



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 161

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

SEGUITO DELL'INCHIESTA SUI FENOMENI DI CORRUZIONE
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

167^a seduta: mercoledì 20 giugno 2012

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione di esponenti della Commissione salute della Conferenza
delle Regioni e delle Province autonome**

PRESIDENTE	Pag. 3, 19, 21 e <i>passim</i>	<i>LUSENTI</i>	Pag. 4, 13, 15
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	9, 15, 19 e <i>passim</i>	<i>RUSSO</i>	6, 16, 19 e <i>passim</i>
COSENTINO (<i>PD</i>)	8, 12		
MASCITELLI (<i>IdV</i>)	11, 21		
POLI BORTONE (<i>CN:GS-SI-PID-IB-FI</i>)	12		
SOLIANI (<i>PD</i>)	24		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Intervengono i seguenti esponenti della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: il dottor Carlo Lusenti, assessore alle politiche della salute della Regione Emilia-Romagna, e il dottor Massimo Russo, assessore alla salute della Regione Siciliana. Sono altresì presenti, al seguito degli Assessori, il dottor Stefano Marson, il dottor Antonio Maritati, il dottor Emanuele Cagol, il dottor Marco Romeri, il dottor Paolo Alessandrini, il dottor Giuseppe Schifini.

I lavori hanno inizio alle ore 14.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 13 giugno 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta odierna.

Audizione di esponenti della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

È oggi in programma l'audizione di esponenti della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Desidero anzitutto dare il benvenuto agli assessori alla salute delle Regioni Emilia-Romagna, Carlo Lusenti, e della Sicilia, Massimo Russo. Rimaniamo in attesa dell'assessore alla salute della Regione Toscana, Luigi Marroni.

Avrebbe dovuto essere presente anche il coordinatore della Commissione salute, assessore Coletto, il quale però ieri pomeriggio ha comunicato con nota formale un impedimento dovuto a ragioni di natura istituzionale, relative alla votazione di un atto di governo nella Regione Veneto.

Do anche il benvenuto ai funzionari che accompagnano la commissione di assessori, ossia il dottor Stefano Marson, dirigente della Regione Veneto, il dottor Antonio Maritati, dirigente della Regione Veneto, il dottor Emanuele Cagol, funzionario della Provincia autonoma di Bolzano, il dottor Marco Romeri, dirigente della Regione Toscana, il dottor Paolo Alessandrini, dirigente responsabile dei rapporti con il Parlamento, e il dottore Giuseppe Schifini, vice capo ufficio stampa della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Nel corso della seduta odierna la Commissione intende acquisire, nell'ambito del citato filone d'inchiesta, il punto di vista delle Regioni in merito alla normativa che presiede alle nomine dei dirigenti apicali e semi apicali in ambito sanitario, nonché in merito alle implicazioni della stessa e alle prospettive di eventuale riforma legislativa.

Do subito la parola all'assessore che intende relazionare per primo.

LUSENTI. Signor Presidente, saluto e ringrazio tutti i senatori componenti della Commissione. Svolgerò alcune considerazioni strettamente legate al merito della convocazione, per poi lasciare all'assessore Russo e ai quesiti e alle osservazioni che vorrete proporci qualsiasi ulteriore approfondimento.

Il tema della nomina della dirigenza del Servizio sanitario nazionale richiede una minima precisazione introduttiva. Il Servizio sanitario ha una dirigenza assolutamente atipica, unica per il pubblico impiego. Non è ascrivibile al termine dirigenza solo la dirigenza apicale, perché nel Servizio sanitario nazionale sono qualificati come dirigenza tutti gli appartenenti ai ruoli *ex nono*, *decimo* e *undicesimo* della pubblica amministrazione; quindi sono qualificati come dirigenti tutti i laureati medici e non medici delle professioni sanitarie. Questa è oggettivamente un'anomalia rispetto alla definizione e all'inquadramento normativo della dirigenza del pubblico impiego.

Ho fatto questa premessa per sottolineare che intendo non tanto rispondere a una vostra richiesta di chiarimenti e di approfondimenti sulla dirigenza, quanto soffermarmi sulla direzione delle strutture. In particolare, concentrerò il mio approfondimento, per il momento, sulla direzione delle strutture complesse, quelle che un tempo erano definite come *ex undicesimi* livelli della pubblica amministrazione, altrimenti detti primari. Dico questo perché, come penso a voi sia noto, le strutture entro le quali è articolato il Servizio sanitario nazionale, e che prevedono l'identificazione di una direzione, sono anche strutture semplici che possono essere di unità operativa o dipartimentali e, all'estremo opposto, direzione di dipartimenti. I modi dell'individuazione e della nomina sono diversi tra queste tre fattispecie di direzione di strutture.

In tema di direzione di struttura complessa ricordo che la procedura che regola tale selezione è fissata ormai da vent'anni dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che prevede in modo specifico la definizione del bando, la composizione della commissione, i modi per identificare la commissione e il modo attraverso cui si esprime la valutazione della commissione, ossia l'identificazione di una terna di idonei, definiti sulla base di una valutazione curriculare e di un colloquio, che viene proposta alla direzione generale. Questo meccanismo procedurale può essere arricchito – il termine non è proprio tecnicamente raffinatissimo, ma mi sembra che possa rendere l'idea – da norme e leggi regionali che però non possono esondare da questa norma di legge nazionale. L'arricchimento prevede la possibilità, ed ha già determinato la concreta realizzazione, di variabili regionali che spaziano in un *range* ampio.

Ci sono Regioni che, all'interno di questa norma di legge, di questa procedura concorsuale per come l'ho descritta, sono arrivate al punto di trasformarla in una vera graduatoria. Ci sono viceversa Regioni che, con provvedimenti deliberativi di giunta o in alcuni casi con leggi regionali, anche in questo caso esistenti da molti anni (per la mia Regione, l'Emilia-Romagna, cito la legge n. 29 del 2004, che insiste sul decreto legislativo n. 502 del 1992 e definisce, specificandoli meglio, alcuni passaggi di tale procedura), hanno definito meglio le caratteristiche del bando, chiarendo alcune specifiche definizioni che lo rendono molto chiaramente riferito a quale dirigente si vuole selezionare, e non genericamente a quale figura. Tali provvedimenti insistono ulteriormente sul percorso di identificazione dei componenti della commissione attraverso un elenco, un albo, e definiscono alcuni elementi di pubblicità dei *curricula*, delle valutazioni della commissione e degli esiti motivati della nomina e della valutazione della direzione generale.

Ci sono inoltre norme regionali che valorizzano il percorso a valle della nomina, cioè indicano in modo molto puntuale una serie di obiettivi di mandato di quella direzione (che può essere un mandato da triennale a quinquennale), definendo obiettivi specifici e il modo della loro misurazione e rendicontazione, e che specificano altresì obiettivi annuali che allo stesso modo devono essere misurati e rendicontati e che arrivano a dare in alcuni casi pubblicità agli esiti di tali valutazioni annuali e triennali.

C'è quindi chi si è dedicato, nelle varianti regionali, a rafforzare in particolare la procedura di selezione in senso stretto, anche modificandola e trasformandola in una graduatoria; c'è chi invece ha rafforzato il percorso a monte di identificazione di requisiti specifici e a valle di misurazione della *performance* e degli esiti di quella scelta e pubblicità di quegli esiti. Questo è il quadro complessivo, seppure illustrato in modo sintetico.

Aggiungo un'ultima considerazione di maggiore prospettiva. È chiaro che la nomina di un direttore di struttura complessa attuata attraverso questa procedura e le sue varianti tende a identificare una responsabilità decisiva per il buon funzionamento di un'azienda sanitaria e ospedaliera e quindi la valutazione, che in termini non solo teorici è nell'interesse di chi dirige l'azienda, è volta a scegliere il miglior candidato possibile. Visti i risultati positivi o, al contrario, negativi che quella scelta è in grado di produrre, non è interesse di chi gestisce quella struttura compiere scelte che siano meno che qualitative o meno che adeguate alle migliori scelte possibili da adottare in quelle condizioni.

Per la stessa ragione, la scelta che viene fatta in ordine a questi requisiti attraverso tale procedura identifica un rapporto di condivisione e fiduciario tra chi dirige la struttura e l'azienda. Non è ipotizzabile per il buon funzionamento delle aziende sanitarie che ci sia una completa e assoluta autonomia della direzione rispetto a norme generali di indirizzo, programmazione e valutazione che riguardano l'azienda e l'intero servizio sanitario della Regione in oggetto. Quindi non è una procedura che, nell'interesse dell'azienda sanitaria e dei pazienti che vi vengono assistiti, è

solo volta a selezionare le migliori competenze professionali – che, mi verrebbe da dire, è una sorta di prerequisito, come l'onestà nella pubblica amministrazione – ma è una procedura che seleziona anche i soggetti che hanno le migliori competenze e i migliori requisiti per governare quella struttura in modo coerente rispetto agli obiettivi di programmazione e di valutazione dell'azienda e del Servizio sanitario regionale.

Non faccio ulteriori valutazioni sulle strutture semplici e sulle direzioni dipartimento. Aggiungo però una piccola precisazione per illustrare con completezza il tema che ci chiedete di esporre. All'interno del Servizio sanitario nazionale questo non è l'unico modo di affidamento della direzione delle strutture complesse. È noto, infatti, che moltissime strutture complesse sono affidate, anche per le funzioni assistenziali, a direzioni universitarie. Quella selezione non ha nulla a che vedere con questa procedura; è una selezione tutta interna all'università, che non prevede bandi, che non prevede valutazioni ed espressioni di terne, ma che si esprime con l'affidamento anche delle funzioni assistenziali a chi ha avuto da parte della istituzione universitaria l'affidamento degli incarichi di didattica e di ricerca nell'ambito di quelle stesse funzioni. È, quindi, un sistema misto. Io ho descritto quella parte che riguarda in senso stretto le modalità selettive per la direzione di strutture complesse gestite come selezione di pubblico impiego (potremmo così definirla) da parte delle direzioni delle aziende sanitarie ospedaliere.

RUSSO. Le mie riflessioni sono agevolate dall'ampiezza ed esaustività dell'intervento del collega Lusenti. Provo però a sintetizzarle in alcune domande che credo siano quelle che si pone la Commissione. Questo assetto normativo è idoneo? È il migliore per assicurare la migliore scelta possibile da parte di chi ha poi la responsabilità operativa all'interno delle strutture sanitarie italiane? In altri termini, i vent'anni in cui è stato in vigore il decreto legislativo n. 502 del 1992 abbisognano di una rivisitazione per efficientare il sistema nella scelta di chi poi ha la responsabilità gestionale dei reparti? Questo sistema assicura le migliori competenze? Credo sia questa la questione sulla quale siamo chiamati a dare il nostro contributo.

Il collega Lusenti ha sintetizzato i perni centrali dell'assetto normativo: il direttore generale, espressione di un indirizzo politico – questo lo voglio ricordare ed il mio intervento sarà mirato a ricostruire la catena delle responsabilità – è colui che si assume la responsabilità operativa della scelta, operata non in base ad una graduatoria ma in base ad un albo di idonei che una commissione formata per legge dal direttore sanitario, da un direttore di struttura complessa scelto dal collegio tecnico e da un altro soggetto nominato dallo stesso direttore generale, fornisce al direttore generale dell'azienda.

Il collega Lusenti ha riferito in merito al perimetro legislativo che, mi permetto di dire, non è ribaltabile da parte delle Regioni ma è tutt'al più integrabile e con esso le normative regionali non possono certo contrastare, trattandosi di una norma primaria che stabilisce l'assetto *lato sensu*

concorsuale della procedura. Le Regioni hanno riempito tale ambito di contenuti, tutti proiettati ad estrinsecare la ragione ultima o primaria della scelta: l'esigenza è quella di avere soggetti dotati di capacità professionali, buoni *curricula* in grado di realizzare, come stabilisce la norma, gli indirizzi operativi, i programmi di attività che sono promossi e che poi devono essere valutati all'interno della struttura organizzativa verificando che abbiano la capacità di gestire in modo efficiente le risorse del personale e le risorse economiche.

L'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 lega l'attività del dirigente sanitario, o meglio della direzione sanitaria (per come è stato chiarito) ad una serie di obblighi, stabilendo appunto che l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata da quegli obiettivi; è un obbligo del soggetto che è stato prescelto da quella selezione. È evidente che se esiste questo obbligo di attività finalizzato a dare risposte alla comunità, tale obbligo si traduce per il direttore generale in una sorta di parametro che deve essere valutato al momento della scelta del dirigente. In altri termini, se quel dirigente ha l'obbligo di assicurare quanto è puntualmente scritto nell'articolo 15 è necessario individuare un soggetto che abbia quelle capacità per poi assolvere a quegli obblighi. All'interno della legge è quindi presente il principio che deve orientare la scelta, la quale, ovviamente, deve essere motivata come atto amministrativo.

Credo che, *de iure condendo*, probabilmente sarebbe altamente auspicabile lo sforzo di porre a sintesi le integrazioni che le Regioni hanno fatto. Le Regioni hanno operato nel senso di dare maggiore trasparenza alle attività di selezione, di impegnare maggiormente il direttore generale alle scelte adottate, fondate sui valori della trasparenza, della meritocrazia, dell'efficientamento dei reparti, del migliore uso delle risorse. Probabilmente un *restyling* della legge sarebbe opportuno, anche per dare un segnale in questa direzione. Il sistema, a mio avviso, già prevede tutto ciò. Forse va meglio definita la procedura prevista dal decreto legislativo n. 502 del 1992. Per quanto riguarda i tre componenti della commissione, uno di essi è individuato dal direttore generale; un secondo componente è scelto dal direttore sanitario e il terzo dal collegio sanitario. Per l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa, il direttore generale non fa riferimento a una graduatoria (qualcuno ha usato questo termine, ma è sbagliato parlare di graduatoria e credo che lo confermi anche la giurisprudenza del Consiglio di Stato), ma attinge a una rosa nella quale individua il soggetto capace di invernare nella sua attività anche un progetto di riorganizzazione aziendale.

Tutto ciò si salda a un indirizzo politico che, a mio avviso, merita di essere rimarcato e sottolineato, perché il direttore generale viene nominato dalla sfera politica. C'è un indirizzo politico, un atto di alta discrezionalità da parte del governo di una Regione nel mettere a capo di un'azienda un determinato soggetto. È un atto di natura fiduciaria adottato sulla base di una valutazione ampiamente discrezionale, con una motivazione. Poi il direttore generale, nella scelta che deve essere trasparente, in modo tale che la comunità possa sempre individuare i responsabili, attuerà gli obiettivi

stabiliti attraverso la nomina del livello intermedio che governa l'azienda (quel livello che una volta era rappresentato dai primari). Forse nella direzione di esaltare dei valori, che a mio avviso sono già rinvenibili nella medesima normativa, può ipotizzarsi un intervento legislativo per dare unitarietà a un sistema che rischia altrimenti di essere variegato, ma non su profili strutturali e, mi permetto di aggiungere, nemmeno così sostanziali, perché le attività estrinsecate da alcune Regioni si ritrovano puntualmente nella legge. Vi sono altre Regioni – e penso alla mia – che hanno posto l'accento a livello amministrativo sulla verifica dei risultati dei dirigenti di struttura complessa e sui criteri di valutazione dei risultati. Anche questa è una logica già interna al sistema che la Regione Siciliana ha voluto evidenziare.

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, nel decreto legislativo n. 502 del 1992 vi era l'idea, come ricordava adesso l'assessore Russo, di contratti quinquennali per i dirigenti di struttura complessa, con un'eventuale verifica e la possibilità di non rinnovare il contratto. In base alla mia esperienza però (e vorrei capire se è confermata anche dalla vostra nelle realtà regionali che rappresentate) mai o quasi mai questa evenienza si è realizzata.

Siamo in una situazione in cui la procedura normativa ha un sapore privatistico e fiduciario rispetto agli obiettivi da verificare, mentre nella pratica c'è un'amministrazione che, una volta raggiunto l'obiettivo, non si tocca più. Penso che potrebbe essere utile un suggerimento degli assessori auditi per capire come si potrebbe intervenire su questo punto. Assessore Russo, lei parlava di criteri di valutazione dei risultati. Io penso, ad esempio, che una forma di standardizzazione dei criteri di valutazione a livello nazionale consentirebbe di guardare meglio questo processo e forse di risolverlo.

In secondo luogo, mi domando se non debba essere considerata un obbligo la definizione di una legislazione coerente ma innovativa sulla trasparenza delle procedure e l'individuazione degli obiettivi per i quali si pone a bando quel posto, realizzando una coerenza tra gli obiettivi e i processi di verifica. In sostanza, al di là della diversità delle esperienze fra le Regioni ed anche al loro interno sulla base dell'esperienza dei singoli direttori generali di ASL, esiste una realtà molto variegata. Penso che potrebbe essere opportuno – e a tale proposito mi piacerebbe conoscere la vostra opinione – che su questa materia la normativa fosse più stringente di quanto non sia oggi dal punto di vista della trasparenza, dell'obbligo di pubblicazione sui siti dell'azienda, della definizione dei criteri, degli obiettivi e dei risultati.

Un altro punto riguarda la nomina dei direttori generali delle ASL e delle aziende ospedaliere. Condivido il fatto che si tratta di nomine di alta amministrazione, con una discrezionalità nella nomina da parte del presidente di giunta o della stessa giunta, a seconda dei diversi statuti regionali. I requisiti definiti nel decreto legislativo n. 502 del 1992 sono i seguenti: una laurea, qualunque essa sia, e cinque anni di esperienza, qualunque

essa sia, in assenza di sistemi di formazione (anche se qualche università ha avviato un'esperienza di *master*). Non mi pare però che i risultati – ed anche su questo punto vorrei la vostra opinione – siano tali da offrire oggi ai presidenti e agli assessori regionali esperienze come quella francese, ossia esperienze di alta amministrazione nel campo. Vi sono anche delle lacune nella definizione dei criteri di valutazione, che troppo spesso si piegano alle esigenze politiche, anche se spesso la realtà è quella di giunte che cambiano senza che si capisca mai se abbiano lavorato bene o male tutti i soggetti coinvolti.

Secondo la vostra esperienza, non sarebbe opportuno un intervento correttivo della normativa, che vada nella direzione della definizione di *standard* più elevati, che consentano di alzare l'asticella dei requisiti, in modo che il potere discrezionale della giunta intervenga su un livello più definito di acquisizione di esperienze e competenze dimostrate? Si pensi al fatto che, solo per fare un esempio, sulla materia economica e della determinazione dei bilanci siamo in un quadro di indeterminatezza tale per cui ogni Regione ha dovuto muoversi a suo modo.

L'obiettivo di questa Commissione d'inchiesta è anche quello di partire dai dati, che sono abbastanza numerosi e visibili, di situazioni di inefficienza amministrativa e gestionale, nei quali si annidano fenomeni di malcostume e corruzione, per capire se il quadro normativo esistente sia pienamente in grado di mettere in trasparenza i processi decisionali, le scelte, i sistemi di valutazione e controllo, perché probabilmente è su questo terreno che possiamo fare qualche passo avanti. Vi chiedo quindi di illustrarci l'opinione, se c'è come tale, degli assessori regionali o anche, più semplicemente, l'opinione che voi stessi vi siete fatti in base all'esperienza che ha guidato in questi anni due Regioni così importanti come l'Emilia-Romagna e la Sicilia, ma tenendo anche conto del contributo che può scaturire da questo incontro e da quelli futuri. Penso, infatti, se il Presidente è d'accordo, che riflessioni, suggerimenti e note scritte possano contribuire all'obiettivo di formulare nel documento conclusivo della Commissione idee e proposte al Parlamento di modifica del quadro normativo.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Vorrei spostare il tiro sull'obiettivo che ci siamo proposti in questa audizione. La mia domanda parte da una considerazione sia pure molto sintetica. Ormai la sanità presenta, da un lato, una grande virtù: è, insieme allo Stato, l'oggetto maggiormente discusso nei tavoli di cogestione amministrativa e credo sia anche uno degli ambiti amministrativi che hanno dato ottimi risultati. Dall'altro lato, però, c'è un aspetto da cui origina la mia domanda e sul quale credo che voi più di noi possiate dare dei consigli. Non bisogna negarlo, non ci nascondiamo dietro un dito: credo che ormai la sanità sia il regno della corruzione italiana.

Sono certo di trovarmi davanti a bravissime persone, sia per conoscenza personale sia per ciò che ho letto, ma se osserviamo il comparto sanitario dal Nord al Sud, anche se con caratteristiche diverse, è evidente che bisogna tenere assolutamente alta l'attenzione; del resto, lo affermano

anche le sezioni regionali della Corte dei conti. Il legislatore e questa Commissione vogliono assolutamente porre un argine a questo fenomeno, a tutela dei soggetti più deboli che soffrono di questo stato di cose; infatti chi gode di tutele di qualsiasi tipo conosce bene e sa bene garantirsi l'*iter* che gli consente di far valere il proprio diritto alla salute.

Non voglio minimamente trincerarmi dietro qualcosa che non esiste. Pertanto, vorrei formulare la mia domanda. Vi ringrazio per averci permesso di ripassare tutta la legislazione vigente, vi chiedo però se non sia opportuno varare una legislazione straordinaria. È inutile dire che i soggetti migliori sono nominati direttori generali: ci sarà certamente qualche Regione che agirà in questo modo, ma la maggior parte delle Regioni lottizza, o nomina un amico, oppure passa la scelta ad una clientela che è una delle più spietate esistenti al mondo. Accadono cose veramente inaudite. Ragionateci. Io so che qualcuno di voi sta lavorando bene, che qualche assessore ha fatto cambiare strada alla sanità della propria Regione, che qualche assessore è da premiare perché rappresenta uno dei migliori sistemi sanitari d'Italia. Consideriamo però la sanità nel suo insieme: un settore in cui il cittadino per entrare in ospedale deve pagare una tangente attraverso la prenotazione di una visita medica, o per ottenere una fattura deve scegliere se pagare un prezzo più alto, o ancora viene scavalcato nella lista d'attesa da chi conosce, per esempio, il senatore Astore. Sono episodi che accadono di tutti i giorni e che dobbiamo assolutamente contrastare a tutela della povera gente.

E allora non è opportuno che l'obiettivo di fondo in un tempo circoscritto di cinque o dieci anni sia quello di eliminare la politica, questo enorme potere che passa ai direttori generali? Perché in via teorica è giusto che la politica scelga e si assuma le proprie responsabilità, ma non è così. Per quanto riguarda poi i primari o i direttori di unità operativa semplice, si potrebbe prevedere un sistema di selezione basato su graduatorie di soli titoli o di titoli ed esami. Inventiamo insieme una normativa per risanare questo settore pubblico che consuma i due terzi del bilancio regionale. Chi vi parla è stato anche assessore regionale, peraltro cacciato per specifici motivi. Credo però che questi siano gli elementi su cui riflettere. Ad esempio, sarebbe opportuno sottrarre al direttore generale la nomina discrezionale dei direttori delle unità operative semplici; anche in quel caso, infatti, spesso e volentieri il direttore generale è un ponte che porta al politico di turno.

Non vi pare che sia arrivato il momento di prevedere per via legislativa che la nomina del direttore dell'unità operativa complessa sia affidata al direttore generale esclusivamente sulla base di un bando di diritto privato, non prevedendosi un limite stipendiale, al fine di inserire nell'azienda e premiare quelle persone che si sentono un po' strette nel Servizio sanitario nazionale? Negli ultimi provvedimenti economici e finanziari è stato stabilito un limite stipendiale per l'alta dirigenza dello Stato. Non vi sembra però opportuno fare questo tentativo per far sì che la sanità pubblica possa avvalersi di queste persone in grado di renderla più produttiva?

Queste sono le domande che vi rivolgo, con serenità, perché credo che questo settore sia entrato in una situazione di assoluta emergenza; sotto il profilo della corruzione, tale situazione non riguarda solo la Calabria o il Molise, la mia Regione, ma, a mio avviso, riguarda tutto il territorio nazionale, sia pure con metodi ed intelligenze diverse.

MASCITELLI (*IdV*). Gli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto, i senatori Cosentino e Astore, agevolano il quesito che vorrei porre ai due assessori, che ringrazio per quanto ci hanno riferito.

Il problema di questa Commissione è capire come rompere la filiera politica che pervade le scelte e le gestioni del settore sanitario: l'assessore regionale nomina il direttore generale che, per una strana coincidenza, molto spesso appartiene alla stessa area politica; il direttore generale nomina di fatto la maggioranza della commissione incaricata di selezionare i dirigenti, in quanto l'articolo 15-*ter* del decreto legislativo n. 502 del 1992 stabilisce che la commissione è composta dal direttore sanitario, uomo di fiducia del direttore generale, da un dirigente di pari livello scelto dal direttore generale, e da un terzo membro scelto dal consiglio dei sanitari o dal collegio di direzione laddove esista. Quindi, ripeto, di fatto la maggioranza della commissione è scelta dal direttore generale ed è qui che si rivela il *vulnus* legislativo: se, infatti, il direttore generale svolge un'attività manageriale deve scegliere tra una rosa di nomi che gli deve essere fornita da una commissione tecnica terza ed è in quella rosa di nomi che può operare la propria scelta manageriale, decidendo se effettuare un taglio nelle attività della propria ASL, incidendo maggiormente sul comparto chirurgico o su quello laparoscopico o, ancora, su quello endoscopico. È in questo ambito che può operare la discrezionalità.

Questa filiera perversa ha invece creato la figura di un direttore generale che ha in mano il mazzo di carte. È evidente che un Parlamento serio sa bene che se vuole rompere questa filiera perversa deve semplicemente modificare i criteri di nomina della commissione suddetta, nomina che quindi deve avvenire in maniera terza; al direttore generale, cioè, deve essere sottoposta una rosa di nomi che contenga il fior fiore della qualità scientifica che in quel momento, in quei territori può essere fornita, limitando pertanto la managerialità semplicemente alla scelta di quali tagli operare tra le attività aziendali della ASL e, quindi, su quale direzione prendere in tal senso.

Ho fatto questa premessa perché non posso chiedere agli assessori regionali presenti di suggerire come modificare la legge dando dei buoni consigli a un Parlamento che ne avrebbe bisogno; faccio questa domanda per considerare il problema dal punto di vista delle attività regionali. Sono infatti rimasto colpito da un'espressione utilizzata dall'assessore della Regione Emilia-Romagna, che ha parlato di «arricchimento regionale» rispetto alla normativa nazionale. Assessore Lusenti, io ho girato un po' tutta l'Italia e non ho visto un arricchimento regionale. Ci spieghi quali Regioni hanno realizzato – in che modo e in che misura – un arricchimento regionale tale da rompere la filiera perversa dell'invadenza della

politica nella sanità. Come Commissione d'inchiesta ci stiamo occupando proprio di questo e le domande dei colleghi che mi hanno preceduto erano dirette a tale scopo. Ripeto, noi un arricchimento regionale che limiti l'invadenza del direttore generale nelle scelte da fare in questa materia francamente non l'abbiamo visto. Piuttosto abbiamo verificato un impoverimento, perché si è incancrenita ancor di più la filiera che solitamente vede l'assessore regionale «fare bingo» nominando nel suo periodo di permanenza politica non solo i direttori generali, ma anche i primari di tutte le ASL della sua Regione. Chiedo pertanto agli assessori auditi di farci capire meglio quale arricchimento regionale è stato introdotto nella filiera descritta.

POLI BORTONE (CN:GS-SI-PID-IB-FI). Signor Presidente, io ho una posizione un po' più estremista rispetto a quella espressa dal collega Mascitelli. Credo che dobbiamo avere almeno un minimo di coraggio nelle nostre idee. Sono la presentatrice di un disegno di legge nel quale faccio un'ipotesi. Fare delle analisi è opportuno, ma non arrivare alla conclusione elaborando una proposta alternativa non mi sembra giusto. Farò un esempio banale. Io penso che così come in un'università la platea degli aventi diritto elegge il rettore allo stesso modo la platea degli aventi diritto del sistema sanitario regionale deve eleggere il proprio *manager*. So è che una proposta rivoluzionaria.

COSENTINO (PD). Gli aventi diritto dovrebbero essere i cittadini, non i professionisti.

POLI BORTONE (CN:GS-SI-PID-IB-FI). Io dico che c'è una platea degli aventi diritto. Potrei aver sbagliato ad individuare la platea, ma non sto dicendo che la mia è la verità sacrosanta; si tratta piuttosto di un'ipotesi su cui ragionare. Il problema reale è che i direttori generali, come hanno ricordato altri colleghi in precedenza (c'è chi l'ha fatto in maniera più garbata e chi in modo più brutale), sono nominati sempre per appartenenza. Questa, almeno nella mia Regione, è l'esperienza a cui ho costantemente assistito. Che poi tali direttori siano bravi perché appartengono a un certo giro politico, può essere; ma non sempre, o quasi mai, è capitato che le due cose coincidessero.

Da questa situazione deriva tutta una serie di nomine, come è stato già ricordato. Questo perché noi politici abbiamo il vizio di parlare in termini teorici della norma e di non applicarla mai a partire da noi stessi. Non so più da quanti anni diciamo che un conto è l'indirizzo politico e altro conto è la gestione. In realtà confondiamo l'indirizzo politico con la gestione. La sanità è un esempio tipico: nel suo ambito la politica non dà l'indirizzo, ma gestisce il sistema.

Perché non chiedere ai nostri ospiti, senatore Mascitelli, la loro valutazione sulla base delle esperienze dirette, positive o negative, visto che ciascuno di loro da assessore avrà constatato delle criticità. In fin dei conti, credo che un assessore, così come un parlamentare, si senta molto

più tranquillo se può rispettare delle norme chiare e improntate alla trasparenza che lo mettono in condizioni di serenità e tranquillità maggiori di quanto non accada solitamente, visto che gli scandali più gravi sono quelli che investono il sistema sanitario. D'altra parte, se così non fosse, non avremmo Regioni con piani di rientro o commissariate. Evidentemente, c'è qualcosa che non funziona.

Io ho fatto semplicemente un'ipotesi, avveniristica oppure già realizzata. Chiedo ai nostri auditi di indicarmi eventualmente dove e come ho sbagliato nell'individuare i soggetti che potrebbero eleggere il *manager*.

LUSENTI. Signor Presidente, come avevo precisato in premessa, nella mia esposizione mi sono strettamente attenuto all'oggetto della convocazione, che faceva riferimento alle norme per la selezione dei dirigenti. È però chiaro che l'interesse della questione va molto al di là della selezione dei dirigenti e dei direttori di struttura complessa, per estendersi alla nomina dei direttori generali e al complessivo assetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale.

Era prevedibile che anche i suddetti argomenti sarebbero stati toccati, ma per disciplina e rispetto ho inteso centrare il mio primo intervento sull'oggetto specifico indicato nella nostra convocazione. Ciò premesso, non posso dire di avere risposte puntuali in ordine a tutte le osservazioni, ma ne farò a mia volta alcune che in parte confutano, rispondono o si mettono in una posizione di confronto dialettico con le posizioni espresse. Intanto, lasciatemi rimarcare un punto non solo in veste da assessore ma, per ragioni di vita e professionali, da conoscitore profondissimo del Servizio sanitario. Non è un caso che i quattro interventi in cui sono state espresse molto cortesemente delle valutazioni provengano da senatori eletti in Regioni soggette a piano di rientro e commissariate. Ciò non significa che sia questa la rappresentazione univoca e fondata della sanità di questo Paese. Non è così non perché questa visione – che non discuto – sia molto diversa in altre parti del Paese (non voglio citare questo argomento): non è così perché fonti autorevolissime dal punto di vista istituzionale e di rango internazionale esprimono sul Servizio sanitario nazionale italiano giudizi radicalmente diversi. L'Organizzazione mondiale della sanità, che non è l'ultimo degli organismi di valutazione della sanità al mondo, ogni anno e da molto tempo classifica la sanità italiana, il Servizio sanitario pubblico italiano, come il secondo al mondo, a volte dopo quello francese, a volte dopo quello islandese. Io non difendo tale graduatoria sostenendo che di sicuro siamo il secondo Paese al mondo in tutti i punti di erogazione. Chiedo però in quale altra graduatoria mondiale relativa alla pubblica amministrazione siamo tra le prime 20 posizioni. L'Italia è tra le prime posizioni al mondo per corruzione e per altre non commendevoli sue caratteristiche. La Corte dei conti nella relazione 2012, per il secondo anno consecutivo, esprime una valutazione assolutamente positiva sostenendo che quest'anno, in modo più forte e più radicale dello scorso, il Servizio sanitario nazionale è l'unico settore dell'amministrazione pubblica dello Stato ad avere messo i conti sotto controllo e ad avere presen-

tato una riduzione della spesa in valore assoluto dello 0,6 per cento. Lo dico con il massimo rispetto (che non è solo dovuto) e con la massima considerazione per il vostro ruolo: guardiamoci da letture semplificate, pregiudiziali e caricaturali del Servizio sanitario. Questo è lo strumento che rende esigibile un articolo della Costituzione, un diritto degli individui, l'interesse della collettività. Se ne diamo una descrizione basata su pregiudizi, su letture aneddotiche e locali, lo distruggiamo definitivamente. Questa è la responsabilità che abbiamo tutti. Poi ne abbiamo anche tante altre. Di questo, però, dobbiamo essere consapevoli. Mai o quasi mai c'è stata una verifica negativa. Non so se esista una statistica o un flusso informativo in ordine ai direttori di struttura complessa nei confronti dei quali è prevista per norma contrattuale la possibilità di esercitare una valutazione negativa circa l'incarico. Di sicuro ce ne sono stati e posso affermare – visto che non esiste una classifica, un rendiconto nazionale – che nella mia Regione, in diversi anni, ce ne sono stati almeno dieci. Aggiungo però che non solo i direttori di struttura complessa ma l'intera dirigenza del Servizio sanitario nazionale, per norme di legge e contrattuali, è sottoposta a verifiche molto puntuali che riguardano e la produttività e la qualità tecnico-professionale. Queste norme però devono essere utilizzate e si deve saperle utilizzare. Una cosa è affermare che non esistono, altra è lasciarle inutilizzate nei cassetti, perché diverso è il livello di risposta da dare. Di sicuro aumentare la trasparenza dei criteri di valutazione e la trasparenza e rendicontazione pubblica dei risultati raggiunti in termini di produzione, di sostenibilità economico-finanziaria e di salute, dando luogo a veri e propri *audit* civici sul tema della tutela della salute è una scelta da sostenere ed è una scelta che rafforza anche la buona reputazione del Servizio sanitario.

Riguardo alla nomina dei direttori generali, è vero che in Italia non esiste una scuola ed un percorso di alta formazione della dirigenza pubblica; non esiste per il Servizio sanitario e non esiste per nessun altro settore dell'amministrazione pubblica. Penso però che sarebbe utile l'istituzione di un albo nazionale che definisca requisiti molto puntuali, alzando l'asticella rispetto a quelli minimali attualmente previsti dalla legge; quindi alzando l'asticella in termini di requisiti curriculari, esperienziali ed anche formativi, sia di base che permanenti. La costituzione di un albo nazionale limiterebbe la scelta delle Regioni fra i nominativi presenti in quell'elenco, che assicurerebbe quindi il possesso dei titoli richiesti ed il loro aggiornamento *in itinere*. Questo passaggio legislativo sarebbe facilmente percorribile, anche se su questo aspetto la posizione delle Regioni non è unanime (io mi limito ad esprimere quella della Regione che rappresento). Credo però che un livello di condivisione su questa ipotesi sia facilmente raggiungibile.

Senatore Astore, mi lasci essere per un attimo grossolano. Se lei sostiene che in Italia la sanità è il regno della corruzione, io sostengo che la mia Regione non sta in Italia. (*Commenti del senatore Astore*). Grossolanità per grossolanità.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Anche nella sua Regione per accedere in un ospedale spesso si paga la visita.

LUSENTI. No, non è così. Siamo disponibili ad affrontare verifiche ed ispezioni. Però ciascuno si tenga la sua fama e la sua reputazione, buona o cattiva che sia. Non possiamo diffonderle in modo epidemico, perché dire che tutti i gatti sono bigi è il modo peggiore di difendere il Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda la legislazione straordinaria, non so se in questo Paese siamo al punto di adottare legislazioni di questo tipo, condivido però un aspetto che cerco di mettere a fuoco. La legislazione sul Servizio sanitario nazionale ha una storia abbastanza recente in Italia: il Servizio sanitario nazionale è stato istituito con la legge n. 833 del 1978; è stato rivisto poco più di dieci anni dopo con il decreto legislativo n. 502 del 1992 e poi, di nuovo, pochi anni più tardi, con il decreto legislativo n. 229 del 1999. È certo che dal 1999, anno di emanazione del decreto legislativo n. 229, al 2012, anno corrente, molte cose sono cambiate ed è quindi necessario che, sulla base dell'esperienza di questi anni e della trasformazione della realtà nazionale anche sotto il profilo professionale, tecnologico, organizzativo e di *governance*, si prospetti un disegno riformatore del Servizio sanitario nazionale che faccia sintesi e rilanci l'organizzazione. Questa sì che sarebbe un'iniziativa all'altezza di una politica ambiziosa: dopo più di un decennio un nuovo disegno riformatore del Servizio sanitario che tenga fermi i valori e i diritti e che aggiunga tutto ciò che sarebbe bene aggiungere sul piano riformatore del riassetto.

Non so se sarebbe bene affermare che i contratti dei primari debbano essere privi di limiti economici. Non lo dico.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Almeno dare la possibilità.

LUSENTI. Certo, dare la possibilità. Non lo dico perché potenzialmente potrei incorrere in un conflitto di interessi, avendo la possibilità di tornare, in un futuro non so quanto prossimo, alla mia professione. Di sicuro, però, in questi anni si è prodotto l'effetto opposto, e ne dobbiamo essere consapevoli: le retribuzioni del pubblico impiego, in generale della dirigenza, si sono ridotte in valore assoluto. Ciascuno è libero di pensare che questi provvedimenti siano stati giusti o sbagliati, necessari o voluttuari. L'effetto che si è prodotto in questi ultimi dieci anni non va nella direzione di un auspicato maggior margine di manovra se si fa della leva economica la leva giusta per premiare il merito e selezionare e chiamare i migliori; io non ne sono del tutto convinto, ma questo è un altro argomento. La realtà però è andata nella direzione esattamente opposta e anche la retribuzione dei direttori generali – di cui non faccio il sindacalista – ha subito lo stesso destino: nel 2000, infatti, 12 anni fa, è stato stabilito per legge un tetto per le retribuzioni dei direttori generali, tetto fino ad oggi ulteriormente ridotto del 10 e del 20 per cento in virtù delle solite manovre. Non so se questo abbia qualcosa a che fare con la corru-

zione. Di sicuro, se vogliamo avere una classe dirigente selezionata in modo trasparente e il più possibile di qualità, ridurre la retribuzione non è lo strumento più coerente con questa intenzione generale.

Anche la proposta del senatore Mascitelli è, secondo me, facilmente realizzabile ed anche utile. Le modalità con cui si compone la commissione devono rientrare nel percorso a monte di selezione dei direttori di struttura complessa. La commissione è composta da tre membri, ma perché non da cinque, se questo è un modo utile per garantirne maggiormente l'autonomia? E perché non sorteggiati da elenchi nazionali? È una proposta assolutamente alla portata. Si potrebbero definire dei requisiti che identifichino l'elettorato passivo, cioè i direttori di struttura complessa che possono essere selezionati per quelle commissioni, iscriverli in un elenco regionale o nazionale, che va aggiornato, e sorteggiarli da quell'elenco. Azioni come questa, che rafforzino la terzietà della commissione, sono possibili e anche facili da adottare. Lasciatemi dire però che conosciamo tutti la terzietà delle commissioni selezionate. La sanità ha alle spalle il sistema concorsuale di selezione; era così prima e le storture, le deviazioni e la coerenza rispetto ad obiettivi di trasparenza, qualità e terzietà sappiamo esattamente quali erano.

La mia ultima considerazione riguarda l'osservazione molto cortese, anche se da lei stessa definita «estremista», della senatrice Poli Bortone. Non so se i direttori generali dovrebbero essere selezionati dagli aventi diritto, ma io sono convinto che gli aventi diritto siano i cittadini, che sono i proprietari del Servizio sanitario per diritto costituzionale e perché ne garantiscono, in un sistema universalistico, il finanziamento tramite la tassazione. E i cittadini garantiscono questa filiera attraverso le sedi di rappresentatività istituzionale, le istituzioni liberamente elette. In mezzo c'è la politica, e non so cos'altro potrebbe esserci, perché è la buona politica che fa la buona sanità e viceversa, e non le procedure concorsuali, le quali non garantiranno mai a sufficienza il problema e non lo risolveranno mai. Se i cittadini sono i padroni (ed io ne sono convinto), anche nei sistemi sanitari più privati ed avanzati del mondo sono proprio loro, gli azionisti, a nominare i *manager* degli ospedali. E i cittadini fanno tutto questo attraverso le istituzioni. È già così. Se le istituzioni non sono all'altezza dei loro compiti, il problema non si risolve con le graduatorie di concorso.

RUSSO. Parto subito con un dato. Non più tardi di una settimana fa – era presente anche il presidente Marino – a Roma è stato presentato il rapporto CEIS di Tor Vergata sullo stato del sistema sanitario nazionale. Colui che l'ha illustrato ha impiegato oltre un'ora per riferire delle cosiddette asserzioni aneddotiche e per confutarle puntualmente con i dati. In quella sede ci siamo formati un'opinione parlando di dati e non di quelle asserzioni aneddotiche su cui si forma la *communis opinio*, come avrebbero detto i giuristi del Medioevo, per cui la sanità italiana è spreco, corruzione e vive dell'invadenza della politica che tutto occupa e tutto distrugge.

In questa sede credo sia doveroso riferirci ai dati e mi permetto di rinviare alla lettura di quel rapporto perché puntualmente si confutano

molte opinioni comuni sbagliate. Visto il poco tempo che abbiamo oggi a disposizione, non mi soffermerò sui singoli aspetti. Il filo conduttore è il principio di responsabilità, che ci fa capire e ci fa distinguere ciò che è buona politica da ciò che è cattiva politica. Le cose che avete sottolineato si riferiscono sostanzialmente alla cattiva politica. Qual è la distinzione tra le due attività umane, visto che la buona sanità e la buona politica la fanno gli uomini? La distinzione la colgo, stando alla mia esperienza, nell'unico elemento che dà il senso alla politica: dare risposte ai cittadini, soddisfare le esigenze della comunità. Se vado in un ospedale, voglio essere accolto bene, trattato adeguatamente, ricevere prestazioni di qualità rese in sicurezza, in modo appropriato, e non molto costose, perché alla fine chi paga è il cittadino. Se tutto ciò mi viene garantito, io plaudo all'efficienza di quel sistema e, come cittadino, sono poco interessato a sapere come è stato nominato il primario, con quali criteri è stato scelto dal *manager* e con quale modalità la politica ha scelto il *manager*.

C'è una sensazione imperante nel nostro Paese, che tritura tutto e non si fonda sui dati, e mi permetto di dire – assumendomene la responsabilità – che porta a considerazioni demagogiche. Io non sono per la politica che lottizza, ma per quella che fa scelte di responsabilità, che ci mette la faccia. In Sicilia sono stato responsabile di un cambiamento che era necessario fare perché c'era un piano di rientro. Abbiamo fatto scelte importanti a livello parlamentare creando un nuovo assetto, riducendo le aziende, dandoci un modello. Sulla normativa che disciplina la materia c'è stato uno scontro politico molto forte, con alcuni che ritenevano, legittimamente, che quel modello fosse sbagliato, ed altri che ritenevano che fosse il modello giusto.

Ma voi pensate che io avrei potuto scegliere un *manager* appartenente notoriamente all'ideologia che aveva contrastato il progetto di riforma? Sarebbe stato un *harakiri*. Io ho bisogno di una persona di fiducia che realizzi un determinato progetto politico; il progetto deve essere trasparente e sarà valutato sulla base dei risultati. Io non mi scandalizzo – forse mi sarei scandalizzato prima di ricoprire questa carica – se si sceglie un soggetto che, a proprio modo di vedere, abbia la competenza e la capacità di inverare una progettualità politica, che discende e si legittima dal voto popolare.

Il tema è quello della responsabilità, dei risultati e delle procedure di controllo. Si può scegliere, ad esempio, un appartenente al partito del Presidente (anche se ciò non è avvenuto), ma l'importante è valutare annualmente il suo operato: se avrà sbagliato, lo si manderà a casa; se avrà operato bene, ne trarranno beneficio i cittadini. Infatti, in Sicilia – e penso che ciò sia accaduto in poche altre Regioni – abbiamo mandato a casa tre dirigenti generali perché avevano rotto l'equilibrio di bilancio. C'è una norma di legge che prevede la decadenza automatica del direttore generale che negozia le risorse e poi fa sballare i bilanci: due dirigenti hanno avuto il buon gusto istituzionale di dimettersi e l'altro è stato mandato via; un altro sarà mandato via a breve perché stiamo per conoscere i preconsuntivi. Ci interessa conoscere l'appartenenza politica di un direttore? A me

interessa conoscere il suo operato: se ha fatto male, sarà cacciato; se ha fatto bene, continuerà col suo incarico.

In un sistema nuovo, abbiamo reso molto evidente la catena delle responsabilità, ma nel vecchio sistema questa logica non esisteva. Quando mi sono insediato, i capi dipartimento dell'assessorato negoziavano le risorse – questo è il sistema – con i direttori generali a dicembre, al termine dell'anno: è evidente che non c'era nessun principio di responsabilità; né questo principio di responsabilità si poteva inverare nella procedura di *budgeting* tra direttore generale e direttore di struttura complessa. Quest'ultimo non aveva nessuna responsabilità, perché a monte non aveva avuto né obiettivi, né risorse. Dunque – e lo spiego perché si tratta della mia esperienza – quando abbiamo riformato il sistema procedendo ad effettuare le valutazioni dei cosiddetti primari, cioè i direttori di struttura complessa, sono stati molto bassi i numeri (credo bastino le due mani per indicarli) relativi a coloro che non sono stati ritenuti capaci e, quindi, rinnovabili nell'incarico, questo perché non erano chiari gli elementi di valutazione: i collegi tecnici hanno espresso giudizi positivi raccogliendo gli elementi che avevano a disposizione. Quindi, non era chiaro il principio di responsabilità.

Ora dobbiamo fare delle scelte di campo. Il principio di responsabilità porta all'esproprio delle funzioni politico-amministrative di una Regione, perché è una catena: se saltano gli equilibri, purtroppo soltanto economici, salta anche l'assessore, salta anche un presidente di Regione, perché il settore viene commissariato. Se viviamo il principio di responsabilità, intorno a questo principio possiamo aggiornare il sistema. Ma tutto questo già esiste, e lo ribadisco: l'assessore dà un indirizzo programmatico, stabilisce gli obiettivi per i direttori generali (e lo fa ad inizio anno), pone anche obiettivi di salute che sono proprio quelli che poi il direttore generale deve indicare al direttore di struttura complessa il quale deve a sua volta valutarli annualmente perché anche lui possa dare un giudizio sull'attività. Se questi obiettivi di salute non si raggiungono e, dunque, non si raggiungono i risultati, il direttore generale dovrebbe essere rimosso.

Questo è, in termini propositivi, il sistema, come funziona e come dovrebbe funzionare. Dobbiamo rafforzare con le norme quei segmenti, quegli snodi in cui il principio di responsabilità si affievolisce anche per effetto di omissioni o di mancati controlli. Esiste una norma di legge – l'ho citata perché l'abbiamo attuata in Sicilia – in base alla quale il direttore generale decade automaticamente se non raggiunge l'equilibrio economico-finanziario. Chiedo allora alla Commissione di ipotizzare una norma per cui il direttore generale decada anche se non raggiunge gli obiettivi di salute, obiettivi che sono misurabili. È in corso un programma sperimentale dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ancora da affinare, che valuta gli esiti degli interventi. Parlando ad esempio di medici (non potrei e non dovrei, ma ormai mi sono abituato), la frattura del femore deve essere operata entro 48 ore; se viene operata dopo 20 giorni, sia il primario sia il direttore generale che non ha saputo

controllare devono essere rimossi e questo deve avvenire sulla base di un procedimento automatico e non in base a quello attualmente vigente. (*Commenti del senatore Astore*).

PRESIDENTE. Senatore Astore, lasciamo terminare l'assessore.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Non posso ascoltare lezioni di questo tipo.

RUSSO. Io sto raccontando un'esperienza.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Lei mi sta dando delle lezioni sulla legislazione.

PRESIDENTE. La Commissione ha convocato gli assessori per conoscere il loro punto di vista. Dobbiamo quindi ascoltarli. Lei avrà poi la parola per replicare, senatore. Sia cortese.

RUSSO. Attualmente il dirigente può essere dichiarato decaduto ma previo parere della conferenza dei sindaci, in base ad una procedura estremamente farraginosa e complicata che può durare anche un anno, per cui alla fine si riduce la possibilità di un intervento immediato di decadenza automatica, previsto invece per i motivi di ordine finanziario. Pertanto, è necessario fissare gli obiettivi e stabilire la possibilità di verificarli ed incidere su di essi, anche attraverso le modalità indicate dal senatore Cosentino.

Abbiamo preparato un documento sulle linee guida valide sia per l'organismo indipendente di valutazione sia per il collegio tecnico di direzione, che devono valutare i direttori di struttura complessa guardando proprio ai risultati delle attività: se si tratta di un chirurgo bisogna verificare quanti interventi ha fatto, il tasso di mortalità, le infezioni, i tempi, la rapidità, tutti parametri che sono stati condivisi e su cui si valuta l'attività svolta. Pertanto, diventa quasi irrilevante il momento della scelta a monte: il soggetto viene controllato in maniera molto feroce da parte di organismi terzi e non con riferimento ai direttori di struttura complessa. In Sicilia, ad esempio, la valutazione dei direttori generali, anche se sono «tutti gli uomini del presidente» (o dell'assessore), è stata affidata all'Agenas che è l'organismo terzo che ci sta fornendo i risultati del percorso seguito per la realizzazione degli obiettivi che lei stessa ha contribuito a fissare.

È quindi necessario individuare un soggetto terzo, l'Agenas, che supporta l'assessorato nella definizione degli obiettivi e che poi autonomamente fornisce un rapporto sulla valutazione dei risultati ottenuti dai direttori generali. È perciò importante rafforzare questo momento terzo di controllo: è evidente, infatti, che non può esserci un controllore che diventa anche controllato e viceversa. Per avere un'ampia libertà di scelta è indispensabile avere un soggetto terzo che offra una valutazione imparziale dei risultati.

Personalmente condivido l'idea – che ho sempre sostenuto – della istituzione di un albo nazionale dei direttori generali che preveda griglie rigidissime attraverso le quali sia possibile valutare a monte la loro idoneità, ovviamente non con un concorso ma con una commissione regionale o nazionale, magari articolata a livello regionale. Noi avremmo voluto procedere in questo senso ma la normativa nazionale ce lo ha impedito. È su questo passaggio che si deve incidere: bisogna dare la possibilità alle Regioni di orientarsi verso un albo unico, stabilendo criteri più restrittivi nella selezione del soggetto; bisogna altresì fornire gli strumenti e creare quindi scuole di formazione affinché questi soggetti siano dei veri *manager*, capaci di far funzionare una struttura rispondendo dei risultati. Attenzione, si tratta di opzioni politiche, strategiche. Io sono a favore del principio di responsabilità, intorno al quale ricostruire o rivedere la normativa. Poi si può anche scegliere di tornare ai concorsi, magari facendone uno per i *manager*, ma in questo caso cambia ovviamente la fisionomia del sistema.

Non è affatto vero che la sanità è il luogo della corruzione. Il luogo della corruzione è il settore in cui si fanno gli affari, là dove avvengono le transazioni economiche e dove si scambiano i diritti, dove talvolta interviene un momento di soggezione per cui scatta la concussione. Si può quindi affermare che c'è corruzione nel settore degli appalti, che è il metodo utilizzato per l'acquisto di beni e servizi nella sanità come nella difesa, nella pubblica istruzione e nei pubblici uffici in generale. Quindi, non è affatto vero che nella sanità si annida la corruzione. Come ha detto la Corte dei conti, c'è anche questo passaggio.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Non l'ha detto.

RUSSO. C'è un passaggio nella relazione della Corte dei conti che fa riferimento alla corruzione, ma è un passaggio incidentale e, comunque, sarebbe ingeneroso parlare di un'infezione criminale solo con riferimento a quell'unico settore, mentre è propria della pubblica amministrazione.

Dobbiamo allora chiederci cosa fare per contrastare il virus, specialmente in un settore delicato come quello della sanità. Noi – ma questo è un indirizzo nazionale – abbiamo provveduto ad effettuare gare centralizzate, controllate certamente da un presidio molto forte. Faccio presente in questa sede, dal momento che non riesco ad ottenere un riscontro né dal Ministero della salute né da quello dell'interno, che abbiamo presentato un progetto di «appalti in salute» nel quale si affida alla polizia giudiziaria il compito di entrare nelle procedure informatiche per verificare a monte chi presenta le offerte e quali sono le ditte che partecipano. Abbiamo chiesto i fondi al PON sicurezza ma credo che non si riescano a mettere d'accordo fra di loro il Ministero della salute e quello dell'interno. È quindi opportuno costruire dei percorsi che rendano possibile individuare a monte sintomi di comportamenti illegali. Credo che si possa lavorare in questa direzione. Accorpate gli acquisti, centralizzarli e creare un presidio di controllo ancora più efficiente riduce fortemente le possibilità di crimini e de-

litti, così come stabilire e controllare che le fatture siano pagate secondo un ordine cronologico riduce di molto la possibilità di subire infezioni criminali. Tutto questo attiene alla fase dei controlli, anche se sono del parere che le norme da sole non possono eliminare alcuni problemi in radice. Ritengo piuttosto che le norme possano agevolare, soprattutto quelle secondarie che attengono al momento della verifica e del controllo. Se qualcosa bisogna fare per garantire maggiore trasparenza, ridurre i rischi e rendere ancora più efficiente il sistema, credo che si debba incidere proprio su tali gangli. Noi possiamo cambiare i criteri di individuazione dei componenti delle commissioni, però poi c'è un albo degli idonei. Dobbiamo fare in modo da avere i migliori idonei, quindi è prospettabile un'alternativa al sistema vigente che veda un albo dei direttori di struttura complessa da sorteggiare. Poi c'è la responsabilità del direttore generale a cui tocca scegliere e, a mio avviso, la scelta deve cadere su chi abbia la capacità di gestire e di far procedere l'azienda nella direzione indicata sulla base di un piano programmatico, per poi valutare in concreto.

In base alla mia esperienza e alle osservazioni ascoltate da altri colleghi, bisogna amplificare al massimo tutta la fase di controllo dei risultati, in relazione ai quali poi far scattare anche momenti non di tipo sanzionatorio, ma che intervengano per ripristinare il principio dell'efficienza e dell'economicità e garantire, infine, il prodotto che il sistema deve assicurare ai cittadini, ossia una sanità di qualità appropriata, resa in sicurezza e, se possibile, in tempi rapidi.

PRESIDENTE. Vorrei soltanto aggiungere che questa Commissione sta lavorando nella direzione di rendere trasparenti e pubblici i risultati del Programma nazionale valutazione esiti gestito dalla Agenas. Ieri, in Ufficio di Presidenza, abbiamo stabilito di audire l'Autorità per i contratti pubblici. Riteniamo che rendere pubbliche le informazioni relative alle cifre di acquisto del materiale di consumo degli ospedali (che in questo momento hanno una variabilità di costo d'acquisto che per alcuni materiali, come le protesi d'anca in ceramica, varia addirittura da uno a dieci) possa permettere di valutare se un'amministrazione stia lavorando nell'interesse pubblico o in altre direzioni.

MASCITELLI (*IdV*). Signor Presidente, sarò breve perché mi rendo conto che non è usuale nella nostra Commissione intervenire nuovamente dopo le risposte conclusive degli audendi. Li ringrazio nuovamente per le considerazioni interessanti che ci hanno riferito, partendo da una comune condivisione: anch'io infatti, come voi, sono d'accordo sul fatto che la buona politica fa la buona sanità.

Forse non si è compreso, ma lo spirito dell'incontro odierno per noi commissari è proprio quello di capire, partendo dall'esperienza che avete maturato nei vostri rispettivi territori, come si possano creare indirizzi normativi di controllo e monitoraggio affinché la buona politica possa tornare a fare buona sanità. A noi dicono di tutto, ma consentitemi di aggiungere un'osservazione: attribuire alla nostra Commissione una visione aneddo-

tica della sanità italiana, partendo dal presupposto che i senatori intervenuti appartengono a Regioni sottoposte a piano di rientro, francamente è un errore di fondo che fa perdere di vista il problema serio della malagestione della sanità nel nostro Paese. Lasciamo stare i criteri di valutazione dell'OMS. Mi rivolgo al Presidente per chiedere di fornire agli assessori presenti, che hanno avuto la gentilezza e la cortesia di accogliere l'invito a partecipare a questa audizione, una copia della relazione del generale Piccinno, comandante dei NAS, che sta svolgendo un'inchiesta a livello nazionale, su più filoni della malagestione della sanità. Vi posso assicurare che un discrimine tra Regioni buone o pseudovirtuose e Regioni cattive, sottoposte a piani di rientro e caratterizzate da *deficit* sanitari, io non l'ho visto. Propongo di fare uno scambio: se gli assessori ci fornissero le pagine della relazione della Corte dei conti che elogiano la sanità nazionale noi potremmo dare loro le pagine in cui la Corte dei conti, a proposito del sistema sanitario nazionale e di diversi aspetti, non solo sulla *spending review* sanitaria, ha avuto molto da ridire.

Da piccolo meridionale quale sono, consentitemi un'ultima considerazione. Mentre gli assessori parlavano di una visione aneddotica e della contrapposizione tra una sanità cattiva nelle Regioni sottoposte a piano di rientro e una sanità dove tutto viene fatto con alti meriti scientifici, ho fatto una ricerca su Internet partendo dall'espressione «clientelismo nelle nomine primariali». Ebbene, la prima notizia trovata in rete è che il presidente dell'ordine provinciale dei medici di Milano (che rappresenta 25 medici), Roberto Carlo Rossi, denuncia pubblicamente che ai vertici degli ospedali della Lombardia «si accede per clientelismo più che per merito, tanto che è meglio passare alla chiamata diretta da parte dei direttori generali». Scorrendo le altre notizie reperite in rete, si parla dell'Istituto nazionale dei tumori in Lombardia, un polo di eccellenza che è stato oggetto anche di due interrogazioni parlamentari. Si può leggere che è stato nominato primario di chirurgia dell'Istituto nazionale dei tumori un gastroenterologo. Il ministro Fazio ha risposto a tali interrogazioni parlamentari che non c'era nulla da eccepire, perché si tratta di un gastroenterologo che aveva avuto un'esperienza chirurgica sedici anni prima!

Lo spirito dell'audizione era quello che ho sottolineato. Bisogna evitare da un lato visioni aneddotiche, e dall'altro lato visioni manichee secondo le quali in alcune Regioni le cose vanno male mentre in altre tutto procede bene.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, non voglio polemizzare; intendo solo ringraziare gli assessori auditi per la lezione che ci hanno fatto a proposito delle leggi nazionali e regionali. Soprattutto vorrei far notare che la lezione sulla responsabilità non andrebbe fatta a chi ha conosciuto diverse volte, da assessore alla sanità, a causa della chiusura di piccoli ospedali nella propria Regione, l'istituto delle dimissioni (ben 12 anni fa, e non ora). C'è stato qualche funzionario che da un giorno all'altro non mi ha visto più arrivare al coordinamento degli assessori.

Caro assessore, credo che il principio di responsabilità funzioni in un sistema normale. Lei ci ha descritto – e sono d'accordo – un sistema perfetto, proprio di una democrazia matura in cui opera il principio di responsabilità, e quello deve essere. Purtroppo, però, la domanda che vi abbiamo fatto e la mia considerazione sulla sanità in generale, al di là delle graduatorie, dell'OMS, e di quant'altro, partono da un'evidenza che credo sia sotto gli occhi di tutti: esistono problemi oggettivi di corruzione che non riguardano l'Emilia-Romagna, che non riguardano il Molise (scusate, sto dicendo una bugia), che non riguardano la Puglia (sto dicendo un'altra bugia), che non riguardano l'Abruzzo (ancora un'altra bugia), ma che chiaramente dimostrano che la corruzione si è impadronita del sistema. Se l'assessore Russo si sente offeso perché bisogna difendere comunque la Sicilia, bisogna tuttavia pur rispondere qualcosa a chi in sede di Commissione per l'attuazione del federalismo fiscale si presenta con un libro per dimostrare che a Catania una siringa costa cinque euro mentre in un'altra Regione ne costa uno. Quando si denuncia che in certi ospedali manca la carta igienica – ed è vero perché li abbiamo visti noi della Commissione – e che per accedere ad un'eccellenza bisogna pagare la visita privata – e non ditemi che non è vero –, quando si denuncia che spesso e volentieri – e mi rivolgo all'assessore dell'Emilia-Romagna che mi è stato detto essere stato espressione laica dell'Anaa – ai pazienti viene chiesto se vogliono o meno la fattura della prestazione, sappiamo che queste sono cose di tutti i giorni, assessore. Per essere più concreto, è capitato ieri anche a mia moglie che non sapeva di poter usufruire del rimborso erogato dall'assistenza sanitaria del Senato. Sono cose di tutti i giorni.

RUSSO. Ma si è rivolta alla Guardia di finanza?

ASTORE (Misto-ParDem). Stia calmo. Non siamo abituati a fare i delatori e a denunciare. Io da politico mi preoccupo di smascherare questo sistema.

RUSSO. Cominciamo dalle piccole cose allora.

ASTORE (Misto-ParDem). Ma io da legislatore mi preoccupo di smascherare questo sistema di corruzione che si è impadronito della sanità.

Quindi, al di là delle eccezioni come l'Emilia-Romagna, assessore Lusenti, pregherei gli Uffici di inviarvi le relazioni delle sezioni regionali della Corte dei conti da cui risultano cose inaudite che accadono in alcune Regioni.

Sa, caro assessore, perché la sanità italiana è considerata una delle migliori al mondo? Perché, sulla base del modello anglosassone del 1946-47, abbiamo inventato un meccanismo legislativo per cui si è creata una sanità pubblica nella quale si è tentato di coniugare la collaborazione tra pubblico e privato. E non dite che non è vero che si pagano prestazioni

inesistenti. Le indagini di tutti i giorni lo dimostrano. Il nostro obiettivo, quindi, è quello di invitarvi ad un'azione comune. Ho anche dichiarato che il tavolo sulla sanità è uno di quelli che funzionano meglio e che attiva veramente un percorso di collaborazione tra il livello centrale e quello periferico o federale, come lo si voglia chiamare. Bisogna quindi agire insieme. Vi ho chiesto se sono necessarie norme straordinarie. Non lo so. La legislazione ordinaria è stata illustrata dall'assessore Russo. Credo però che sia necessario riformare insieme, di comune accordo, l'assetto normativo al fine di invertire la tendenza, perché se domani scoppia il caso in Lombardia, a prescindere se quello che si dice è vero o se sono fesserie (ma fesserie non sono, state tranquilli), significa che il sistema di clientele si è impadronito di tutto il territorio. Nel Sud, cari amici – e mi rivolgo in particolare all'assessore Lusenti – la maggior parte delle Regioni (ad eccezione della Sicilia) è sotto una cappa di clientele: si governa con la sanità, si viene eletti con la sanità. Un *ex* ministro diceva che chi entra nel tunnel della malattia, laureato o no, protetto culturalmente o no, semplice o no, è il cittadino più debole che esiste. Ebbene, noi vogliamo proteggere queste persone, perché quando si è malati sale la paura, monta il senso dell'ignoto, si riscoprono i valori veri della vita che sta venendo meno. Credo che questo dobbiamo farlo insieme.

Il Presidente si è preoccupato per le Regioni sottoposte al piano di rientro. Al di là delle colpe degli amministratori, qualcuno può dirmi come è potuto accadere che in una Regione come il Molise è stato lasciato un attivo di 20 miliardi ed oggi il Molise è la Regione più indebitata d'Italia? Qualcuno deve pur intervenire, nell'interesse della gente. Ormai dobbiamo preoccuparci anche dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. E a tal proposito vi dico che se avete seguito bene i convegni avrete capito che uno dei pericoli è rappresentato proprio dal fatto che i livelli essenziali di assistenza in alcune Regioni cominciano a mancare. Il compito del Parlamento e dello Stato è questo.

SOLIANI (PD). Signor Presidente, mi scuso per questo intervento tardivo che ho chiesto di svolgere in maniera irrituale. Sono stata però molto sollecitata dall'ultima parte di un confronto assai robusto che si è sviluppato tra i rappresentanti delle Regioni e i membri della Commissione, segno che si avverte un potere politico reciproco di tutto rispetto.

È però necessario chiarire – e mi sembra che il Presidente l'abbia fatto – quali sono gli obiettivi di questa audizione, così come delle altre, che si svolge nell'ambito del filone di inchiesta che la Commissione sta conducendo sulla corruzione nel sistema sanitario. Il nostro è un interesse nazionale, così come quello degli assessori è un interesse regionale. Gli assessori, d'altronde, fanno parte dello stesso sistema nazionale di salute pubblica di cui sono responsabili quanto noi, anche se con ruoli molto diversi. Se noi abbiamo avviato un'inchiesta volta a verificare il livello di corruzione nel sistema sanitario è perché gli elementi che avevamo ricevuto ci hanno indotto a farlo. Nel documento finale verranno poi rese note le nostre conclusioni.

L'interlocuzione di oggi, pertanto, è molto importante per noi. Bisogna però che sia chiaro che alcuni elementi sono già definitivi. È questo l'approccio da cui siamo partiti. Ciascuno di noi proviene da Regioni diverse. Ho sempre sostenuto che quella da cui provengo io, l'Emilia-Romagna, rappresenta una delle aree del mondo di maggiore qualità. Spero che questo sia chiaro. Nonostante ciò, tutti ci facciamo carico del funzionamento di un sistema che ovunque va incontro al rischio di trovarsi in difficoltà e di affrontare problematiche anomale semplicemente perché certi criteri vanno messi meglio a fuoco. Tutti, ma soprattutto voi che rappresentate l'espressione politica, identifichiamo fortemente il sistema sanitario con l'amministrazione regionale perché sono le Regioni e non più lo Stato, e neanche il Governo, a gestire direttamente il settore. Avete riconosciuto alla filiera «*manager*-obiettivi-verifica dei risultati» il carattere di un sistema politico. Lo capisco, e so bene che su questo meccanismo devono essere fatte delle verifiche. Non sempre, però, il sistema sanitario si traduce in affiliazioni politiche; si tratta di un sistema di governo. Tuttavia, è necessario essere consapevoli del fatto che è sempre molto forte il rischio di commistioni con altri interessi. Per esempio, anche nei sistemi più maturi esiste un rapporto tra maggioranza ed opposizione che anche nelle zone più virtuose può far sì che nel governo delle cose la maggioranza incida con le proprie scelte e che anche l'opposizione venga in qualche modo favorita, e ciò accade perché conviene. Questo ha a che fare con le convenienze politiche, che non mi sembra siano quelle più aderenti agli obiettivi di qualità e di funzionalità del sistema.

Queste cose accadono, così come accade che, là dove l'azienda ospedaliera è collegata al mondo universitario, ai potentissimi interessi politico-amministrativi si aggiungono anche quelli del santuario dell'università, che vanno a minare pesantemente l'autonomia e la libertà dell'azienda. Dobbiamo essere consapevoli di queste cose.

Comprendo l'argomentazione che si incentra sulla responsabilizzazione, con un potere politico che è rappresentato dal *manager* che deve dare degli obiettivi. Ma voi sapete che oggi viviamo in un periodo – si può anche discuterne, ma è così – in cui tutti dobbiamo fare i conti con la necessità di liberare le amministrazioni dalla politica. Può essere una contraddizione nel nostro campo? Non abbiamo tempo per approfondire la questione, ma questo è il tema. Recentemente abbiamo audito i rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO), i quali hanno teorizzato – può essere una proposta molto interessante – l'autonomia dei *manager*. Che cosa significa autonomia rispetto al potere politico di dare gli obiettivi? Quello che a me pare chiaro è che abbiamo tutti bisogno di regole e di verifica dei risultati. Però abbiamo anche molto da approfondire. Noi con la nostra Commissione d'inchiesta vogliamo non solo denunciare le disfunzioni, ma anche offrire indicazioni per migliorare la legislazione e per fare in modo che il sistema si regga sul senso di responsabilità di tutti e nella maniera più efficace possibile. Anche l'interlocuzione di oggi ci rivela che i problemi restano aperti e che abbiamo bisogno di affrontarli con un approfondimento ulteriore.

PRESIDENTE. Ascoltando la discussione che si è sviluppata nella seduta odierna, vorrei avanzare una proposta. Nel decreto legislativo n. 502 del 1992, più volte citato, si precisa che, trascorsi 18 mesi, occorre fare una valutazione sulla base della quale si può decidere di confermare o meno l'incarico di direttore generale. L'assessore Coletto, coordinatore della commissione salute, oggi è assente per impegni di governo regionale, per cui vi chiedo se siate d'accordo con l'idea di mandare una mia lettera con la quale si chiede a tutti gli assessori italiani quante volte la suddetta previsione è stata effettivamente applicata. Ciò al fine di verificare, ai fini della stesura di una relazione finale, lo stato di applicazione della normativa.

Poiché non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Ringrazio i nostri ospiti per aver espresso punti di vista e suggerimenti. Il dibattito è stato serrato, ma potete comprendere che il tema sta a cuore a tutti i presenti.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,50.

