PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO PEPE

La seduta comincia alle 14.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

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

(Così rimane stabilito).

Audizione del Ministro della salute, Renato Balduzzi.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui progetti di riassetto delle funzioni tra i diversi livelli di governo, l'audizione del Ministro della salute, Renato Balduzzi.

Rinnovo la mia gratitudine, anche a nome del presidente e dei componenti della Commissione, al signor Ministro, ponendo alla sua attenzione una tematica molto interessante, anche se, rispetto ai tempi del primo dibattito che è stato svolto, sembra di essere tornati profondamente indietro. In effetti, si tratta di una discussione molto datata; tuttavia, il tema del riassetto delle funzioni del sistema delle autonomie locali, nel quadro del federalismo solidale, collaborativo e fiscale che è in attuazione, è tuttora oggetto di riflessione. In particolare, considereremo la questione dal punto di vista del Ministero della salute, con le relative preoccupazioni nell'ambito sia dei comuni sia delle regioni. Le province sono meno interessate, avendo competenze quasi inesistenti con riferimento al dicastero che il Ministro presiede.

Do quindi la parola al Ministro Balduzzi.

RENATO BALDUZZI, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Ringrazio la Commissione di questa audizione, il cui significato sarebbe stato diverso se essa fosse avvenuta negli anni Ottanta, cioè quando le competenze in materia sanitaria trovavano allocazione, sulla base della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nelle unità sanitarie locali, intese come organismi operativi dei comuni. All'epoca, infatti, il riassetto delle funzioni fondamentali dei comuni era molto vicino alla materia sanitaria.

Come sappiamo, successivamente, la scelta del legislatore nazionale andò in una diversa direzione, in quanto, nel 1992 e nel 1993, si preferì la regionalizzazione, cui accedette la cosiddetta « aziendalizzazione »: si superò, infatti, il modello delle unità sanitarie locali intese come organismi operativi dei comuni, affidando, invece, i compiti di programmazione e di gestione alle regioni, che avrebbero svolto queste funzioni avvalendosi di aziende con autonomia amministrativa, finanziaria, contabile e gestionale, la cui collocazione rispetto alla regione non ha mai formato oggetto di concordia né tra gli studiosi, né in sede politica, ma la cui riconducibilità alla regione è intuitiva.

Infatti, sia nel caso in cui le aziende sanitarie locali e quelle ospedaliere (cioè quelle che, in ragione di particolari requisiti, sono erette in aziende autonome e non in presìdi delle aziende sanitarie locali) siano enti strumentali, sia nel caso in cui

esse siano enti infraregionali o abbiano natura – come è forse più ragionevole pensare – di enti autonomi, ovvero di autonomie funzionali all'interno di un rapporto con la regione, la loro riconducibilità alla regione è fuori dubbio.

Ugualmente, nell'evoluzione del sistema, è stata acclarata, in particolare con la riforma del 1999, l'esclusione di compiti di gestione diretta in capo ai comuni in materia di sanità.

Questa è una premessa indispensabile per l'interlocuzione in sede di Commissione bicamerale per le questioni regionali, con riferimento al disegno di legge sulle funzioni fondamentali dei comuni perché: tra queste, infatti, rientra il compito, pur importante e decisivo, di esprimere il bisogno sanitario delle popolazioni di concorrere alla programmazione sanitaria locale e di avere importanti attribuzioni che riguardano la permanenza in carica dei direttori generali, che sono – com'è noto – nominati fiduciariamente dalla regione, ma che non possono essere revocati *ad nutum*, cioè a piacimento, da parte della regione stessa, bensì solo in presenza di alcuni motivi. In questi procedimenti, si inserisce il comune che dà un parere per la conferma del direttore generale e che può, per gravi motivi, proporre alla regione la revoca del direttore generale stesso.

Per quanto riguarda le funzioni dei comuni in materia sanitaria, possiamo dire che, dal momento che la quasi totalità – alla fine del mio intervento dirò perché parlo di « quasi totalità » – delle funzioni assistenziali o amministrative in materia sanitaria è stata trasferita ormai da anni alle regioni e poiché i comuni, per espresso divieto legislativo, non hanno compiti di gestione diretta in sanità, le funzioni dei medesimi enti in ordine alla materia sanitaria possono essere ricavate solo indirettamente. Oltre a quelle che ho già accennato, cioè di partecipazione alla programmazione e di intervento obbligatorio o facoltativo in ordine ai procedimenti di conferma e di permanenza in carica dei direttori generali, non vi sarebbero altre funzioni di tali enti in materia strettamente sanitaria, salvo sottolineare che il ruolo dei comuni in sanità non è mai venuto del tutto meno, se è vero che l'intesa sul Piano sanitario nazionale viene data in sede di conferenza unificata.

Questo argomento, però, si è indebolito molto a partire dal 2001, quando – come i commissari sanno benissimo – la legge nazionale ha stralciato i livelli essenziali di assistenza, che costituivano l'ossatura del Piano sanitario nazionale, dal piano stesso, prevedendo per la loro declaratoria un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri emanato di intesa non con la conferenza unificata, bensì con la conferenza Stato-regioni. Pertanto, oggi, i comuni, nella loro rappresentanza in sede di conferenza unificata, esprimono l'intesa sul Piano sanitario nazionale, che, però, è stato svuotato della sua parte principale, ovvero dei livelli essenziali di assistenza.

Tuttavia, per quanto riguarda i comuni, il discorso non finisce qui, perché, tra le funzioni fondamentali degli stessi – come, d'altra parte, dispone il disegno di legge delega contenente disposizioni in materia sanitaria, all'attenzione della Commissione –, vi è la progettazione e la gestione del sistema locale dei servizi sociali e l'erogazione delle relative prestazioni ai cittadini. Tra i servizi sociali e quelli sanitari c'è un'area mista di interferenza, rappresentata dalla cosiddetta « integrazione socio-sanitaria », dalle prestazioni sanitarie con rilievo sociale, da quelle sociali con rilievo sanitario e da quelle a elevata integrazione sanitaria, secondo il modello previsto dalla vigente normativa nazionale, ovvero l'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato nel 1999.

È chiaro che si tratta di un'area in cui si registra una forte commistione tra ciò che è sanitario e ciò che è sociale, nella quale si rileva una differenza importante rispetto a ciò che è strettamente sanitario: mi riferisco alla difficoltà, da parte statale, insieme al sistema degli enti locali, di individuare nel tempo i livelli essenziali di assistenza sociale (in gergo, LIVEAS). Infatti, mentre i livelli essenziali di assi-

stenza sanitaria (LEA) preesistevano addirittura alla revisione costituzionale del 2001, che ha introdotto la competenza esclusiva statale sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (la norma costituzionale ha in seguito generalizzato non solo i diritti sociali, ma addirittura quelli civili), la vicenda dei livelli di assistenza sociale è ancora in una fase di stallo.

Nella legge 8 novembre 2000, n. 328, all'articolo 22 è contenuto solo un riferimento a questo tema, ma non è stato ancora possibile applicare la declaratoria analitica dei LEA ai LIVEAS; ciò è avvenuto non per pigrizia o per chissà quali resistenze, ma perché la condizione concreta di standardizzazione dei servizi sanitari è molto diversa rispetto a quella dei servizi sociali. Tuttavia, anche in forza del necessario chiarimento che l'approvazione del disegno di legge in esame presso questa Commissione potrà apportare, credo che vi sarà una situazione di maggior favore per definire finalmente anche i livelli essenziali di assistenza sociale, naturalmente integrati con le relative risorse.

Sottolineo, dunque, che esiste un'area in cui regioni e comuni devono collaborare strettamente con riferimento alle attività socio-sanitarie. Non si tratta, peraltro, di un'area priva di tensioni, specialmente in questo momento in cui la ristrettezza delle risorse in capo sia alle regioni sia ai comuni e i possibili preannunciati interventi volti a ridurre ancora di più le risorse assegnate alle regioni per la sanità finiranno per determinare, anche sul fronte dei servizi sociali, per la parte dell'integrazione socio-sanitaria, qualche situazione di difficoltà.

Termino il mio intervento, ricordando che, per la verità, esistono funzioni assistenziali in capo al Ministero della salute non ancora trasferite alle regioni. Mi riferisco alle funzioni esercitate, attraverso specifici ambulatori e istituti distribuiti sul territorio nazionale, dal cosiddetto « Servizio di assistenza sanitaria ai naviganti » (SASN), in materia di assistenza sanitaria, appunto, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Con la legge di stabilità per il 2012, a decorrere dal 2013, si è stabilito il trasferimento alle regioni e alle province autonome delle competenze relative agli ambulatori SASN ed è stato costituito un gruppo di lavoro che ha già predisposto una prima bozza di regolamento, attualmente all'esame di un apposito tavolo interministeriale. Questo non va tanto a toccare le competenze e le funzioni degli enti locali; tuttavia, mi sembrava giusto, per completezza, considerato che il Ministero della salute non ha più funzioni amministrative di assistenza sanitaria, se non queste in materia di SASN, far presente che si è in procinto di trasferire anche quest'ultima funzione residuale.

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

LUCIANO PIZZETTI. Signor Ministro, grazie della sua presenza e della sua disponibilità. Le vorrei porre qualche domanda per avere alcune delucidazioni.

La prima considerazione è di ordine politico. Su diversi aspetti, siamo in presenza di un passo indietro sul tema del federalismo. In relazione alle competenze del suo Ministero, e in particolare rispetto ad alcuni interventi che sono *in itinere* (il governo clinico, l'*intramoenia* e così via), vorrei chiederle come pensa di caratterizzare la relazione con i livelli regionali. Insomma, nei provvedimenti *in itinere* non c'è il rischio di un ulteriore processo di arretramento rispetto all'acquisizione della cultura statuale che era in definizione sul tema del federalismo ? Mi pare, peraltro, che le regioni pongano qualche questione su tale aspetto. Vorrei chiederle, quindi, dal punto di vista più ampio della cultura istituzionale, cosa pensa di questo processo.

Un'altra questione riguarda il tema risorse. Rispetto al Patto per la salute 2012, a seguito di un intervento del Ministero dell'economia, pare si stia aspettando

prima di procedere con l'ultima *tranche*. Le chiedo, quindi, se ci può fornire qualche informazione in merito a tale situazione, anche perché, dal punto di vista delle regioni e degli enti territoriali, questo è un problema abbastanza delicato sul fronte dell'utilizzo delle risorse.

L'ultima questione concerne la *spending review*. Cosa accade, per quanto riguarda la sanità, in relazione alle notizie di un ulteriore intervento, essendo la il settore della sanità una delle fonti fondamentali di spesa ? Quale sarà l'impatto ? I nostri ragionamenti dicono basta ai tagli lineari perché occorre andare a vedere quali sono i centri di costo fuori standard. Il suo Ministero, in rapporto all'attuazione della *spending review* e quindi anche dei provvedimenti annunciati, seppur di larga massima, come intende procedere su questo versante ?

Credo che tali questioni abbiano un'attinenza con i lavori e con le dinamiche di funzionamento di questa Commissione, per la relazione che essa ha anche con livelli territoriali regionali: se, quindi fosse così cortese da fornirci qualche elemento in più in ordine alle domande che ho posto, le sarei molto grato.

GIANVITTORE VACCARI. Ringrazio anch'io il Ministro, ricordando che ci troviamo in un momento particolare per il Paese, sofferente per il sisma che pare non terminare.

Vorrei porre alcuni quesiti, ma prima desidero svolgere alcune premesse.

Innanzitutto, rivolgo un apprezzamento alla sua chiarezza, che testimonia la sua competenza sulla materia, particolarmente importante in ragione degli interventi che dovremo fare. Vorrei esprimere, inoltre, il cordoglio per le vittime del terremoto, che ci sono state anche stamane nelle zone del Paese già fortemente colpite. Sappiamo quanto anche il suo Ministero sia impegnato su questo fronte, quindi la ringraziamo particolarmente per aver voluto dare il senso delle istituzioni che continuano a lavorare per i cittadini e per i diritti della popolazione.

A questo riguardo, le chiedo come giudica l'organizzazione e le competenze tra il livello regionale e quello nazionale in occasione di questi grandi eventi naturali; in sostanza, le domando come le istituzioni possono muoversi nel modo migliore per far fronte alle necessità della popolazione, specie quando i bisogni sanitari sono preminenti.

Le altre questioni sono, invece, più legate all'attività di questa Commissione, quindi al federalismo e alla centralità degli enti locali.

Sulla questione relativa ai direttori generali e, quindi, alla competenza su pareri o possibili segnalazioni di revoca da parte dei sindaci, che, come sappiamo, già hanno un potere con riferimento ai direttori dei servizi sociali – come giustamente lei ha detto, pur non rientrando la materia sanitaria nella loro competenza, la parte sociale richiede un diretto interessamento da parte dei comuni –, vorrei chiederle se non le sembra più utile riprendere una norma – rimasta in vigore, purtroppo, solo per sei o otto mesi diversi anni fa – che dava competenze alla conferenza dei sindaci in merito all'approvazione dei bilanci delle USL.

Personalmente, ritengo più forte questa misura rispetto all'espressione di un parere su una singola persona. Credo, infatti, che essere *partner* anche nel governo della spesa sia più importante in ordine alle dinamiche di erogazione dei servizi sul territorio. Si trattava di un'ottima norma, che però è rimasta in vigore solo sei o otto mesi, dopodiché è stata abrogata, forse proprio perché non si voleva dare un potere alle autonomie locali. Chiedo, quindi, cosa ne pensa in merito a tale questione.

Sempre con riferimento alla difficoltà di portare l'autonomia di spesa anche a livello dei comuni nella filiera Stato, regioni e comuni, a mio avviso non tutte le regioni riconoscono la centralità dei comuni riguardo ai finanziamenti erogati da parte dello Stato in relazione ad alcune norme di carattere sociale. In pratica, non potendo essere attribuite direttamente ai comuni, le risorse vengono trasferite alla

regione, che poi le deve distribuire e assegnare ai comuni. Tuttavia, vi sono regioni che effettivamente trasferiscono questi fondi, lasciando libertà di azione o di progettazione ai comuni e altre che, invece, obbligano i comuni a comportarsi sulla base di direttive e leggi che danno centralità alla regione più che ai comuni stessi. Le chiedo quali informazioni ha in relazione a questi fenomeni e, eventualmente, le sue osservazioni riguardo a eventuali correzioni da apportare sul punto.

Sul terzo aspetto – la *spending review* – non mi dilungo, perché è stato già richiamato dal collega Pizzetti. Anche a tale riguardo, chiedo, quindi, un suo giudizio ed eventuali proposte.

ANTONIO FOSSON. Ringrazio il Ministro della presenza. Peraltro, in Commissione Igiene e sanità ci frequentiamo spesso, e quindi conosciamo la sua competenza e la sua serietà.

In questa Commissione, si è parlato a lungo di federalismo, di costi standard e così via. In merito al discorso sul federalismo fiscale, sembrava che il meccanismo di calcolo dei costi standard fosse la parte più organica. Ora che si parla di *spending review*, alla quale hanno accennato i colleghi, si terrà conto di quanto è già stato elaborato in merito ai costi standard o si dovrà ripartire da altre basi ?

PRESIDENTE. Porrò anch'io qualche domanda al Ministro Balduzzi. Anzitutto, vorrei esprimere un'esigenza di centralità autonomistica. Infatti, nel provvedimento di cui stiamo parlando dobbiamo ribadire il riassetto e la titolarità delle funzioni a livello socio-sanitario che attengono ai comuni, visto che la salute è un bene generale. Vi sarà, poi, la programmazione a livello regionale secondo i dettami della legge n. 833 del 1978, senza dimenticare che tutte le leggi conseguenti hanno ribadito la centralità del comune sia nell'erogazione che nell'esercizio della funzione primaria dei servizi socio-sanitari.

Un altro tema che dobbiamo recuperare all'interno del citato disegno di legge delega in materia sanitaria, è quello relativo alla programmazione della conferenza dei sindaci, che è parte determinante, oltre ad essere prevista dalla Costituzione per altri aspetti. Dobbiamo, cioè, ribadire la centralità della conferenza degli amministratori locali in ordine alle linee e alle dinamiche fondamentali in materia di sanità in un particolare territorio.

Inoltre, come giudica il rientro delle regioni che si sono allargate nella spesa, in relazione alla connessione dialettica con i servizi essenziali che le medesime regioni devono offrire ai cittadini ? Il rientro prosegue in maniera spedita o vi sono difficoltà, visto che, a parte la *spending review*, abbiamo già il quadro della situazione debitoria delle aziende sanitarie e ospedaliere territoriali ?

Inoltre, non ritiene che l'accentuazione aziendalistica, se recupera valori di efficienza, di risparmio e di determinazione da parte dell'ente erogatore di servizi che abbiamo affidato storicamente alle aziende ospedaliere e sanitarie, comprima il bisogno di un'esigenza universale e generalista di soddisfazione della salute avvertita *ab ovo* dai cittadini della nostra comunità ?

LIDO SCARPETTI. Innanzitutto, mi scuso del ritardo, dovuto al fatto che ero impegnato in altre Commissioni. Sebbene non abbia ascoltato la parte iniziale dell'audizione, sentendo gli interventi dei colleghi, mi è venuta in mente una domanda.

La partita del rapporto fra regioni e comuni sulla sanità è complessa, perché chi decide sui soldi ha il potere decisionale: ciò vale in tutti gli ambiti. Il punto vero è trovare, dentro al quadro della programmazione, un ruolo da affidare alla conferenza dei sindaci, che dovrebbe essere più penetrante, in quanto essa dovrebbe non soltanto dare un parere consultivo, bensì avere la possibilità effettiva di incidere sulle scelte di bilancio.

Negli ultimi tempi abbiamo discusso molto di una questione che afferisce alla capacità manageriale nella gestione e nella direzione di un servizio pubblico impor-

tante come la sanità, ovvero le modalità con cui si effettuano le nomine dei direttori generali nelle aziende sanitarie. Il punto è delicato. Credo che il criterio da seguire debba essere effettivamente quello delle capacità e della professionalità, perché sappiamo bene che su questo terreno la politica, a volte, gioca ruoli impropri. Come si fa a stabilire criteri che garantiscano questa esigenza? Io non ho una risposta a questa domanda, trattandosi di un tema tanto complesso quanto importante.

Abbiamo bisogno, quindi, di una forte sanità pubblica, ma di meno politica nella gestione della sanità pubblica. Mi riferisco al direttore generale, ma, a cascata, ai direttori delle unità operative e così via. Le chiedo una riflessione su questo tema e quali strumenti si possano mettere in campo.

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

RENATO BALDUZZI, *Ministro della salute*. Ringrazio il presidente e i commissari delle molte e interessanti domande. Risponderò, se sono capace, secondo l'ordine in cui mi sono state poste.

L'onorevole Pizzetti chiede quale sia il rapporto tra alcune proposte oggetto di discussione parlamentare in tema di governo clinico e di *intramoenia* e l'ulteriore rafforzamento della regionalizzazione dopo la revisione costituzionale del 2001.

Per quanto riguarda la proposta di legge in tema di governo clinico, credo che occorra porre alcuni princìpi fondamentali: essendo la tutela della salute, in virtù della Carta costituzionale, materia di legislazione concorrente, lo Stato stabilisce, appunto, i princìpi fondamentali, mentre la materia rientra tra quelle di competenza regionale. Certo, scendendo nel dettaglio, qualche specifica disposizione, magari volta a fare proprie alcune preoccupazioni emerse da altri interventi, può porre il problema di oltrepassare il principio fondamentale per entrare in una sfera riservata all'organizzazione regionale.

Peraltro, questo è un problema che capita sempre, essendo inerente al criterio di riparto. Forse, si tratta di essere sufficientemente accorti nel bilanciare le varie esigenze. Il problema si è posto soprattutto – come l'onorevole Pizzetti sa bene – sulla norma concernente le nomine dei direttori di struttura complessa, rispetto alla quale la Commissione parlamentare competente ha valutato di innovare l'assetto attuale, rendendo più stringente il vincolo in capo al direttore generale per quanto riguarda la nomina dei direttori di struttura complessa.

Indubbiamente, questa preoccupazione corrisponde a un'altra esigenza, rappresentata proprio nella discussione odierna, cioè quella di ridurre l'eventualità che decisioni assunte sulla base di criteri di mancanza di competenza professionale o di congruità con la funzione, ma esogeni rispetto a questo, possano interferire sulla nomina stessa. Credo, insomma, che si tratti di realizzare un certo equilibrio. Non vedo, però, nella normativa approvata sinora in tema di governo clinico una ferita alla regionalizzazione, come ho affermato anche in Commissione Igiene e sanità.

Per quanto riguarda la discussione attuale volta a terminare il lungo periodo transitorio in materia di attività liberoprofessionale cosiddetta « intramuraria », le proposte in discussione, che mi sono permesso di presentare alle forze politiche di maggioranza, ma che poi saranno eventualmente oggetto di un approfondimento più ampio con la dialettica parlamentare e le organizzazioni sociali, seguono il criterio che le regioni che hanno fatto non dovrebbero essere toccate da questa normativa.

Chi ha fatto, ha fatto, seguendo l'indicazione del legislatore; anzi, meno male che ci sono regioni che hanno fatto. Questa è una normativa che, nelle previsioni, dovrebbe andare a risolvere il problema di quelle regioni che non hanno fatto nulla. Le ragioni per le quali non abbiano fatto nulla è dovuto a una pluralità di ragioni.

In ogni caso, si tratta di rendere più seria l'attività libero-professionale cosiddetta « intramuraria ».

Sotto questo profilo, il legislatore nazionale che cerca di rendere più seria un'attività – nella quale le cronache quotidianamente ci dicono che è facile che si inseriscano isole (speriamo tali e basta) di illegalità, di deviazione dall'efficienza e di opportunismi – non deve andare a travolgere il lavoro svolto dalle regioni che hanno adempiuto alla norma statale, quindi non deve violare l'autonomia regionale. Intendo precisare che, per diverse ragioni legate alla mia formazione professionale ed al lavoro che ho svolto nell'ambito della sanità, presto la dovuta attenzione in ordine a questo profilo rappresentato dall'onorevole Pizzetti.

Sulla questione relativa alle risorse ed alla *spending review*, oggetto anche di altre domande, credo che la sanità sicuramente farà la sua parte nella necessaria attività di revisione della spesa. Peraltro, lo ha già fatto, perché tutti i procedimenti, specialmente nell'ultimo decennio, sono andati in questa direzione. L'attuazione della manovra dello scorso luglio, decisa dal precedente Governo, ha comportato, in questi mesi, un'attività molto forte all'interno del comparto sanitario, volta a definire il prezzo medio di riferimento di beni e servizi e di dispositivi medici: attività tutt'altro che semplice, perché si tratta di elencare, attestare ed esaminare centinaia di migliaia di tipologie di beni, servizi e dispositivi medici. Tutto questo, però, è in corso di svolgimento.

Il lavoro che l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e l'autorità dei contratti pubblici hanno svolto in questo periodo porta a individuare un paniere di oltre 7 miliardi di spesa sanitaria su cui si può esercitare la revisione della spesa, consistente nel fissare alcuni prezzi medi di riferimento, analogamente a quanto avviene da molti anni, a livello europeo e nazionale, con riferimento ai farmaci, pur essendo molto più difficile riferire tale processo ad entità molto più numerose e disomogenee come beni e servizi o dispositivi medici. Secondo l'esempio che si fa sempre, è dispositivo medico tanto il cerotto o la siringa quanto una risonanza magnetica nucleare. In mezzo, poi, ci sono le centinaia di migliaia di voci che rientrano in questa categoria.

Nella collegialità governativa, il Ministro della salute rappresenterà l'opportunità di assecondare lo sforzo che la sanità nel suo insieme sta compiendo in questi anni e che ha già dato qualche risultato, perché nel 2011 la spesa sanitaria è stata tenuta sotto controllo e, anzi, si può addirittura evidenziare una calo rispetto all'inflazione. Mi riferisco al 2011, perché siamo alla fine di un decennio in cui, anno dopo anno, sono stati perfezionati strumenti di controllo e di monitoraggio della spesa, specialmente nelle regioni con disavanzi.

Al senatore Vaccari preciso che, per quanto riguarda il terremoto in Emilia, sono stati evacuati tre ospedali, Crevalcore, Mirandola e Carpi. Si tratta, però, di un numero piuttosto contenuto di pazienti che non sta creando particolari problemi di tipo sanitario. Il Ministro della salute segue, naturalmente, minuto per minuto l'evoluzione della situazione, in contatto con l'assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna. Fin dai primi minuti dopo la nuova scossa, sono arrivati sul posto i reparti mobili della Croce Rossa anche dalla Toscana e dal Piemonte. Sta arrivando, proprio in questi minuti, un consistente numero di reparti mobili della Croce Rossa. Come è avvenuto nei giorni scorsi, vi sarà anche una maggiore presenza dei NAS ed un rafforzamento della loro competenza. Vi è, poi, il monitoraggio, l'attenzione e la presenza da parte di alcuni enti vigilati o di strutture funzionalmente dipendenti del Ministero della salute. Questo è quanto il Ministero della Salute può fare in questi casi, auspicando che le scosse terminino.

Per quanto riguarda la questione relativa ai direttori generali, in parte ho già risposto prima, ma probabilmente la approfondirò più avanti.

Il senatore Vaccari poneva il problema dell'opportunità dell'approvazione dei bilanci da parte della conferenza dei sindaci. Personalmente, condivido le norme in materia di comitato dei sindaci del distretto, perché prevedono un'interferenza tra le competenze socio-assistenziali e sanitarie, rispetto alle quali i sindaci possono approvare un bilancio che va a toccare anche direttamente i bilanci dei comuni e le competenze dei sindaci stessi. Invece, approvare un bilancio formato sulla base di indirizzi e di orientamenti di riparto nei quali non hanno alcuna voce in capitolo ed è applicato sulla base di decisioni rispetto alle quali solo indirettamente possono concorrere significa quasi rompere il nesso tra potere e responsabilità. Difatti, si approva qualcosa, se si ha la possibilità di concorrere a comporlo.

Sotto questo profilo, mentre mi sembrano assolutamente adeguate le regole che riguardano l'approvazione dei bilanci dei distretti da parte del comitato dei sindaci, riterrei non così decisiva la questione dell'approvazione del bilancio da parte della conferenza dei sindaci, anche perché le conferenze dei servizi sono ormai, nella generalità delle aziende sanitarie, un'occasione importante. Certamente, se la conferenza dei sindaci esprime una volontà e una voglia di protagonismo, la dialettica con l'azienda si può esercitare altrettanto bene rispetto all'approvazione di un atto che, anche per la parte in cui non sia dovuto o vincolato, forse sfugge al potere di chi, con quell'approvazione, dovrebbe esercitare comunque qualche forma di responsabilità.

È vero quanto il senatore Vaccari afferma sui centralismi ancora esistenti in alcune regioni. Una via d'uscita potrebbe essere – da questo punto di vista, mi permetto, signor presidente, di auspicare un'attenzione sul tema anche in sede di Commissione parlamentare per le questioni regionali – il Consiglio delle autonomie locali, che è previsto dalla Costituzione, ma che non ha avuto un'attuazione omogenea nelle diverse regioni. Devo dire, peraltro, che non c'è il tradizionale *cleavage* nord/sud, essendo la situazione a macchia di leopardo. Quindi, un'effettività del Consiglio delle autonomie locali potrebbe forse rappresentare un'attenuazione importante di quei sussulti centralistici che permangono in qualche regione.

Per quanto riguarda la questione della revisione della spesa, rinvio a quanto ho detto poc'anzi.

Al senatore Fosson vorrei dire che il lavoro sui costi standard è ormai pressoché completo ed è la base per porre su un terreno diverso il riparto delle risorse per il 2013. Tuttavia, opportunamente, la domanda del senatore poneva il nesso tra la prospettiva del fabbisogno sanitario ricavato attraverso il *benchmarking*, ovvero attraverso valutazioni di qualità e nel merito dei risultati, con ipotesi di revisione della spesa, che, invece, sembrano – da quello che si può sentire e capire in questi giorni – essere effettuate sulla base di una logica dell'emergenza, quindi più nel senso del taglio lineare o automatico.

Questo è il problema che ci troviamo ad affrontare in questi giorni. Come ho detto prima, il Ministro della salute rappresenterà nella collegialità governativa l'esigenza di assecondare lo sforzo che la sanità ha compiuto in questi anni per utilizzare, anche per quanto attiene al riparto delle risorse, sistemi e meccanismi di qualità e non scelte crudamente automatiche e lineari, sapendo, peraltro, che questa strada, benché preferibile, difficilmente può dare un risultato immediato, avendo effetti nel medio e nel lungo periodo. Se si tratta di ricavare risorse sul momento, questa strada è indubbiamente più difficile.

Il presidente ha posto alcune questioni sulla titolarità delle funzioni socio-assistenziali. In realtà, le funzioni socio-sanitarie non sono dei comuni perché intrecciano funzioni socio-assistenziali di pertinenza comunale e funzioni sanitarie di pertinenza delle ASL. I comuni, peraltro, possono delegare anche alle ASL alcune funzioni di carattere socio-assistenziale. L'importante è che – come cercavo di affermare nell'intervento iniziale – questa zona condivisa sia presidiata da regole e

da operatività comuni. Da questo punto di vista, è necessario precisare, anche nel testo, le funzioni fondamentali, quindi la spettanza dei comuni in ordine al sistema integrato dei servizi sociali, sapendo che il termine « integrato » rimanda a un altro sistema che deve integrarsi con questo, ovvero quello sanitario.

Occorrono, poi, regole precise sul finanziamento e sulle competenze, nonché una certa duttilità nel prevedere diversi modelli regionali, perché le regioni sono andate avanti in maniera disparata su questa materia. Forse, questo è il campo in cui la diversità regionale è più forte. Abbiamo, infatti, diversi modelli del *mix* tra sanità e assistenza nelle regioni. Questo è, del resto, un aspetto sicuramente positivo e commendevole, purché, alla fine, i conti per i cittadini tornino, in termini di qualità dei servizi. Sappiamo quanto in questo momento ciò sia difficile perché la crisi finanziaria dei comuni e la limitatezza o la limitazione delle risorse regionali creano, evidentemente, aree di grande sofferenza proprio nel settore della residenzialità sanitaria, delle case protette e nel settore socio-sanitario in senso stretto.

Sulla conferenza dei sindaci ho risposto in breve precedentemente. Riguardo al tema relativo ai piani di rientro, questo potrebbe essere oggetto, se la Commissione lo riterrà, di un incontro *ad hoc*, perché la vicenda è complessa e lunga. Tuttavia, vorrei dire che si sta allargando sempre più la consapevolezza che quelli che chiamiamo riduttivamente « piani di rientro » sono, in realtà, anzitutto piani di riqualificazione e di riorganizzazione, volti anche al rientro del debito, che permetteranno di raggiungere davvero il rientro dal debito e, quindi, l'equilibrio finanziario-contabile, in forza di scelte di riorganizzazione e di riqualificazione adeguate.

Infatti, se il rientro dal debito si fa soltanto sulla base dei *ticket* mirati, del blocco del *turnover* e delle indennità di vacanza contrattuale e delle addizionali regionali, si ottiene certamente il rientro, ma se non si compie nessun'altra operazione di sistemazione del sistema sanitario, se vi sono inefficienze, duplicazioni o isole che nessuno controlla, se non si rimette mano alla rete ospedaliera, territoriale e dell'emergenza, si esce dal piano di rientro per rientrarvi – permettetemi la battuta – subito dopo, perché non si è sistemato nulla. Credo che la partita dei piani di rientro si giochi, quindi, sull'opportunità di farli diventare sempre di più piani di riqualificazione, con un problema di controllo centrale nazionale.

Sull'accentuazione aziendalistica e il governo regionale, ho già risposto in breve in precedenza. Credo che alcune proposte, anche contenute nella proposta di legge sul governo clinico, possano andare incontro ad alcune preoccupazioni del presidente.

Per il resto, non è tanto la questione della solitudine del direttore generale, visto che quella è la logica del sistema. Il direttore generale è nominato fiduciariamente dalla regione perché poi è la regione che risponde, davanti agli elettori, se ha nominato un direttore generale non all'altezza. In realtà, è sempre di più così – come dirò rispondendo all'ultima domanda dell'onorevole Scarpetti – perché gli elettori collegano sempre di più, nel momento delle elezioni regionali, il buon andamento della sanità con il voto. Questa è una novità nel nostro Paese perché solo fino a dieci anni fa non era così.

Sul potere della borsa e l'effettività delle funzioni della conferenza dei sindaci spero di aver illustrato il mio punto di vista.

Vorrei ritornare, invece, sulla questione della nomina dei direttori generali. Credo che la fiduciarietà, per le ragioni accennate prima, vada bene. Tuttavia, ciò non vuol dire assenza di trasparenza e men che mai caduta in termini di competenza professionale. Da questo punto di vista, mi ha favorevolmente colpito, su tale aspetto specifico, l'esperienza pugliese – come ho affermato la scorsa settimana al *Forum PA* –, perché il procedimento che è stato scelto per arrivare al rinnovo dei direttori generali è compatibile con tutte le normative nazionali e regionali, ma si è caratterizzato per trasparenza. Non vado a

giudicare gli esiti perché, naturalmente, ciò non rientra nella competenza del Ministro della salute. Comunque, il procedimento si caratterizza per la trasparenza e per la valorizzazione della competenza professionale, andando incontro alle esigenze sottese all'intervento dell'onorevole Scarpetti.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro Balduzzi dell'argomentata relazione e dell'esauriente risposta ai quesiti posti dai colleghi deputati e senatori.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.

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

DOTT. VALENTINO FRANCONI

Licenziato per la stampa
l'8 agosto 2012.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 1,00

Stampato su carta riciclata ecologica

16STC0019820