PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DAVIDE CAPARINI

La seduta comincia alle 14.

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 del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi, sulle linee programmatiche del Governo in materia sanitaria, con riferimento ai profili di competenza della Commissione.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi, sulle linee programmatiche del Governo in materia sanitaria, con riferimento ai profili di competenza della Commissione.

La Commissione, nel quadro delle sue attività istituzionali, ha convenuto di svolgere le audizioni dei rappresentanti del Governo competenti in ordine alla materia di interesse della Commissione stessa. Ringraziamo il Ministro Sacconi per aver accettato l'invito che gli era stato formulato a luglio, in particolare su richiesta del Partito democratico. Purtroppo, la pausa estiva non ci ha consentito di audire prima il Ministro.

La materia oggetto della richiesta di audizione è ovviamente inerente alla sanità, in particolar modo all'ultimo provvedimento del Governo.

Do la parola al Ministro Sacconi.

MAURIZIO SACCONI, *Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Signor presidente, chiedo scusa per il mio ritardo dovuto a un protrarsi del Consiglio dei ministri e alle riunioni che si sono svolte a valle di esso.

Questo mi consentirà di dare un quadro finanziario aggiornato alle recenti decisioni, ritenendo peraltro mio dovere in primo luogo ripercorrere il modo con il quale lo Stato, d'intesa con le regioni, ha definito nel corso degli ultimi anni il Fondo sanitario nazionale e ne ha curato la gestione, il riparto, ma anche il modo in cui ha curato il rapporto con le regioni per stimolare processi di razionalizzazione della spesa, determinando così il definitivo superamento della logica, prevalsa per lunghi anni, della copertura a piè di lista delle inefficienze che, come è noto, sono ben presenti in una parte delle nostre regioni.

Possiamo ritenere che il punto di partenza, nel tentativo di superare il finanziamento delle inefficienze, sia l'accordo dell'8 agosto 2001, quando si avvia un nuovo percorso e si passa da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria agganciato alla spesa storica a un sistema che viene definito innanzitutto in termini di ottimale rapporto con il prodotto interno lordo (si pensa a una stabilizzazione al 6 per cento). Inoltre, si definisce il Fondo sanitario nazionale, nel corso degli anni successivi, anche alla luce del successivo patto sulla salute del 2006, in termini che complessivamente tengono conto della spesa storica e delle inefficienze. Certa-

mente il volume complessivo muove da una stima della spesa in atto, ma nella ripartizione già si considerano parametri oggettivi, articolati nelle grandi voci della spesa sanitaria stessa.

Inizia, cioè, una fase nella quale possiamo dire trasparentemente si determinano altri trasferimenti, in relazione agli indebitamenti accumulati o agli ulteriori disavanzi che si sono prodotti e che si stanno producendo nell'anno di riferimento, che hanno un carattere di separata trasparenza rispetto al finanziamento ordinario della sanità regionale.

Segnalo come positivo il fatto di avere in qualche modo distinto il finanziamento teoricamente attribuito secondo criteri equi e razionali da un finanziamento che, invece, interviene in relazione alle situazioni inefficienti, con lo stimolo a perseguire obiettivi di efficienza.

Vorrei soprattutto fare riferimento alla logica dei piani di rientro. A mio avviso, questi sono stati definiti positivamente dalle regioni e dal Governo, in quanto, sulla base di un fondo contenuto nella sua dimensione per volontà delle regioni stesse – così mi riferiscono coloro che hanno partecipato a quel momento definitorio – consentono di impegnare le regioni, che si trovano in condizioni di grave disavanzo, a percorsi di ragionevole rientro da esse stesse accettati, perché concordati, sulla base di alcune deterrenze. Queste consistono, da un lato, nell'impossibilità di erogare il finanziamento aggiuntivo nel momento in cui non venga rispettato il percorso di rientro; dall'altro, nella necessità di incrementare la pressione fiscale fino a una certa soglia – soglia che, ad esempio, la regione Abruzzo ha già raggiunto, per cui questa deterrenza si è esaurita nella sua dimensione possibile – e nel commissariamento della sanità regionale, nella duplice forma sia di un intervento *ad hoc* per deliberare quell'incremento della pressione fiscale che altrimenti non verrebbe deliberato, sia nella formula più compiuta della sostituzione del commissario all'ordinaria gestione regionale dei servizi socio-sanitari in quell'ambito.

Appare del tutto evidente – ne parlavamo l'altro giorno con il presidente Errani, nell'incontro svolto alla presenza del Presidente del Consiglio – che c'è un nesso molto solido tra la piena attuazione del patto sulla salute, dei piani di rientro che ne sono una componente sostanziale e la preparazione del federalismo fiscale, che mi permetto di ritenere, seppure in modi e forme ancora oggetto di discussione, è unanimemente desiderato dall'attuale composizione del Parlamento.

Questo perchè la spesa sanitaria corrisponde a larga parte della spesa corrente. Stimiamo che tale valore si aggiri intorno all'80 per cento; non è facile determinare questa stima in termini esatti, tuttavia una tabella, ricostruita sulla base di dati forniti dalla Corte dei conti, ci consente di stimare che il dato in questione sia leggermente al di sopra dell'80 per cento.

Inoltre, proprio la spesa sanitaria, per le caratteristiche che presenta, quelle di un profondo divario in termini di dimensione della spesa per abitante, come sintesi di una serie di indicatori della spesa stessa e livelli di efficienza, ci consente di definire che la sanità è l'ambito che più di ogni altro deciderà, a seconda di come sapremo governarlo, se il federalismo fiscale sarà l'inizio della fine o, invece, l'inizio di una stagione virtuosa per una responsabile conduzione della finanza pubblica soprattutto nella dimensione regionale.

È importante il modo con il quale affrontiamo i piani di rientro nei quali siamo attualmente impegnati, primo tra di essi quello della regione Lazio; dico primo perché costituisce materia aperta, carne viva, della quale ci stiamo occupando in queste ore, che condiziona necessariamente la credibilità anche del patto relativo verso le altre regioni.

Nei giorni scorsi ho incontrato l'assessore della regione Sicilia, il quale, impegnato sul fronte del piano di rientro, mi ha chiesto subito se facciamo sul serio, se intendiamo rimodulare il piano di rientro e prorogare i termini nei quali verranno effettuate le verifiche (la prossima perizia è prevista per il 15 ottobre). È evidente

che, se io avessi risposto in modo affermativo, egli si sarebbe trovato nella condizione di subire pressioni ancora più robuste a non attuare quei percorsi faticosi che mi ha annunciato di avere in programma e di avere in parte realizzato. Lo stesso discorso vale per la regione Campania (diversamente, invece, per la regione Liguria, ma non di meno, finché essa non uscirà da quella condizione).

Per quanto riguarda la regione Abruzzo, sapete che da poco è scattato il commissariamento, che avrà il compito di riprendere il filo interrotto di un percorso di rientro.

La credibilità di questo complessivo percorso dei piani di rientro è alla base del processo più generale di federalismo fiscale. Qui, infatti, ci sono tutte le condizioni per ricondurre a virtù il sistema, in quanto nel sistema sanitario stesso noi troviamo i modelli reali di riferimento.

Per fortuna non abbiamo bisogno, in questo caso, di modelli ideali di riferimento, ma abbiamo la possibilità di riferirci a modelli realizzati. Questo ci aiuta sia nella volontà di contenimento della spesa, sia nella volontà di far coincidere la razionalizzazione della spesa con il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

A questo criterio, io credo, dobbiamo soprattutto ispirarci. Mi auguro che nel negoziare con le regioni stesse l'ipotesi di federalismo fiscale si vogliano assumere a riferimento costi standard identificati con i costi praticati dalla o dalle regioni più virtuose. Noi abbiamo fatto una simulazione riferita al costo medio standard delle regioni Veneto e Lombardia. Questa scelta è dovuta al fatto che esse hanno un ottimo livello di efficienza, rappresentano due modelli fra di loro contigui e complementari – nel senso che il rapporto tra pubblico e privato si pone in una relazione di complementarietà fra le due regioni – e hanno una composizione demografica che rappresenta la media del Paese. In altre parole, le classi di età, nell'unico contesto lombardo-veneto, coincidono sostanzialmente con la dimensione delle classi di età nell'intero Paese.

Adottare, dunque, come *benchmark* dei percorsi di rientro nel prossimo patto sulla salute questo costo standard, in coerenza con la *ratio* del federalismo fiscale, che vuole parità di opportunità per tutte le regioni, qualunque sia la loro capienza fiscale, per l'erogazione di livelli essenziali dei servizi (non costruiti astrattamente, ma anche per come si sono effettivamente erogati nelle regioni più performanti), ci consente di ancorare il riparto dei finanziamenti a un dato molto concreto e, ci si augura, tendenzialmente evolventesi ulteriormente verso maggiore virtù.

Nell'ambito delle stesse regioni Lombardia e Veneto, infatti, ci sono margini di ulteriore razionalizzazione.

Diversamente, se noi scegliessimo come riferimento un costo medio nazionale incorporeremmo nel *benchmark*, nel costo standard, una parte consistente dell'inefficienza. L'unico dubbio può essere se riferirci a una sola regione, alla più performante. La leggerissima attenuazione – perché di questo si tratterebbe – del lombardo-veneto, che ha un costo per abitante leggermente superiore, appare più ragionevole per gli indicatori che ho prima richiamato, senza peraltro incorporare inefficienze qualora allargassimo la base su cui calcolare il costo medio.

Considero il patto sulla salute – insisto su questo – una meravigliosa intuizione di chi lo ha gestito: do merito alla mia coalizione, che nel 2001 fece il primo passo, e molto merito a chi nel 2006 ha compiuto questo secondo passo. Vorrei ricordare che le procedure relative al commissariamento di Lazio e Abruzzo partono con il Presidente Prodi e con il Ministro Padoa-Schioppa. Noi le abbiamo ereditate ed esse rappresentano uno degli atti di consegna del Presidente Prodi al Presidente Berlusconi.

Quello del patto sulla salute è il modello al quale dobbiamo ispirarci, ovviamente nella misura in cui ci dimostreremo capaci di gestirlo. Avverrebbe diversamente, invece, se dovessimo cedere alle comprensibili preoccupazioni delle regioni interessate. Questo vuol dire, ad esempio, ipotizzare che nel prossimo patto sulla

salute si definisca un piano di riparto ancora una volta trasparente, in quanto a ideale allocazione fondata sul costo standard, collocando in un fondo separato di accompagnamento le risorse che invece impropriamente, ma necessariamente, assegniamo alle regioni in funzione della loro distanza dal costo standard, quindi del graduale avvicinamento ad esso – l'arco temporale sarà deciso dal Parlamento – in modo tale che tutte le regioni siano soggette al piano di rientro (tranne quella che fa da *benchmark*, perché ha la *performance* migliore). Tutte le regioni, dunque, devono essere indotte a rientrare, sulla base di patti che stipulano e di deterrenze che accompagnano questi patti e la loro concreta e verosimile attuazione. È la trasparente allocazione che ancora una volta si rende necessaria, con le stesse deterrenze che l'esperienza dei piani di rientro ci insegna: blocco del finanziamento aggiuntivo, pressione fiscale, commissariamento.

Se adottassimo – al riguardo abbiamo fatto una simulazione – a *benchmark* il costo medio lombardo-veneto, ci sarebbe, sulla base dell'attuale spesa sanitaria, un'economia su base annua di 4,3 miliardi (se non ricordo male, comunque ho qui la tabella relativa), che significa una cosa di non poco conto: è un'ideale economia a regime, evidentemente, perché il percorso dovrebbe essere graduale.

D'altronde, fare riferimento alle regioni più performanti – non solo Lombardia e Veneto, ma tutte le regioni che sono in attivo, come Toscana, Friuli Venezia Giulia, la Provincia autonoma di Bolzano – significa fare riferimento a modelli gestionali di successo. Tali modelli, pur con i loro limiti e le loro inefficienze, muovono tutti da un passaggio che, non a caso, non è stato compiuto nelle regioni inefficienti: il superamento di tutta la rete ospedaliera marginale.

Personalmente – sono veneto, dunque vi chiedo di capire la mia enfasi – ho vissuto questi percorsi. La mia età politica mi permette di ricordare, dagli anni '70, le prime faticose chiusure ospedaliere. Nel mio territorio, peraltro, si trattava di ospedali molto « sentiti ». Vengo da una provincia plurimandamentale e in ciascuno dei mandamenti, anche orograficamente separati, c'era un ospedale di riferimento fortemente sentito, perché frutto di lasciti e di nobile storia, e fortissimo elemento comunitario. Tuttavia, alcuni ospedali erano diventati obsoleti, pericolosi per la salute stessa, perché marginali e con una soglia dimensionale che non consente oggi di concentrare in essi quegli investimenti tecnologici e in capitale umano e quella qualità totale che dobbiamo garantire per la risposta ai malati acuti. La chiusura degli ospedali territoriali marginali fu la premessa per la costruzione della medicina del territorio, che è la ragione fondamentale del successo dei modelli virtuosi che abbiamo nel nostro Paese.

Certamente sono esempi di successo quei plessi ospedalieri nei quali si concentra l'eccellenza tecnologica, professionale, globale dei servizi offerti, ma il vero motivo di successo è nella capacità che la medicina del territorio ha dimostrato di rafforzare l'autosufficienza della persona prevenendo il formarsi dello stato di bisogno, quantomeno dello stato di bisogno acuto.

Sapete che il Libro verde, che sollecita la consultazione pubblica, si ispira molto al criterio di presa in carico della persona dalla nascita (noi diciamo anche dal concepimento). Questa presa in carico è favorita anche dalla *information technology*, dall'organizzazione del fascicolo elettronico che accompagna la persona nei suoi movimenti attraverso diverse forme di servizio socio-sanitario e, nel mio modello, anche assistenziale. Come Governo, infatti, anche nel Libro verde ipotizziamo un modello che integra i servizi socio-assistenziali con quelli socio-sanitari, che non accetta la separatezza di queste due dimensioni.

L'accompagnamento della persona attraverso diversi livelli di servizio è garantito da quella continuità che il fascicolo elettronico consente, prevenendo anche il formarsi di rischio clinico, che spesso è determinato dalla mancata conoscenza della salute della persona che risulta pro-

prio da quella sorta di « conto corrente » cui ho fatto riferimento. La medicina del territorio, se è intrecciata virtuosamente con il volontariato, riconosce la funzione della famiglia e abbassa la pressione sulla stessa rete ospedaliera. Ciò tanto più se riusciremo ulteriormente a rivalutare le funzioni dei medici di medicina generale, per i quali la convenzione in atto è un passaggio straordinariamente importante per richiamarli a una funzione h24, che gli consenta di essere la più robusta componente della medicina del territorio e, quindi, di ridurre la pressione oggettiva sull'ospedalità, in conseguenza della riduzione della dimensione del bisogno acuto.

Questo modello, descritto brevemente, sembra garantire contenimento e controllo dei costi, ma anche efficienza della risposta alla domanda di salute. Sebbene abbiamo nel nostro seno forse il modello migliore al mondo – siamo considerati secondi nella nostra interezza, ma se prendiamo solo la nostra dimensione settentrionale abbiamo forse i modelli migliori al mondo, seppure certamente perfettibili – d'altra parte registriamo alcune tra le peggiori *performance* nell'ambito dei Paesi industrializzati.

Evidentemente abbiamo tutte le condizioni, attraverso forme di integrazione, di comunicazione e di gemellaggio – il tema deve essere ripreso rispetto alle previsioni che, sebbene presenti nell'ultimo patto sulla salute, non hanno funzionato – per realizzare un percorso virtuoso di orientamento della spesa verso il costo standard, inteso come costo della regione o delle due regioni più performanti in termini di rapporto costi-benefici.

Questo è anche il senso del riparto delle risorse. Come sapete, per il 2009 – ultimo anno di patto sulla salute – abbiamo allocato esattamente le risorse previste dal patto, pari a 102.683 milioni di euro, ed erano le risorse già disposte dal precedente Governo. In aggiunta, abbiamo dato circa 170 milioni di euro per il rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale e 400 milioni per concorrere ad evitare, in tutto o in parte, i *ticket* sulla diagnostica e sulle visite specialistiche, che scatterebbero dal 1º gennaio 2009 sulla base del patto triennale 2007-2009, ove ciò si rendesse necessario. Abbiamo ritenuto di concorrere con la metà dell'onere complessivo che varrebbe la generalizzata adozione di questi *ticket*.

Questo significa che, in percentuale del PIL nominale, l'incremento 2009 sul 2008 è del 6,27 per cento, come nel 2008 sul 2007 era stato del 6,28 per cento. Per il 2010-2011 abbiamo disposto 103.945 milioni di euro (2010) e 106.265 milioni di euro (2011), con incrementi in valore assoluto per un totale nel biennio di quasi 5 milioni di euro.

È importante che la dinamica in percentuale del PIL nominale 2010 sul 2009 è 6,15 e 2011 su 2010 è 6,10. Se poi guardiamo all'incremento in percentuale rispetto all'anno precedente del PIL nominale, notiamo che è pari al 3,05 per cento del PIL 2009, al 3,18 per cento del PIL 2010 e al 3,13 per cento del PIL 2011. Come vedete, ci teniamo in linea come percentuali.

Quanto al PIL reale, al quale in teoria dovremmo guardare, se l'incremento è 0,5 per cento nel 2008 e 0,9 per cento nel 2009, nel 2010 è 1,20 per cento e nel 2011 1,30 per cento. Aggiungo che con la finanziaria di oggi, con riferimento al programma straordinario di edilizia sanitaria e all'ammodernamento tecnologico delle strutture del servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67/88, sono stati salvaguardati tutti gli interventi compresi negli accordi di programma già sottoscritti con le regioni e, in secondo luogo, viene assicurata la possibilità di sottoscrivere nuovi accordi di programma con le regioni per circa un miliardo di euro, in parte rinvenienti dalle revoche operate a carico delle regioni fortemente ritardatarie sugli interventi già finanziati e in parte disponibili in base a ulteriori importi presenti in bilancio.

La manovra di bilancio è stata effettuata, come voi sapete, per quanto riguarda questo Governo, già nel mese di giugno, nella convinzione che sarebbe arrivato lo *tsunami* finanziario. Sapete, infatti, che siamo partiti dall'ipotesi peg-

giore, che peraltro si sta traducendo in forme ancora peggiori. Abbiamo realizzato quella manovra nella convinzione che ci fossero tutti i presupposti di uno *tsunami* di questo tipo, pensando che comunque avremmo fatto in tempo ad allargare il cordone della borsa nel caso ci fossimo sbagliati. Disgraziatamente ci siamo sbagliati, ma per difetto.

La prima reazione che ovunque viene consigliata, nel momento in cui interviene una così pesante instabilità dei mercati finanziari, è quella di bloccare con decisione il debito pubblico. Ciò nonostante, come ho ricordato, sono stati già definiti i trasferimenti alla sanità per il futuro biennio, per un patto della salute che dovrà essere rinegoziato e che ho ipotizzato nei termini prima descritti come avvicinamento al costo standard, come delinea a sua volta la bozza di federalismo fiscale all'esame della Conferenza Stato-Regioni e poi del Parlamento.

Tuttavia, il riparto si mantiene in rapporto al PIL con le caratteristiche che poco fa ho ricordato, anche se diminuiscono le attese rispetto ad un *trend* di spesa che dobbiamo drasticamente contenere.

Riporto l'esempio della regione Lazio, che abbiamo all'esame in questo momento. Come sapete, i piani di rientro vengono giudicati da un tavolo tecnico i cui funzionari sono rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle regioni (in particolare, se non ricordo male, uno dell'Emilia, uno della Lombardia, uno della Sicilia). I componenti di questo tavolo hanno sempre redatto i verbali di verifica all'unanimità, incluso l'ultimo della regione Lazio, redatto nei giorni scorsi, che ribadisce essere inadeguato il pacchetto di misure rispetto al piano di rientro. Inoltre, si ribadisce che a queste condizioni non è possibile erogare le somme legate al rispetto del piano di rientro.

Come sapete, la regione Lazio aveva lamentato due livelli di trasferimento, ma non dobbiamo fare confusione. Se volete dare un giudizio sul modo in cui il Ministero dell'economia e delle finanze trasferisce i finanziamenti a tutte le regioni, dovete considerare che il trasferimento avviene sulla base di verifiche progressive delle relative entrate. Discutetene pure con il Ministero dell'economia e delle finanze, ma tutte le regioni hanno questo trattamento. Solo la regione Lazio si è lamentata, comprensibilmente in rapporto alla situazione che sta vivendo.

Ieri ho sentito che qualcuno ci ha addirittura minacciato di segnalazione alla Corte dei conti, ma noi cadremmo nella responsabilità contabile se erogassimo finanziamenti in presenza di un tavolo tecnico che ci dice di non farlo. Vi prego di considerare che il tavolo tecnico – se qualcuno non lo sa si informi – è composto da persone al di sopra di ogni sospetto. Nessuno, infatti, ha mai osato dubitare della loro assoluta capacità e neutralità professionale.

Come potremmo noi, con un atto, prenderci la responsabilità di attuare trasferimenti, quando questo atto ci dice che non ci sono le condizioni ? Questo non significa che viviamo il rapporto con la regione Lazio in termini formali, formalistici, punitivi, o peggio ancora politici.

In questa vicenda del rapporto con la regione Lazio, mi sono detto più volte che avrei preferito avere di fronte una Giunta regionale di diverso colore, perchè forse avremmo avuto meno inibizioni.

MARIO PEPE. I danni vengono da prima...

MAURIZIO SACCONI, *Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Vi prego, la logica dei piani di rientro prescinde da questo aspetto.

Chi vince le elezioni incorpora tutto, il bene e il male che trova, e forse ha vinto – non entro nel merito della regione Lazio, ma faccio un ragionamento astratto e teorico – anche per quello. Non a caso, per fortuna il patto è stato sottoscritto proprio dallo stesso presidente della regione attualmente in carica. È un patto libero, volontario. Il patto prevede che bisogna tagliare 3500 posti letto entro il 31

dicembre, e 4700, se non ricordo male, entro il 31 dicembre 2009. Ebbene, non l'ho sottoscritto io, ma lo ha sottoscritto questo presidente con il precedente Governo, tanto per intenderci e perchè nessuno pensi ad altro che non ad una oggettiva operazione di risanamento.

Il piano di rientro richiede verifiche periodiche. Diciamo la verità, da quando il piano di rientro è stato varato, mai la regione Lazio è risultata in linea con lo stesso, tanto che è stata oggetto di commissariamento. A questo punto si pone un problema. Nei prossimi giorni incontrerò il presidente Marrazzo, presso il tavolo tecnico, per capire come intendono rientrare nel piano, ma sappiamo bene che se facessimo sconti faremmo perdere credibilità ai percorsi in atto nelle altre regioni; non daremmo un segnale – cosa che invece vogliamo fare – di rigore alla Sicilia, alla Campania, alla Liguria.

Cito solo per un attimo il caso della Calabria, soggetta addirittura a un commissariamento ai sensi della protezione civile (questo sta a significare una situazione di emergenza sanitaria). Presto ci sarà una verifica per decidere come procedere, in quanto la situazione della Regione Calabria è molto preoccupante non solo per la dimensione del debito e del disavanzo, ma per il *trend* di spesa: dai 55 milioni del 2006 ai 127 nel 2007. Un dato – l'ho riletto tre volte per esserne sicuro – che fa spaventare non poco.

Le regioni Lazio, Campania e Sicilia hanno il 78 per cento del debito complessivo accumulato. Ci risultano molto impegnati gli assessori e le Giunte della Campania e della Sicilia, in questo momento, per cercare di evitare, il 31 ottobre, il momento del commissariamento. Tutto attiene, come ho spiegato prima, non solo a queste stesse regioni, ma al nostro futuro. Per questo non possiamo fare sconti. Noi peraltro stiamo pensando di non lasciare soli gli amministratori regionali in questa operazione, cioè di irrobustire i modi con i quali li accompagniamo.

Abbiamo l'Agenzia nazionale dei servizi socio-sanitari, nata con buone intenzioni, che poi ha perso per strada la funzione originaria. A nostro avviso, l'Agenzia deve essere davvero il braccio operativo dei tavoli tecnici, della Conferenza Stato-Regioni, lo strumento operativo di accompagnamento per il rientro, anche in termini di esposizione politica.

Come Ministro della salute, sono pronto ad accompagnare gli assessori regionali o i commissari o i presidenti di regione, nel momento in cui si espongono nelle operazioni di razionalizzazione. Mi impegno, cioè, a non lasciarli soli politicamente.

Capisco che sul piano locale si inneschino dinamiche per cui l'opposizione, qualunque essa sia, tende facilmente a cavalcare la protesta di interessi offesi o anche solo di genuine aspettative sociali che pensano di essere lese, ma che invece, a mio avviso, trarranno beneficio da questi processi di razionalizzazione; per esempio, da quello della rete ospedaliera.

Siamo pronti a offrire la condivisione, perché i commissari di Governo sono nostri commissari e perché anche la regione che opera per un piano di rientro opera sulla base di un'intesa con il Governo, ragion per cui il Governo è parte di questa operazione di risanamento. Non si chiama fuori, ma vi è coinvolto, fino in fondo.

Io sono pronto a venire a spiegare perché si chiude l'ospedale San Giacomo. Non va lasciato questo compito al solo commissario. Questo è un esempio, poi non sta certo a me valutare se bisogna chiudere l'ospedale San Giacomo piuttosto che un altro plesso ospedaliero; lo dico per spiegare che egli, in questo momento, opera come commissario del Governo ed è un errore quando questa funzione viene confusa, perché così viene a mancare anche quel carattere interistituzionale che agevola la realizzazione degli stessi piani di rientro.

Vi chiedo scusa se ho abusato del tempo che mi era concesso, ma volevo rendere l'idea, che avete certamente già e che credo sia alla base di questa mia convocazione, della strategicità del tema di cui stiamo discutendo.

Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro Sacconi.

Do la parola ai senatori e ai deputati che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni. Vi invito a contenere gli interventi in cinque minuti.

MARIO PEPE. Ho seguito con grande attenzione l'intervento del Ministro Sacconi e desidero fare alcune considerazioni, anche se chiaramente non abbiamo tutto il tempo che il Ministro ha avuto per illustrare un argomento di carattere analitico sulla sanità, in merito a due temi fondamentali: il patto di rientro e il criterio per l'erogazione dei fondi alle regioni.

Passo subito alla parte propositiva *ad adiuvandum* rispetto alla relazione del Ministro, il quale ha focalizzato il suo intervento su alcune precise questioni, senza però tener conto di un elemento: il rapporto dialettico esistente con il federalismo che si intende introdurre in futuro. Condivido il fatto che sia in atto una processo; condivido il fatto che la spesa, per quanto riguarda l'attuazione del federalismo storico ad oggi, dipenda all'80 per cento dalla sanità, come accade in tutti i bilanci regionali.

È chiaro che il sillogismo che lei ha adoperato – ovvero: se funziona la sanità e il rientro in sanità, funziona il federalismo – non è aristotelico ma, per così dire, apocrifo. Tenga conto, però, che ci sono i pregressi debiti, i pregressi condizionamenti e le *defaillance* dei vari territori. Lei sa meglio di me, infatti, che talvolta, utilizzando un codicillo del meccanismo, non sempre il piano di riparto ha erogato adeguatamente alle regioni che, in base al livello demografico, chiedevano i fondi che avevano diritto di avere.

Queste circostanze appartengono al passato, tuttavia vorrei che vi fosse maggiore attenzione verso questo aspetto federalistico. Perché in verità, signor Ministro, è soltanto un equilibrio economico e finanziario quello che noi dobbiamo realizzare nel Paese, tenendo presente l'assunto fondamentale che, sia che vinca la destra, sia che vinca il centrosinistra, il debito e il deficit pubblico devono rientrare, altrimenti questo Paese non si governa, soprattutto oggi che si verifica un terremoto delle grandi economie e delle categorie macroeconomiche.

Perché le chiediamo di fornirci, se è possibile, le varie tavole sinottiche delle varie poste, nonché delle simulazioni verificate ? Perché il tema del federalismo, al di là del « caldo Calderoli », si riduce alle quantità, non alle qualità. Le quantità sono oggettive e sacrosante, mentre le qualità le fanno gli uomini. È sulle prime che noi dobbiamo spingere la riflessione.

Sarebbe pertanto opportuno acquisire le simulazioni e le quantità, perché, quando andremo al confronto sul testo Calderoli-Fitto concordato in sede di Conferenza unificata, potremo guardare al cosiddetto federalismo del futuro con molta obiettività e non in maniera contingente o drammatica, talvolta persino con panico. Questo avviene oggi; immagini che cosa si può determinare nelle regioni.

Qual è la parte che io vorrei affidarle ? Io so che lei conduce un ministero complesso, che racchiude tre ministeri; ritengo, infatti, che sarebbe stato opportuno spacchettarlo, in quanto la complessità è tale che non so se lei riuscirà ad andare fino in fondo su tutte le questioni. Dopo aver acquisito una forte competenza sulla dinamica lavoristica, infatti, è chiaro che oggi lei si trova di fronte a problematiche diverse.

Perché non si fa carico lei – se davvero riteniamo che la sanità sia un fatto serio, oggettivo e che debba essere il *benchmark* da cui partire per risanare la finanza dello Stato – di una mozione *bipartisan* per evitare logoramenti e conflittualità tra le persone, gli enti, le regioni, le province, le strutture private della sanità e le strutture pubbliche, e arrivare ad una posizione condivisa ? Se non c'è chiarezza e condivisione su questo argomento, infatti, ritengo che neppure eroi magici riuscirebbero a risolvere il problema.

È certo, signor Ministro, che bisogna anche arrivare a un conto consolidato. Lei ha letto meglio di me molte schede di alcuni giorni fa de *Il Sole 24Ore*; io concordo sul fatto che si debba andare

oltre alla spesa storica, come ho detto in questa Commissione, ma la spesa storica ha agevolato il nord e non il sud. Essendo lei un parlamentare autorevole e di una certa appartenenza politica, ricorderà che i decreti Stammati hanno aiutato il nord a rientrare per il riequilibrio dei mutui, più che il sud, poiché nel sud sono più conservatori sul piano della finanza.

Dopodiché, come è andata, signor Ministro, la cartolarizzazione della debitoria affidata alle regioni ? Io concordo sul fatto che si debba andare fino in fondo, ma vorrei sapere che cosa hanno fatto le regioni per poter rientrare in quei parametri a cui lei faceva riferimento e per essere pronte, sapendo che l'80 per cento del bilancio è sanitario, alla sfida del federalismo.

So di essere stato un po' caotico, ma la materia era abbastanza provocatoria e provocante.

FIORENZA BASSOLI. Ringrazio il Ministro per questa relazione, ma devo dire che, soprattutto per la parte relativa ai dati, sarebbe stato più utile poter avere sotto gli occhi tutte le cifre che lui ci ha diligentemente illustrato e snocciolato nella sua relazione.

È chiaro, infatti, che da questo supporto forse, l'esame che oggi possiamo fare avrebbe potuto essere più completo. Mi auguro che quanto prima si possa entrare nel merito in maniera un po' più documentata.

Io sono d'accordo con il Ministro sul fatto che sia importante operare per una razionalizzazione della spesa. Sicuramente, il fatto che noi siamo d'accordo è dimostrato anche dal sostegno che abbiamo dato, nel Governo di centrosinistra, a questa trasparenza del deficit che si stava accumulando ormai da troppi anni in alcune regioni. Condivido anche la necessità di impostare una operazione che forse non ha precedenti nel nostro Paese, perché non è solo un'operazione di risanamento della spesa sanitaria, andata al di fuori di ogni controllo, ma è anche la ricerca di un risanamento più generale della spesa pubblica nel nostro Paese, oltre che una riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi.

Come è indicato anche nel Libro verde che il suo ministero ha prodotto, infatti, è chiaro che non c'è sovrapposizione tra spesa e qualità dei servizi, perché alcune delle regioni in deficit spendono di più, ma offrono dei servizi insufficienti o di bassa qualità, tanto che tutti abbiamo ben presente lo stato della migrazione continua dal sud al nord del Paese per poter avere questi servizi.

Pertanto, noi sosteniamo fortemente questa operazione di rientro dal deficit delle regioni, perché non è solo qualificazione della spesa pubblica, non è solo rientro, ma è anche riqualificazione dei servizi.

È evidente che occorre andare fino in fondo a questa razionalizzazione. Tuttavia, si tratta di una operazione molto complessa e delicata, che comporta anche un coinvolgimento dei cittadini che si vedono penalizzati, perché devono pagare più tasse, perché devono pagare i *ticket*, così come degli operatori stessi, perché quando si parla di chiudere un ospedale, o ridurre il numero dei posti letto, questo significa ridurre l'occupazione. Essendo, quindi, una operazione molto complessa e difficile, al di là del fatto che si debba andare fino in fondo, penso che occorra un grosso coinvolgimento, sia dal punto di vista dell'analisi dello stato di rientro e delle difficoltà che si sono incontrate nelle varie regioni, sia nelle modalità per raggiungere questi obiettivi. Molto spesso, infatti, l'eccessiva rigidità, senza una verifica sulla realizzazione concreta di questo progetto, può significare il blocco dell'operazione.

Noi non vogliamo che queste operazioni di rientro dal deficit siano bloccate. Per portarle a termine, dunque, occorre renderle possibili sia, come diceva il Ministro, attraverso un sostegno a chi si espone in prima persona rispetto all'attacco delle opposizioni, ma anche alla rabbia dei cittadini e dei lavoratori del settore sanitario che si sentono colpiti, sia attraverso un coinvolgimento generale dell'opinione pubblica.

Io guardo con preoccupazione al fatto che nel Libro verde non si facciano queste considerazioni, e che sui giornali – come è accaduto ieri – appaiano degli articoli che hanno l'obiettivo di evitare il raddoppio della spesa sanitaria, da qui al 2050, senza però valorizzare due aspetti peculiari di questa realtà. Innanzitutto, il fatto che noi comunque abbiamo una spesa sanitaria che incide sul PIL in misura inferiore rispetto a quella di altri Paesi europei, del nostro livello, come Germania, Francia e via discorrendo. In secondo luogo, dobbiamo ricordare che è in atto uno sforzo per far rientrare un numero considerevole di regioni da una situazione storica che si è creata nel tempo; questa non è un'operazione puramente contabile, ma incide nella carne viva dei servizi e delle risposte ai bisogni delle persone.

Pertanto, ritengo che debba essere fatto uno sforzo di coinvolgimento e di riconoscimento di questa operazione di risanamento, che è nata con il patto per la salute sottoscritto da tutte le regioni, di qualsiasi orientamento politico, e che quindi oggi ha bisogno di un consenso più generale per essere attuata. Questo per quanto riguarda l'esistente.

Per quanto riguarda la prospettiva, mi preoccupa il fatto che si dica che bisogna adeguare al costo medio standard il costo medio di tutte le altre regioni in termini di salute, senza fare riferimento, anche in questo caso, alle diverse realtà. Ci sono regioni, infatti, dove c'è una realtà demografica molto diversa da altre, dal nord al sud, ma anche all'interno dello stesso nord o centro del Paese. Inoltre, mi sembra una norma centralizzatrice quella sulla base della quale si decide il commissariamento di chi non sta nel costo-medio.

Se da un lato stiamo cercando di responsabilizzare le regioni per renderle autonome, all'interno di un sistema che deve comunque rimanere solidale, attraverso il federalismo fiscale, dall'altro lato lasciamo fuori chi non si adegua ad un costo standard – definito, però, sulla base della realtà di due sole regioni – e lo sottoponiamo, per rientrare, alle norme previste per chi è in deficit. Ebbene, tutto ciò mi sembra davvero una forma preoccupante di centralismo che facciamo uscire dalla porta con il federalismo fiscale e facciamo rientrare dalla finestra con il controllo e le imposizioni di standard medi di spesa, che nulla hanno a che fare con la situazione di salute della reale spesa di quelle regioni.

Vorrei, inoltre, conoscere quali sono gli obiettivi di salute, questione sulla quale il Ministro non ha espresso alcuna considerazione. Avrei bisogno di capire se, oltre alle preoccupazioni relative alla spesa, abbiamo anche degli obiettivi di salute in rapporto a quanto riportato dal Libro bianco predisposto dalla Commissione europea sulla salute.

Mi dispiace, Ministro, ma il tempo è realmente molto breve e quindi ho dovuto essere estremamente concisa. In ogni modo, questi sono i due punti su cui vorrei che ci fosse un maggior approfondimento e, comunque, per alcuni aspetti, già una correzione di rotta rispetto alla scelta politica che qui è stata espressa.

PRESIDENTE. Sarà nostra cura farvi pervenire in tempo utile tutta la documentazione che il Ministro ci metterà a disposizione, nonché il testo del resoconto stenografico dell'audizione odierna.

REMIGIO CERONI. Vorrei innanzitutto salutare il Ministro e ringraziarlo per essere oggi qui tra noi. Desidero altresì esprimere forte apprezzamento per il lavoro che sta compiendo, dal momento che sta assolvendo in maniera eccellente ai suoi difficili compiti.

Non c'è dubbio che la sanità è uno dei più importanti servizi che lo Stato fornisce al cittadino. Ritengo che il 6 per cento del PIL sia un investimento adeguato per garantire i livelli minimi di assistenza stabiliti dalla legge.

È comunque vero che queste risorse oramai impegnano l'85 per cento dei bilanci regionali. Non possiamo nascondere il fatto che la sanità è stata una valvola di sfogo per i problemi regionali. Ritengo, dunque, che il Governo non debba mostrare tentennamenti, ma debba essere più rigoroso.

Il Governo Prodi, nella precedente legislatura, ha minacciato i commissariamenti, ma penso che abbia esitato troppo. Quindi, almeno questa volta, chiedo che il Governo non tentenni oltremisura. Diversamente, ci saranno governatori e assessori alla sanità che vogliono sapere se ci saranno ulteriori proroghe nei tempi di rientro.

Penso che la sanità debba seguire una stretta cura dimagrante, dal momento che all'interno di essa si annidano consulenze inutili, convegni, assunzioni, clientele che, in un momento difficile come quello che sta vivendo il Paese, dobbiamo stroncare in maniera chiara e definitiva.

Io penso che dovremmo adottare dei parametri. Guardando la relazione della Corte dei conti si evidenzia che in alcune regioni la spesa per il personale è del 30 per cento, mentre in altre arriva al 48 per cento. Evidentemente in queste regioni c'è qualcosa che non va: non si chiede a nessuno di fare i miracoli, ma quando ci sono delle storture così evidenti, tali per cui la sanità viene utilizzata non per curare i malati, ma come ufficio di collocamento, è chiaro che sarebbe il caso di intervenire in maniera pesante.

Chiudo il mio intervento chiedendo una modifica della legge n. 328/2000. Come lei sa, questa legge ha restituito gli ambiti territoriali ai servizi sociali, ma io ritengo opportuno che sanitario e sociale si integrino perfettamente. L'ambito sociale deve coincidere perfettamente con l'ambito sanitario, altrimenti ci troviamo con comuni che per la sanità fanno riferimento a un ambito e per il sociale fanno riferimento ad un altro.

Dobbiamo intervenire anche per ridurre tutto il personale che è stato impiegato in questa innovazione; abbiamo introdotto il coordinatore d'ambito e creato una struttura che per essere mantenuta in piedi richiede molte volte l'assorbimento di gran parte delle risorse che dovrebbero essere impegnate per i servizi sociali.

Vedo che ultimamente nel nostro Paese c'è un grande dibattito anche sulla funzione delle province; se le funzioni intercomunali vengono svolte dalle province, non dobbiamo inventarci un'altra struttura che assolva le funzioni che potrebbero essere svolte dagli assessori provinciali e dal dirigente dei servizi sociali della provincia. Questo sarebbe un aspetto da rivedere, ossia eliminare gli ambiti dei servizi sociali, gli ambiti delle acque e quelli dei rifiuti. Nel tempo abbiamo creato una serie di sovrastrutture che costano al cittadino e che, per adesso, non hanno prodotto alcuna utilità alla comunità.

Ebbene, poiché la legge n. 328 del 2000 è di sua competenza, penso che sarebbe opportuno un intervento di razionalizzazione.

PAOLO TANCREDI. Ringrazio il Ministro e credo che il percorso da lui delineato sia da condividere totalmente, anche se, come sanno le regioni già sottoposte ai piani di rientro e quelle sottoposte alla scure dell'aumento della pressione fiscale o del commissariamento, esso comporterà molte difficoltà, lacrime e sangue, come il Ministro ci ha spiegato.

Vorrei porle una domanda che riguarda i costi standard, il vero punto centrale della rivoluzione nell'erogazione delle risorse del fondo sanitario da parte dello Stato alle regioni. Lei giustamente dice che il passaggio fondamentale è la ristrutturazione della rete ospedaliera in alcune regioni dove questa genera fondamentalmente inefficienze. Altrettanto giustamente ha poi sottolineato i passaggi virtuosi grazie ai quali una ristrutturazione efficiente della rete ospedaliera ha costituito la molla per la costruzione di una medicina del territorio funzionale che, a sua volta, ha generato maggiori efficienze e un miglioramento del servizio.

Credo che sia opportuno mettere in rilievo come, soprattutto in quelle regioni che oggi si trovano in difficoltà, questa dinamica dell'aumento indiscriminato e del mancato controllo della spesa si è accentuata negli ultimi 12-13 anni. Se andiamo a verificare la spesa *pro capite* del 1995 ad esempio della regione Abruzzo, notiamo che questa era ben al di

sotto della spesa *pro capite* nazionale. Ebbene, l'aumento della spesa che c'è stato in queste regioni negli ultimi 13 anni dimostra un mancato controllo delle dinamiche di spesa regionali.

Sono anche d'accordo che i modelli di riferimento debbano essere quelli delle regioni in cui si realizza una maggiore efficienza sulla spesa, anche perché, come lei ha detto giustamente, sono quelle in cui indubbiamente viene erogato un migliore servizio sanitario.

Per entrambi i motivi, quindi, devono essere il modello di erogazione della spesa.

Mi chiedo però – ma potrebbe essere una domanda a risposta scontata – se la spesa *pro capite* possa essere l'unico parametro, ammesso anche, come lei ha detto, che il lombardo-veneto, per esempio, sia un campione rappresentativo della popolazione, per suddivisione anagrafica di età.

Io credo che nella costruzione di questi costi standard vadano inseriti altri parametri, come per esempio l'orografia del territorio. Soprattutto in relazione alla rete di emergenza-urgenza, credo che su questo si debba fare una riflessione.

È logico, però, che la condivisione di questo meccanismo per cui si arriverà ad una vera e propria stesura dei costi standard, con i vari correttivi necessari, rispetto ad un freddo parametro di costo *pro capite* per abitante, è decisiva anche rispetto alla possibilità che avranno i vari territori di adeguarsi e rispettare i piani di rientro che noi applicheremo.

COSIMO LATRONICO. Vorrei sottolineare un aspetto che già il Ministro, che ringrazio per la presenza e per questa audizione, ha messo in evidenza, vale a dire il fatto che una parte decisiva della manovra di contenimento e di razionalizzazione della spesa nel nostro Paese passa attraverso il governo della sanità.

Mi viene da dire che la domanda che in questi anni il sistema è riuscito ad alimentare è uno dei temi che andrebbero esaminati, perché è dal lato della domanda che bisogna governare il sistema. L'offerta ha alimentato sempre più la domanda e quel che è mancato è stato un sistema di validazione, di certificazione.

Il Ministro parlava del ruolo che l'Agenzia nazionale sui servizi sociosanitari può offrire ai commissari, o comunque a questo processo di razionalizzazione, d'intesa con le regioni. Anche dove non ci sono deficit in termini finanziari, ce ne sono in termini di qualità dei servizi resi, nel senso che non sempre al quantitativo di spesa impiegata nelle regioni corrisponde un servizio reale. La necessità quindi è quella che si approntino, d'intesa con le regioni, strumenti per certificare, non solo col costo standard ma con interventi di agenzie indipendenti, l'impatto della spesa, un elemento decisivo che ha che fare con i bisogni primari.

Inoltre, condivido, anche per aver vissuto delle esperienze dirette, l'osservazione secondo la quale i processi di razionalizzazione della ospedalizzazione hanno rappresentato delle pagine storiche del nostro Paese in ogni luogo. Essi sono stati anche il risultato di un processo originale, l'esito di una serie di iniziative, che alcune volte sono nate anche fuori dall'ambito più strettamente pubblico, per poi essere assunte dal pubblico.

In ogni caso, la resistenza, rispetto a questo impianto di assistenza è evidente ed è l'elemento che ha tarpato le ali, in questi anni, anche ai piani sanitari più illuminanti. Spesso, infatti, molti di questi piani sono rimasti sulla carta, in quanto è mancato il coraggio reale di innovare, di passare da una sanità ospedalocentrica ad una sanità legata ai bisogni del territorio.

Sottolineo ancora un altro aspetto, Ministro, che certamente a lei non sfuggirà. Come ha già detto, la chiave di volta di questo processo di modernizzazione della sanità, tutta concepita dentro l'ospedale – quando dentro l'ospedale si curano alcuni momenti, quelli acuti, mentre il resto è legato alla prevenzione e alla post-acuzie – è nella connessione tra sistema sociosanitario e sistema socio-assistenziale. Non c'è dubbio, infatti, che la debolezza della rete socio-assistenziale spesso carica il sistema sanitario di prestazioni improprie.

Il tema della inappropriatezza delle cure, dei percorsi terapeutici o comunque della inappropriatezza del sistema sanitario, che molte volte interviene laddove non dovrebbe, rappresenta la chiave di volta.

Io vengo da un'area meridionale, ma basta guardarsi attorno per rendersi conto che la rete dei servizi socio-assistenziali è fragilissima, vive una fase nascente, spesso più nei suoi momenti istituzionali, che nei servizi effettivamente resi. Ebbene, questo è un tema decisivo e centrale all'interno di questo processo di cambiamento che portate avanti.

Da un punto di vista politico, vorrei sottolineare che la coerenza e la decisione con cui il Governo si presenta si manifestano nelle sue parole quando afferma che la riforma non la fanno gli altri, ma la facciamo insieme; questo per dire che non stiamo giocando su questioni di poco momento, ma su questioni strategiche per la tenuta del nostro Paese.

Grazie e auguri di buon lavoro.

PRESIDENTE. Do la parola al Ministro Sacconi per la replica.

MAURIZIO SACCONI, *Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Ringrazio tutti i colleghi che sono intervenuti e che mi hanno dato spunti e motivi di riflessione.

Ribadisco che il modello che abbiamo pensato integra i servizi sociosanitari con quelli socio-assistenziali. Io vengo da una regione dove questa integrazione è molto forte; dunque, condivido l'esigenza di integrare i bacini, poiché tale logica, rispetto a questa necessità, proprio per il Mezzogiorno è molto importante. A mio avviso, occorre evitare che questo fenomeno – in parte, purtroppo, allo stato nascente – di diffusione di servizi socio-assistenziali si determini in modo astratto rispetto ai presìdi di carattere sociosanitario.

L'ISTAT ha pubblicato uno studio, che consiglio di esaminare in ogni caso, sulla profonda spaccatura del Paese anche dal punto di vista dei servizi socio-assistenziali.

Io ho ipotizzato per il futuro un patto, non un atto autoritario, e non può che essere così anche per ragioni costituzionali. Sia chiaro che né il meccanismo attuale, né quello che abbiamo in mente noi ledono l'autonomia regionale; anzi, quest'ultimo vuole proprio evitare che una male intesa autonomia regionale scarichi sulla dimensione nazionale e in proporzione alla capacità fiscale, le conseguenze dell'inefficienza, con il risultato, che è sotto gli occhi di tutti, di una torsione nella coesione nazionale evidente. Da cittadino del nord posso garantire che tale fenomeno è molto forte, perché non si spiegherà mai ad un cittadino del nord di un'area performante perché non si possa attuare anche altrove quel modello, con quei risultati e quei costi. Non lo si spiegherà mai, qualunque cosa questo cittadino voti.

Tornare oggi in Parlamento per chiedere un finanziamento aggiuntivo, ad esempio, alla sanità del Lazio o della Campania, sarebbe la fine: vorrei vedere che cosa succederebbe a qualunque Governo, a qualunque maggioranza. E questo tipo di torsione è crescente, ma ci sono tutte le condizioni per evitarla.

Quando ho fatto riferimento al costo standard lombardo-veneto ho fatto volutamente riferimento ad un criterio rozzo, che però aveva un senso. Era riferito anche ad una popolazione demograficamente media, il che non vuol dire che poi non si possa pensare al parametro demografico in aggiunta a quello del costo standard, che è quello più rilevante. Al contrario, mantengo qualche perplessità sul parametro orografico pur venendo da zone di montagna.

Non intendo ora soffermarmi su un'ipotesi, piuttosto che su un'altra; segnalo invece che dobbiamo comunque mantenere parametri asciutti ed essenziali. Se entriamo in un'articolazione troppo complessa, infatti, perdiamo di vista un obiettivo perseguibile nella misura in cui è semplice.

È ovvio che quando pensiamo non soltanto al contenimento della spesa, ma anche alla qualità dei servizi erogati, pensiamo ai livelli essenziali dei servizi sociosanitari e potremmo anche estenderli, in

futuro, nella misura in cui il modello entra diffusamente in condizioni performanti. Sapete che abbiamo dovuto ritirare i LEA di fronte all'osservazione ovvia della Corte dei conti. In effetti, era difficile un'operazione di piccolo aggiustamento laddove Ragioneria e Corte dei conti ravvisavano una mancanza di copertura di 800 milioni di euro.

D'altronde, quando noi vediamo che quelle regioni con quel livello di prestazioni stanno in quei costi, non parliamo di livelli insufficienti o di cui lamentarci. Pertanto, facciamo attenzione che anche la considerazione dei LEA non dev'essere un gioco astratto e ideale per cui costruiamo un impianto che legittima meccanismi di spesa che, alla fine, non garantiscono quei livelli.

Noi ci riempiamo la bocca di avere un sistema universale ed equo. Questo non è vero, perché il sistema non è equo; certo, è universale, ma non selettivo ed equo; anzi, purtroppo tende alla divaricazione e all'iniquità. Se guardo alla geografia, alla spaccatura del Paese e alla mobilità interregionale dei cittadini, noto una iniquità territoriale crescente a fronte di spesa maggiore laddove c'è la mobilità maggiore, per cui quei servizi vengono pagati più volte dagli stessi cittadini, spesso anche *out-of-pocket*, ossia di tasca propria all'atto del bisogno acuto.

Pertanto, proprio chi vuole un obiettivo di equità e di solidarietà autentica deve porsi, a mio avviso, il problema che il patto del 1996 si è posto, ossia quello del rientro. Per questa ragione dico che ci sono tutte le premesse per un ragionamento condiviso. Io ho espresso, infatti, sincero apprezzamento per il patto del 1996 e ad esso mi sono rifatto nell'ipotizzare il percorso futuro.

Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Ringraziamo il Ministro per la disponibilità manifestata, augurandogli buon lavoro.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,35.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

Licenziato per la stampa
il 24 ottobre 2008.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 0,35

Stampato su carta riciclata ecologica

16STC0000870