaria abbiamo il blocco delle assunzioni al 20 per cento, che poi salirà al 40, per la ricerca è al 50 per cento. Questo è un tema che bisogna affrontare. Non possiamo oggi definire, come è stato fatto nel privato, nel *job act*, il 20 per cento dei tempi determinati. Non è possibile farlo. Qui non c'è questo. Non possiamo avere un limite se limite di legge è che si deve assumere a tempo indeterminato, salvo per casi eccezionali.

DANIELA VOLPATO, *Segretario generale aggiunto CISL — funzione pubblica*. Intervengo solo per portare un contributo su questo tema.

Nel decreto Balduzzi, il Parlamento aveva scelto di fare un *focus* sulla sanità rispetto al personale precario, cosiddetto a tempo determinato, e altre categorie. Ha rinviato, solo per il Servizio sanitario nazionale, a uno specifico DPCM, da emanarsi in tempi che abbiamo già scavallato. Proprio questa sera, a nome dell'associazione di categoria, vedremo il sottosegretario e discuteremo di questo DPCM.

Sta succedendo che il concorso dei diversi ministeri non sta aiutando questo processo di riconoscimento di una specialità per la sanità, perché il MEF, il Ministero dell'economia e delle finanze, sta ponendo una serie di paletti importanti sul tentativo che il Ministro Lorenzin con il suo sottosegretario stanno compiendo di far approdare in questo DPCM una serie di elementi che mettano in condizione il

Servizio sanitario nazionale di dare risposte anche alle situazioni che oggi qui state discutendo. In particolare, ha declinato un *focus* sulla ricerca.

C'è il rischio che il DPCM, per una serie di veti incrociati, esca invece con la medesima stesura del decreto-legge n. 101, ricordato ora dal collega, secondo cui si può stabilizzare tanto personale a tempo determinato quanto se ne può assumere. Oggi anche il Servizio sanitario nazionale è sottoposto non a vincoli di blocco del *turnover*, ma finanziari. Il personale che si può assumere in questa fase storica è praticamente uguale a zero, quindi non stabilizziamo nessuno.

Vedo una sensibilità su questo tema, per cui rappresento che nel Servizio sanitario nazionale questa sensibilità era stata dimostrata dal legislatore stesso con il rinvio al DPCM. È molto importante, perché in quel DPCM si parla di ricerca, oltre che di Servizio sanitario nazionale.

Colgo allora l'occasione per invitare gli onorevoli a intraprendere con il Governo un percorso su questo personale, come è stato fatto per il settore scolastico. Diamo atto che c'è un punto di sensibilità su questo ed è giusto che ci sia sulla scuola. Credo che vada compreso che sulla salute non si può scherzare, perché c'è il problema di dare continuità ai servizi, con professionisti che hanno acquisito competenze, il quale bagaglio non è riformabile in ventiquattr'ore.

FRANCESCO MARIA GENNARO, *Funzionario Dipartimento politiche di cittadinanza e della salute — UIL*. In sostanza, è già stato detto tutto. Rispetto alle modifiche dell'ingegneria normativa del 2012, *nulla quaestio*, purché siano applicate sino in fondo. Come abbiamo visto con il commissariamento, di fatto è stata attuata una cesura rispetto alle fasi di ammodernamento.

Per quanto concerne il quesito e la riflessione dell'onorevole Miotto, che registro pur avendo un'altra posizione e ringrazio per lo spunto e per la sua autorevole esposizione, dal punto di vista del Titolo V, non vogliamo creare un apparato

centralistico a trazione integrale, ma anche un intervento di parziale centralizzazione della spesa o di costi standard.

In ogni caso, volente o nolente, da un punto di vista strutturale, la classe dirigente regionale, dovendosi trovare di fronte al consenso della propria popolazione, in linea di massima è portata a non essere attenta in modo oggettivo, ma a ricercare magari di evitare tagli e ridefinizioni anche necessari perché l'appuntamento elettorale potrebbe incombere. Questo è un po' il senso.

Con riferimento al Patto per la salute, condivido assolutamente. Ad Age.Na.S. è stato sicuramente assegnato un ruolo fondamentale e forse potrebbe accentuare quella fase di omogeneizzazione fondamentale per superare le tante, troppe velocità, e garantire la piena applicabilità dei livelli essenziali di assistenza sui territori, tanto più per le regioni soggette a piani di rientro.

Faccio un piccolo accenno sul Patto per la salute, al quale non darei troppo credito; la storia dice che sovente è stato disatteso per circa l'80 per cento dei punti, una serie di titoli che si sono rivelate pie illusioni, probabilmente solo buoni propositi, ma con contenuti scarsi.

Concludo dicendo che, sostanzialmente, per quanto riguarda il personale e il precariato, abbiamo sentito chi si occupa direttamente e più specificatamente delle categorie, per cui sicuramente sanno toccare meglio i nervi giusti. È chiaro che su un volume, per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità, di quasi 600 unità, certamente le professionalità di nicchia, quelle che si rapportano maggiormente con progetti di eccellenza, con ciò che riguarda una flessibilità anche auspicabile e necessaria per la loro carriera stessa, è molto più ridotta.

La nostra paura è che, quando si sta in una situazione di emergenza finanziaria, i primi tagli vadano a colpire i servizi sociali, per quanto riguarda le pubbliche amministrazioni, o il personale, per quanto riguarda gli enti. Questa è la nostra grande preoccupazione, che oltre a

non esserci stabilizzazione, addirittura ai tagli rispetto a quest'organico. Non ho altro da aggiungere.

STEFANO PIRONE, *Dirigente federazione nazionale UGL Intesa — funzione pubblica*. Brevemente, onorevole Miotto, lei ha ragione e in questo momento i conti del Servizio sanitario nazionale sono in equilibrio, ma non bisogna guardare al passato. Guardando al futuro prossimo, abbiamo una piramide rovesciata, un Paese composto prevalentemente da anziani, l'arrivo di farmaci estremamente innovativi e costosissimi.

Immagino che tutti sappiamo che l'Agenzia europea dei medicinali (EMA) ha dato l'autorizzazione a un farmaco che guarisce l'epatite C, e per guarire si intende l'eradicazione completa del *virus*. Questo comporterà senza dubbio un impatto sociale enorme, in quanto bisognerà stabilire a chi darlo, come darlo, ma soprattutto bisogna stabilire quanto costa.

Anche pensare che sempre tutto sia risolvibile senza strumenti straordinari non mi trova d'accordo. Non credo che si debba avere paura del finanziamento privato quando questo non è condizionante. Parlo adesso delle tre istituzioni. Non credo che, in una situazione in cui il PIL diminuisce e vi sono problemi di reperimento di risorse, sia così nefasto ricorrere al finanziamento privato quando, lo ripeto, questo non sia condizionante.

L'altra domanda è stata posta dall'onorevole Amato: qual è la percentuale giusta per garantire la qualità della ricerca in questo Paese nell'ambito dell'Istituto superiore di sanità? Non c'è una risposta, in quanto la percentuale giusta di ricercatori dipende dalla qualità, dalla profondità e da quanto l'Istituto superiore di sanità ha a disposizione per fare ricerca. Una ricerca indipendente finanziata dai privati non può e non deve essere, a nostro avviso, relegata in soffitta, non deve essere messa fuori la porta perché non è etica, non deve essere allontanata perché non ce lo possiamo permettere.

Quanto al ruolo centrale dell'Age.Na.S., è stato detto che il Patto per la salute

spesso è un libro dei sogni, ma Age.Na.S. ha tantissimi compiti e si corre il pericolo che veramente, come è stato già detto, vi sia un semplice enunciato di capitoli di buoni propositi. Age.Na.S. soffre, in effetti, fortemente e forse più degli altri la crisi del personale, ovvero la scarsità di risorse sia umane sia economiche.

L'onorevole Carnevali parlava di un problema legato alla flessibilità. A nostro giudizio, è sempre l'ingresso graduale e controllato di finanziamenti privati anche in queste realtà che può dare un esito positivo.

Concludo, signor presidente, citando un esempio. L'EMA, che rappresenta il massimo consenso in Europa per il farmaco, paragonabile al Food and Drug Administration (FDA), svolge attività privata senza che ci sia alcun problema di natura etica o di altro tipo. Essa svolge per le industrie un'attività di pre-sperimentazione dando indicazioni e ricevendo in cambio delle *fiche*, ossia un'azione privata che speriamo possa essere applicata quanto prima anche nel nostro Paese.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti voi per averci messo a disposizione moltissimo materiale per procedere con le nostre riflessioni.

Mi permetto soltanto di aggiungere, togliendomi per un attimo la veste di presidente in questo momento della Commissione, anche a nome delle colleghe e dei colleghi, che condividiamo le preoccupazioni e le riflessioni che avete lasciato così puntualmente oggi pomeriggio alla nostra attenzione. Ovviamente, restiamo in attesa dei vostri interventi scritti. Vi ringrazio e auguro buonasera a tutti. Arrivederci.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16.15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
l'11 dicembre 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

