



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 166

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

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE

172^a seduta: martedì 17 luglio 2012

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione del Ministro della salute**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 10 e <i>passim</i>	BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>	Pag. 4, 10
CALABRÒ (PdL)	18		
D'AMBROSIO LETTIERI (PdL)	9, 10, 16		
MASCITELLI (IdV)	14		
SACCOMANNO (PdL)	11		

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.

Interviene il Ministro della salute, professor Renato Balduzzi.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta dell'11 luglio 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

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

Propongo, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento interno, l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno. Non essendovi osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Audizione del Ministro della salute

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione del Ministro della salute, professor Renato Balduzzi.

In primo luogo, desidero dare il benvenuto al signor Ministro e ringraziarlo ancora una volta per la sua disponibilità a collaborare con la Commissione di inchiesta.

L'audizione odierna ha preso le mosse da un intervento del senatore D'Ambrosio Lettieri che, nel corso della seduta plenaria del 17 maggio, auspicò un'audizione del Ministro sulle ripercussioni dei piani regionali di rientro in tema di livelli di assistenza sanitaria e sugli aspetti relativi alla compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica.

Nel corso di un successivo Ufficio di Presidenza, tale spunto venne ripreso da questa Presidenza e appoggiato da tutti i rappresentanti dei Gruppi e si decise, in particolare, di approfondire, per ciò che attiene alla tenuta dei livelli di assistenza, tre settori oggetto di particolare interesse: pronto soccorso, liste di attesa e salute mentale.

Per completezza, aggiungo che si pensò, in un primo momento, di trattare anche le connesse problematiche relative alla *spending review*, ma successivamente questa Presidenza, udito l'avviso dei rappresentanti dei Gruppi e previa interlocuzione con il Ministro della salute, ha ritenuto di escludere tale tema dai lavori odierni, anche per una questione di rispetto istituzionale verso le Commissioni di merito, che stanno attualmente esaminando il decreto-legge intervenuto in materia.

Ciò premesso, chiederei al Ministro di svolgere una relazione introduttiva, al termine della quale i commissari presenti potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni in ordine alle due tematiche oggetto dei nostri lavori odierni: livelli di assistenza nelle Regioni sottoposte a piano di rientro e compartecipazione alla spesa sanitaria.

Ministro Balduzzi, le cedo quindi la parola, ringraziandola ancora una volta per la sua disponibilità.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, sono io a ringraziare per questa opportunità di fare il punto insieme, in uno scambio e in una reciprocità, su alcune questioni importanti, come l'impatto dei piani di rientro sui livelli essenziali di assistenza (con particolare riferimento a situazioni emblematiche come pronto soccorso, liste d'attesa e salute mentale) e la compartecipazione alla spesa sanitaria.

Dico subito che la vicenda, ormai consolidata, dei cosiddetti piani di rientro (cercherò poi di dire perché uso l'attributo «cosiddetti») consente, a questo punto, di poter avere dati sufficienti ed acquisizioni tali da consentire un primo bilancio. In generale, vorrei dire che la vicenda dei piani di rientro ha permesso di confermare quelle ipotesi che erano state formulate dagli studiosi e dagli osservatori, secondo cui, in genere, al disavanzo non si connette più qualità.

Ho parlato di «cosiddetti» piani di rientro per sollecitare quanto è ben noto ai componenti della Commissione (ma che va comunque opportunamente ricordato anche in questa occasione): non siamo in presenza di meccanismi volti semplicemente a indurre gli spendaccioni a spendere meno, quanto piuttosto di meccanismi volti ad indurre una revisione della spesa, nel senso di una riorganizzazione dei servizi che aiuti la revisione della spesa. Stiamo parlando di meccanismi che si incentrino maggiormente – se non lo fanno devono farlo sempre di più – sulla riqualificazione e riorganizzazione del sistema, piuttosto che sul dato meramente contabile dell'equilibrio. Nel settore della sanità si arriva all'equilibrio attraverso delle operazioni virtuose di riorganizzazione e non – semplicemente – mediante sforbiciate sui costi o misure di riequilibrio che discendono dall'imporre pesi maggiori ai cittadini. Ciò, indubbiamente, comporta, anche da parte del livello centrale, un'attenzione importante nei tavoli romani – attenzione che c'è – ad andare a vedere, non semplicemente gli adempimenti volti a riportare in equilibrio il sistema, ma che cosa la singola Regione ha fatto e sta facendo per ben posizionarsi sui fattori organizzativi e strutturali che determinano poi l'equilibrio. Questa è la logica complessiva.

Mi soffermo sul primo punto sollecitato dalla Commissione, ossia la questione del pronto soccorso e, quindi, dell'emergenza-urgenza. Al riguardo, per non dilatare eccessivamente il mio intervento intendo depositare un CD-ROM contenente il testo completo della relazione, i documenti allegati e le tabelle. Mi limiterò, pertanto, ad alcune considerazioni di sintesi. In tema di emergenza-urgenza, tutte le Regioni hanno programmato interventi di ristrutturazione dei sistemi, che trovano base o a seconda

delle Regioni, o quando si tratta di riordinare la rete ospedaliera (ciò, infatti, vuol dire insistere anche sulla rete dell'emergenza-urgenza). Noi siamo abituati a parlare di tre reti sanitarie (emergenza-urgenza, ospedaliera e territoriale), mentre – in realtà – si tratta di un'unica grande rete con sottoreti: come ne costruisci una, hai inevitabilmente effetti sulla costruzione dell'altra. Si tratta – quindi – di una vera e propria rete. Se chiudi un piccolo ospedale o lo riconverti, normalmente ciò è accompagnato da un intervento di riordino della rete dell'emergenza-urgenza. In altri casi, invece, gli interventi si fondano su puntuali iniziative di riordino della sola rete dell'emergenza, ma con conseguenze sul resto.

In alcune Regioni gli interventi di riordino della rete dell'emergenza-urgenza (sto pensando soprattutto all'Abruzzo, alla Campania e alla Calabria) sono stati improntati al modello Hub e Spoke; in altre Regioni, invece, non si è seguito questo modello, ma si è optato per interventi ispirati ad una logica che si potrebbe definire di carattere evolutivo. Ciò vale per il Piemonte e per il Lazio. Credo di dover segnalare, per il Piemonte e la Calabria, anche gli ospedali di montagna, nonché l'attenzione che tutte le Regioni hanno riservato al rafforzamento dei punti di primo intervento, i quali hanno una funzione di filtro molto significativa: quando funzionano evitano, in misura significativa, alcuni inconvenienti che purtroppo la Commissione e in particolare il suo Presidente conoscono bene.

Molte delle Regioni sottoposte a piano di rientro hanno poi attivato la funzione dell'osservazione breve intensiva (OBI), al pari – ovviamente – di Regioni non sottoposte ai piani. Dico ciò per sottolineare che lo strumento dell'osservazione breve intensiva (che, indubbiamente, è importante per le esigenze di *follow-up* osservazionale, alternativo al ricovero tradizionale) comincia a disseminarsi in tutto il territorio. Vi è poi la tendenza ad affiancare alla rete dell'emergenza-urgenza ordinaria reti specialistiche per la gestione di alcune patologie ad alta complessità assistenziale (ciò vale per tutte le Regioni sottoposte a piano di rientro).

Le dinamiche che ho sintetizzato (che trovano il supporto dei dati contenuti nel CD-ROM che consegnerò) sono finalizzate a ridurre il numero dei nodi della rete (nella scansione pronto soccorso, DEA di primo livello e DEA di secondo livello), attivando però contemporaneamente i punti di primo intervento. C'è poi una diffusione, a livello culturale, di alcune pratiche che stanno aiutando ad assorbire l'impatto sul pronto soccorso anche là dove non vi è ancora una riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale capace fino in fondo di ridurre l'iper-accesso. Sto pensando naturalmente, oltre che all'OBI, ai *triage* e alle sinergie tra il 118 e la continuità assistenziale. Dico ciò perché talvolta vi è la tendenza a pensare che vi sono le Regioni virtuose e poi vi sono le Regioni in piano di rientro, dove non succede nulla. Questo non è vero, perché anche nelle Regioni in piano di rientro e nelle Regioni commissariate, questa funzione di emergenza-urgenza comincia a riorganizzarsi (grazie anche all'apporto di organismi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale) in modo abbastanza speculare e simmetrico rispetto alle organizzazioni più evolute.

Sulle liste d'attesa, chiaramente si tratta di uno degli snodi più delicati di tutti i servizi sanitari, anche del nostro. Noi siamo a posto dal punto di vista normativo e dal punto di vista degli strumenti, perché disponiamo di un'architettura del sistema con sanzioni, incentivi, linee guida e atti di indirizzo. Abbiamo il piano nazionale di governo delle liste d'attesa che è stato approvato a fine 2010 con l'intesa Stato-Regioni e che indubbiamente ha rappresentato un grande obiettivo e, al tempo stesso, un punto di partenza. Sappiamo, infatti, che non basta arrivare a formare questi piani, ma bisogna poi soprattutto attuarli. Abbiamo le linee guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici, sempre per il biennio 2010-2012, e abbiamo le linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (sempre per il biennio 2010-2012).

Questo per dire che il sistema inquadra il fenomeno. Certo, si tratta poi di riuscire ad applicare queste regole all'interno di un contesto virtuoso. Molte Regioni hanno istituito i piani regionali di governo delle liste d'attesa, hanno implementato i CUP, che costituiscono ormai una realtà consolidata e non una realtà presente solo in alcuni luoghi e in alcune situazioni particolarmente favorite. Così come molte Regioni hanno potenziato attività rivolte alla informazione a distanza, alla comunicazione ai cittadini, secondo le tecniche più diffuse attualmente. Inoltre è sempre più importante sottolineare il ruolo del volontariato e dell'associazionismo in campo sanitario: per quanto riguarda il pronto soccorso, ma anche per quanto riguarda le liste d'attesa vi è stato un coinvolgimento forte delle associazioni a tutela dei cittadini.

Riscontriamo, però, ancora notevoli difficoltà connesse al governo dell'offerta e alla comunicazione e informazione ai cittadini. Per questo motivo, il prossimo piano nazionale di governo delle liste d'attesa, per il 2013-2015, dovrebbe contenere degli strumenti che consentano di meglio rilevare il fenomeno, andando a individuare le aree di maggiore criticità; sto pensando all'area cardiovascolare e all'oncologia, che mi sembrano le aree di maggiore criticità. Nel CD-ROM viene descritta la situazione Regione per Regione. Mi soffermo ora sulla Regione Lazio perché questa, dal 2007, ha introdotto disposizioni relative al trasferimento delle prestazioni erogate in regime di *day hospital* ospedaliero e assistenza ambulatoriale, attraverso dei sistemi di accorpamento di prestazioni e di pacchetti ambulatoriali complessi. Pur approvando queste disposizioni relative all'introduzione di APA (accorpamenti di prestazioni ambulatoriali) e di PAC (pacchetti ambulatoriali complessi), i Ministeri competenti hanno peraltro osservato che non è ancora chiara l'organizzazione della rete, e cioè quali siano le strutture abilitate a erogare tali prestazioni.

Ho fatto l'esempio del Lazio per dire che, anche a fronte di un disegno regionale del governo delle liste d'attesa, essendo ancora auspicabile che queste siano risolte al più presto (esistono le condizioni per farlo), possono permanere ancora delle zone di incertezza sulla individuazione delle strutture abilitate ad erogare tali prestazioni che, evidentemente, sono proprio volte a liberare il sistema dandogli una certa snellezza.

Sul punto, accanto ai dati e accanto alle iniziative volte a strutturare in modo razionale il sistema, noi non dobbiamo mai dimenticare (ma poiché so che questa è una considerazione ben presente alla Commissione di inchiesta, la accenno soltanto) che noi siamo dentro ad un sistema che conosce ancora molte aree di inappropriatazza. Dunque, almeno una percentuale delle attese potrebbe forse non esserci, ove il sistema delle prescrizioni fosse sempre maggiormente interessato da criteri di appropriatezza.

Da ultimo, per quanto riguarda la prima parte dell'audizione sulla salute mentale, come già per il governo delle liste di attesa, anche qui, sia pure con maggior fatica, abbiamo nel tempo consolidato degli strumenti: dal primo progetto obiettivo per la tutela della salute mentale 1998-2000 si arriva poi al D.P.C.M. 1° aprile 2008 che completa la scelta del decreto legislativo n. 230 del 1999 di trasferire le funzioni sanitarie, le risorse finanziarie, le attrezzature e i beni strumentali per quanto riguarda la sanità penitenziaria.

Ricordo poi che il piano nazionale per la prevenzione 2010-2012 sancisce che la salute mentale è una delle priorità di azione. In proposito, tutte le Regioni hanno previsto l'avvio di un percorso di razionalizzazione della rete di assistenza territoriale e hanno previsto azioni specifiche in riferimento alla salute mentale. Gli obiettivi raggiunti dalle Regioni hanno poi riguardato la rivalutazione dell'offerta delle strutture per la salute mentale. Alcune Regioni hanno istituito una sorta di *task force ad hoc* ed individuato specifiche linee guida. Sto pensando ad un'esperienza che ho visto direttamente, qualche mese fa, in Calabria, a Reggio Calabria, e sto pensando al Piemonte e alla Puglia. Quindi, è un'attività che ha preso lo spunto dalle linee guida dei progetti nazionali, ma che, in qualche caso, è andata avanti secondo una logica autonoma.

Non posso soffermarmi sulle iniziative delle singole Regioni in piano di rientro in materia di salute mentale, perché sono davvero molte. Vorrei, invece, sottolineare proprio il seguente aspetto. Noi abbiamo un'azione di contrasto ai problemi di salute mentale che, come è noto, rappresenta una priorità di azione, anche perché ha una incidenza crescente. Le patologie concernenti la salute mentale sono in aumento e il sistema sta cercando di dare una risposta. Se dovessi esprimermi con un dato di sintesi, mi sembra che questa risposta sia allo stato molto puntiforme. Non siamo ancora, se non in pochissimi territori, in presenza di una risposta capace di entrare completamente e compiutamente in una rete (per fare riferimento a quanto ho prima detto con riguardo alle tre reti o sottoreti sanitarie).

Il secondo punto dell'audizione è strettamente connesso al primo, anche perché la partecipazione alla spesa sanitaria differisce da Regione a Regione ed ha un'incidenza diversa per le Regioni in piano di rientro e commissariate. Ritengo sia opportuno fare un passo indietro, ricordando che la manovra del luglio dello scorso anno ha previsto che a partire dal 1° gennaio 2014 vi siano *ticket* aggiuntivi per un valore pari a 2 miliardi di euro.

Ho sempre pensato che questo profilo della manovra avesse degli aspetti fortemente problematici. Me ne sono convinto ancora di più a se-

guito dell'esperienza del *ticket* di 10 euro per ricetta, introdotto molti anni fa, rimasto sospeso e poi applicato a partire dal luglio 2011. L'applicazione di questo strumento è stata molto difficile: potendo le Regioni decidere di modulare diversamente i *ticket*, si è inserita nel sistema un'ulteriore dose di compartecipazione, sia pure limitata rispetto a quella del 1° gennaio 2014 (perché si trattava di 834 milioni rispetto ai 2 miliardi previsti dalla manovra del 2011). Già così, però, il sistema ha dimostrato un'incapacità di assorbimento – o, per lo meno, una grande difficoltà – da parte dei cittadini e dei livelli territoriali chiamati a fornire i servizi (in particolare da parte delle Regioni).

Per questa ragione, nel presupposto di una insostenibilità, mi sono chiesto se non vi fossero strade alternative volte a migliorare le caratteristiche di equità, omogeneità e trasparenza del sistema della compartecipazione alla spesa sanitaria. Si tratta di tre profili sotto i quali il nostro sistema presenta, già adesso, alcuni elementi di criticità, i quali verrebbero sicuramente rafforzati ulteriormente ove si arrivasse, dal 1° gennaio 2014, all'attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera *d*), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98.

Ecco perché ho proposto di avviare un'apertura di discussione sulla possibilità di individuare dei sistemi alternativi, nella consapevolezza che, almeno allo stato, sembra difficile poter immaginare di avere, per altra via, saldi finanziari tali da evitare quell'incidenza dei 2 miliardi di euro, e reputando che ciò non sia coerente con quanto già si chiede ai cittadini e con la strutturazione del sistema (ho fatto prima l'esempio delle difficoltà delle Regioni ad incassare il *ticket* di 10 euro per ricetta). Ciò non è coerente anche con riferimento all'evoluzione del sistema dell'offerta di servizi sanitari: assistiamo ormai ad un crescente numero di prestazioni a basso costo (privato-privato), spesso inferiore a quello di alcuni *ticket*.

Queste sono, per adesso, ancora delle evenienze non generalizzate, che rappresentano però la punta di un problema. Infatti, un sistema universalistico (con globalità di accesso, portabilità del diritto, a finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale e con forme di compartecipazione) deve fare molta attenzione nel momento in cui si creano offerte alternative, perché finirebbe per avere lo stesso onere di fornitura dei servizi senza però la possibilità di concorrere a finanziare tale onere con delle entrate.

Ecco, allora, la proposta della cosiddetta franchigia. Si tratta – lo ripeto – di una proposta, quindi di un qualcosa che serve ad avviare una discussione. Scattando l'attuazione il 1° gennaio 2014, il Governo in carica non avrebbe l'esigenza di proporre ora una riflessione su questo tema, però ci è parso necessario farlo, sia sotto un profilo di responsabilità generale (in quanto, ancorché l'orizzonte di questo Governo sia al di qua del 1° gennaio 2014, il problema tocca i cittadini), sia sotto un profilo di responsabilità più particolare, perché, se immaginiamo degli strumenti alternativi, occorre avere un qualche tempo per poterli disegnare, costruire e discutere insieme.

È così emersa l'idea di avviare una discussione sul sistema della franchigia, che può essere modulato in vario modo: si può immaginare una franchigia nel senso di pagamento fino ad un certo tetto della prestazione, oppure nel senso di pagamento del *ticket* fino ad un certo tetto. Questo secondo modello sarebbe una combinazione del modello attuale con il modello della franchigia (una sorta di franchigia-*ticket*). Probabilmente, a differenza del modello del *ticket* puro, il modello della franchigia potrebbe consentire di rimodulare anche il sistema dell'esenzione. Sto pensando all'esenzione per patologie croniche, che evidentemente si giustifica alla luce della circostanza che se impongo un *ticket* per il malato cronico gli impongo una compartecipazione ripetuta nel tempo; è chiaro che se impongo una franchigia, tanto più se bassa in riferimento ai livelli di reddito (perché nell'equità della compartecipazione c'è anche la necessità di dare il giusto rilievo al livello di reddito familiare o di reddito equivalente, agli strumenti di cui il sistema già dispone o potrà disporre tra breve), si dovrebbe ripensare anche il meccanismo dell'esenzione. Infatti, una cosa è l'esenzione del *ticket* in presenza di una possibilità di successiva e pesante compartecipazione, altra cosa è il modello della franchigia. Questo, però, appartiene già al merito della strutturazione.

Quanto alle difficoltà che presenta il sistema della franchigia, non sono difficoltà maggiori rispetto.....

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Presidente, mi perdoni se interrompo il Ministro, ma vorrei intervenire sull'ordine dei lavori.

L'oggetto dell'audizione del signor Ministro doveva essere quello dei piani di rientro. Ora, egli si sta soffermando su un altro aspetto, che io ritengo comunque straordinariamente importante. Stabiliamo, allora, che il Ministro potrà parlare per tutto il tempo dell'audizione e quindi aggiorneremo i nostri lavori. Viene meno, infatti, il motivo per il quale avevo richiesto l'audizione. Ripeto, il Ministro sta affrontando un argomento straordinario, che è indubbiamente contiguo a quello dei piani di rientro, ma che va oltre, perché riguarda l'aspetto della sostenibilità del Servizio sanitario nel nostro Paese. È un tema che io trovo assolutamente rilevante ed ho, anzi, apprezzato molto questa apertura del Ministro qualche settimana fa.

Chiedo però come vogliamo, a questo punto, disciplinare i nostri lavori: se parlare oggi dei piani di rientro o se affrontare temi più generali. A me sta benissimo. Allora, però, ci dovremo riaggiornare per un approfondimento, che riprenda l'argomento che era centrale nell'odierna audizione e poi prosegua esplorando anche gli aspetti cui il Ministro, al quale chiedo scusa per l'interruzione, sta facendo riferimento e che io trovo interessantissimi.

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, io ritengo che il tema sul quale il Ministro è stato chiamato in audizione comprendesse due capitoli. Il primo, riguarda la vasta questione delle Regioni sottoposte a piani di rientro, e il Ministro, nella prima parte della sua relazione, vi ha fatto

riferimento, consegnando anche alla Commissione una documentazione abbastanza corposa che concerne gli interventi ed i risultati nelle Regioni sottoposte a piani di rientro. Adesso il Ministro sta illustrando il secondo punto, ovvero la possibilità d'intervenire a livello nazionale con il cosiddetto meccanismo della franchigia.

Lascerei pertanto al Ministro la possibilità di terminare il suo intervento e poi, evidentemente, sia sull'ordine dei lavori sia nel merito, ciascun commissario potrà intervenire. Tra l'altro, abbiamo disegnato la seduta di oggi in modo tale da non disturbare in maniera significativa il lavoro della 12ª Commissione: dal momento che c'è un'audizione su un'indagine conoscitiva, non sono previste votazioni.

Il Ministro avrà il tempo per completare il suo intervento, dopodichè i commissari potranno intervenire. Se vi sarà la necessità di un aggiornamento, certamente lo stabiliremo insieme.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Presidente, chiedo scusa a lei e al signor Ministro. Ignoravo che vi fosse un secondo punto all'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Così ha deciso l'Ufficio di Presidenza, come ho avuto modo di riferire nello *speech* introduttivo.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Si tratta senz'altro di una mia lacuna.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Presidente, accetto le scuse del senatore D'Ambrosio Lettieri. Evidentemente, non mi sarei mai permesso di parlare in questa Commissione di un argomento su cui non mi fosse stato chiesto di intervenire.

Stavo appunto completando (e questo è un ulteriore incentivo a completare in fretta) l'esposizione su questa proposta alternativa di modello, relativamente alla quale la discussione è aperta. A livello degli studiosi è sempre stata aperta e mi auguro che possa esserlo anche a livello politico-parlamentare. Il modello della franchigia presenta due elementi di criticità, se ho ben inteso lo stato del dibattito. L'uno riguarda la sua strutturazione, i mezzi e gli strumenti (tessera sanitaria, *chip* e quant'altro), e qui indubbiamente bisognerebbe lavorare. Presenta poi, secondo alcuni, un profilo di criticità con riferimento alla possibilità che gli utenti, con un sistema di questo genere, possano abusare di questa gratuità una volta superato il tetto. Dunque, invece di dare un *input* di appropriatezza al sistema si rischierebbe di dare un *input* di inappropriatazza.

In proposito ritengo però che si possa anche tenere conto del fatto che l'unico rimedio vero all'inappropriatazza è una prescrizione appropriata, cioè un sistema di prescrizioni appropriato. Già oggi, infatti, poichè circa il 70 per cento delle prestazioni è esente da *ticket*, ove vi sia inappropriatazza della prescrizione vi è già, comunque, questo inconveniente.

Concludo, Presidente, ringraziando anche per la sensibilità di aver incluso questo secondo tema nell'oggetto dell'audizione, posto che era mia intenzione non solo avanzare dei dubbi sulla sostenibilità, dal primo gennaio 2014, di un intervento finanziario pur necessario ma con una strumentazione di 2 miliardi di *ticket* aggiuntivi, bensì anche capire se sia possibile aprire una discussione vera su modalità alternative che possano arrivare ad ottenere gli stessi risultati, rendendo però il sistema della partecipazione e della compartecipazione più equo, trasparente ed omogeneo.

PRESIDENTE. Ringrazio il signor Ministro per questa riflessione molto ampia. Mi permetto di ricordare un punto al senatore D'Ambrosio Lettieri, perché, probabilmente anche per me, è trascorso molto tempo dal 17 maggio 2012, quando egli richiese alla Commissione una audizione del Ministro. Dal resoconto stenografico di quella seduta risulta che già ella, senatore D'Ambrosio Lettieri, aveva previsto l'opportunità che il Ministro, oltre a dedicarsi ai piani di rientro, potesse aprire «una riflessione un po' più a tutto tondo, assorbendo l'ipotesi – che io considero un gesto di lo-devolissima responsabilità da parte del ministro Balduzzi – del superamento del *ticket* con l'idea della cosiddetta franchigia». Quindi proprio lei, senatore, aveva sollecitato questa riflessione che il Ministro, appropriatamente, è venuto oggi a farci.

SACCOMANNO (*PdL*). Presidente, ringrazio il signor Ministro per la sua ampia esposizione. Io non farò un discorso di tipo tecnico e, tra l'altro, mi assumo la responsabilità di dire che probabilmente per quanto affermerò non sarò la voce del PdL. Non so, infatti, come la pensino gli altri membri del Gruppo, perché non ho avuto moto di riflettere insieme ai colleghi. Esporrò, pertanto, qualche mia riflessione personale.

Alla fine del suo discorso, signor Ministro, in base a tutto quello che abbiamo ascoltato, io mi pongo una domanda, avvalorata da quanto ella ha affermato: ma il Servizio sanitario nazionale esiste o non esiste? O abbiamo deciso quando deve finire? E vorremmo capire – se deve finire – come deve finire. La mia percezione è che non vi sia più, nella concezione di *welfare*, per la parte riguardante la sanità, l'idea di un Servizio sanitario nazionale.

Sono abituato a riflettere sul luogo dove mi siedo, da che parte sto, con chi sto e con chi parlo. Si è parlato di liberali e di liberali e sociali: ma da che parte stiamo? Quale collocazione stanno assumendo le persone in questo momento? Né nelle forze di Governo, né in quelle del Parlamento. Anche rispetto alle osservazioni che facciamo, qual è la collocazione? Per me è molto difficile capire. Ho una certa visione del *welfare*, della socialità e della difesa del Servizio sanitario nazionale, pur comprendendo le difficoltà economiche che ci sono. A queste, però, si deve rispondere con dati economici, salvaguardando la declinazione del principio in un determinato modo. Non mi sembra che ciò stia accadendo. Lo ribadiamo troppo spesso e già questo mette in dubbio che quello del Servizio sanitario nazionale sia un principio valido. Ce lo dobbiamo ripetere ad

ogni piè sospinto. Rischio forse di parlare con una certa confusione ideologica, può darsi, anche perché ognuno di noi si porta dentro delle stimolate culturali. Provo a sforzarmi di non pensare in questo modo, ma me lo domando.

Signor Presidente, noi parliamo per competenza e mettiamo tutto a posto: queste sono le regole, queste sono le competenze. Quanto alla cassa, però, la situazione sul territorio è tutt'altra. Ogni giorno in questa sede ci sforziamo di fare qualcosa, con gli sforzi suoi e dei colleghi (più che miei), tuttavia esistono delle difficoltà. Nonostante io abbia un reddito certamente più alto della media, mi accorgo delle gravi difficoltà in cui versa il Sistema sanitario nazionale (non vi è solo il dato della percezione politica): sto parlando in termini sia di quantità, che di qualità. La situazione è drammatica.

Signor Ministro, quanto all'aspetto della qualità, qualcuno deve andare in giro per l'Italia e verificare (ma non con le ispezioni che facciamo noi). Peraltro, dopo l'attività svolta, mi sto accorgendo che quasi si sta meglio nelle strutture di salute mentale che non nelle strutture normali, perché in queste ultime uno rischia di impazzire. Signor Ministro, andiamo a fare la fila in un qualche pronto soccorso d'Italia (con una sceneggiata alla Costa, se lei se la ricorda). Naturalmente, dobbiamo disdire tutti gli appuntamenti della settimana, perché, entrando la mattina, non è detto che la notte abbiamo risolto il problema (il giorno dopo – poi – dobbiamo dormire perché abbiamo fatto la fila). Con quali competenze andiamo a fare questo tipo di discorso? Altro che liste d'attesa, lì si tratta di un vero e proprio manicomio! Lei dice – giustamente – che la salute mentale peggiora ed ha ragione: come non può peggiorare in queste situazioni? È questo che sta accadendo. Quanto sto dicendo è frequentissimo nei grandi ospedali, quelli che una volta chiamavamo aziende e che ora sono rimasti grandi ospedali (a meno che io non frequenti i posti peggiori d'Italia). Anzitutto, bisogna fare la fila per entrare nei reparti, perché abbiamo ridotto, ma il territorio non ha risposto; non essendosi adeguato il servizio di medicina generale a questo tipo di meccanismo, bisogna fare la fila per entrare nei reparti, anche in presenza di patologie di un certo tipo. In seguito, bisogna trovare la raccomandazione per non uscire subito, perché poi le persone ti telefonano e ti dicono: senatore, non possono mandarmi a casa così. Inoltre, non vi è il collegamento con le lungodegenze e con le riabilitazioni, perché abbiamo fatto delle strane trasformazioni. Ovviamente non sto imputando a lei, signor Ministro, questa situazione, ma sto solo provando a mettere sotto una lente di ingrandimento le cose che vedo ogni giorno, fermo restando – ovviamente – che lei mi potrà dire che sono solo io a vedere queste cose e che il mondo è diverso. Se così è ne prendo atto e proverò a trasferirmi dove abita lei. Ripeto: sto parlando della realtà che io incontro.

Per non parlare delle riabilitazioni importanti dove, nell'andarle a ridefinire, non sai più come devi imbrogliare il collega che sta lì, usando non la perizia di senatore, ma quella di medico, per far costruire un dato tale che poi il soggetto si debba ricoverare (aumentando anche i ri-

coveri ospedalieri, posto che abbiamo scritto che per pagare determinate tariffe occorre provenire da ricovero ospedaliero). Allora, il paziente che non guarisce, ma che ogni tanto deve fare della riabilitazione per non anchilosarsi totalmente, deve essere ricoverato almeno due giorni altrimenti non viene nemmeno accettata la scheda di prenotazione.

Poi – però – chi trova dentro le strutture? C'è, infatti, il blocco del *turn over*. Ricordo che quando trattammo l'argomento, su proposta del senatore Calabrò, discutemmo dell'esigenza che per i concorsi a primario vi fosse una deroga del 10 per cento. Ebbene, i concorsi non si sono fatti. Si fanno le turnazioni per titoli di carriera. Lei, signor Ministro, non è medico, ma le voglio spiegare che anche laddove io fossi il più fesso dei medici, arrivato alla mia età, in queste turnazioni io farei il primario. Se poi mi ammalò, il mio vicario (che ho scelto io e che, affinché non mi superi, deve essere un po' più fesso di me), non può nemmeno operare il giorno dopo. Non sto raccontando fatti a caso: posso portare nomi e cognomi. Le garantisco che queste cose accadono. Possiamo monitorare i primari? Quanti sono? Da quanto tempo non si fanno i concorsi? Hanno fatto i concorsi? Possiamo tenere in piedi reparti di primo impatto senza il primario? Il livello essenziale di assistenza non è nominalistico, ma funzionale: si tratta di una funzione (a L'Aquila litigammo quando uscirono i livelli essenziali di assistenza rispetto ai livelli minimi che c'erano prima). Comprendo tutto, ma queste cose le dobbiamo fare.

Non solo: manca anche la sicurezza dei pazienti e del medico che opera. Ne abbiamo discusso in un congresso e il presidente Marino, che era presente, può testimoniare, con dati alla mano. Con un *turn over* di questo tipo il medico è pericoloso per sé e per i pazienti. Peraltro i miei collaboratori si recano in tutti i reparti. Non solo, sono precari e alla scadenza massima dei 36 mesi, devono andare in sospensione e occorre assumerne altri, attingendo ad altre graduatorie. Riparte così il percorso di apprendistato, con tutti i pericoli annessi e connessi. Io torno indietro, ma soprattutto torna indietro l'ammalato, perché a me lo stipendio arriva normalmente.

Dove sono andati a finire, poi, i soldi che abbiamo speso in tecnologie? Se legge i giornali della mia zona, si accorgerà, signor Ministro, che non scrivo mai di queste cose perché non voglio essere accusato di farlo per un dato ideologico. Sto cogliendo l'occasione dell'audizione odierna per dirle come la penso. Con chi utilizziamo le tecnologie? Abbiamo preso grandi tecnologie per risonanze e TAC, ma non abbiamo potuto implementare e formare il personale. Lei, signor Ministro, sa quante PET false si fanno in una Regione e si ripetono in un'altra? Per fortuna, infatti, si trova il professionista che capisce che non vi è stata la sovrapposizione giusta. A tal riguardo, posso portare delle statistiche. Ci costano di più e siamo pericolosi, perché poi c'è anche l'altro fesso, che faceva il primario come me, che comunque apre il paziente (ovviamente, in base alla PET che gli abbiamo dato) e va a trovare quel linfonodo che invece non era un linfonodo pericoloso. Capisco che tutto questo può sembrare ridicolo, ma è quanto sta accadendo. Occorre un monitoraggio su come le tecnolo-

gie sono affidate al personale che noi formiamo e serve altresì che il percorso di formazione e di apprendistato abbia un senso.

Sono sicuro che il senatore D'Ambrosio Lettieri parlerà più diffusamente del tema dei precari. Vi sono medici precari che hanno cinquant'anni e che sono in branche importantissime. Adesso le ASL si sono inventate una sorta di concorso sul modello delle *short list* per poterli in qualche modo mettere là. Tuttavia, signor Ministro, chiedo a lei, che è un costituzionalista, dove si trova il sistema delle *short list* in Costituzione. Il diritto al lavoro e alla professionalità ma anche alla salute, dove sta? Le dico il risultato finale quale può essere.

Mi preoccupa quando sento che, per competenza, tutti i nostri registri sono in ordine. Signor Ministro, dobbiamo andare a verificare queste situazioni; questa Commissione di inchiesta non basta. Deve trovare un modo per andare a vedere queste situazioni. A mio avviso – forse sbaglio e sarò il suggeritore peggiore del mondo –, occorre avere il coraggio di mettere una bandierina, come noi abbiamo fatto con gli ospedali psichiatrici, per dire: io non ci sto a questa sanità che sta andando così; io non ci sto. E lo deve dire lei, perché io, purtroppo, lo sto dicendo per la prima volta in questa sede. Sui giornali, infatti, non lo dico, ma mi esprimo chiacchierando con i colleghi. Signor Ministro, lei però ha la sua autorevolezza e ha la fortuna di avere questo ruolo di altissimo prestigio. Sono sicuro che sta compiendo moltissimi sforzi e comprendo la complessità con cui si confronta. Ma lei deve trovare la forza di alzarsi e dire: io non ci sto; ditemi che Servizio sanitario volete e poi ne parliamo. Il mio parere, però, è che così non si può andare avanti.

MASCITELLI (*IdV*). Presidente, ringrazio il signor Ministro per il quadro di sintesi che ci ha descritto sui due punti all'ordine del giorno. Io a questi voglio attenermi, e non ad un'analisi più complessa e più articolata quale quella che è stata tentata, giustamente, dal collega senatore Saccomanno.

Mi attengo, perciò, ai due punti all'ordine del giorno, partendo anche da una legittima considerazione, con cui voglio tranquillizzare il senatore Saccomanno: non è lui che vive in un territorio peggiore di altri, ma vive in un quadro normale che si riscontra in moltissime Regioni del nostro Paese e, purtroppo, non da adesso. Purtroppo, queste situazioni e queste fotografie in bianco e nero che il senatore Saccomanno ha descritto risalgono a diversi anni orsono nella memoria di ciascuno di noi; non sono quindi un fatto implosivo di questi ultimi mesi. Questo va detto per onestà intellettuale.

Io parto dal presupposto che questi piani di rientro, che hanno coinvolto ben 10 Regioni d'Italia su 20, sono stati snaturati nel tempo. Nella loro formulazione originaria, infatti, ai tempi della finanziaria del 2007, i piani di rientro erano delle programmazioni sanitarie con poteri di emergenza sulla contabilità delle singole Regioni, tant'è che al commissario si conferiva il potere di innalzare le addizionali IRAP e IRPEF. Nel tempo, dal 2007 al 2012, questi piani di rientro si sono trasformati in cinici stru-

menti finanziari (una sorta di *fiscal compact* applicato alla sanità). Certo, questi strumenti stanno producendo, tra l'altro (e non sono io a dirlo ma eminenti studiosi), alcuni effetti di miglioramento sulla contabilità, ma lei sa molto meglio di me, signor Ministro, per via della sua competenza passata e della sua autorevolezza, che questi effetti sono temporanei perché, nel momento in cui non si agisce sui *deficit* e sulle criticità strutturali della sanità, questi effetti di apparente beneficio sulla contabilità sono temporanei. Ed è disonesto chiunque affermi il contrario.

Ora, il problema, e mi ricollego alla passione dell'intervento del senatore Saccomanno, è chi deve controllare. Noi dimentichiamo, infatti, che il commissario viene nominato con delibera della Presidenza del Consiglio dei ministri: allora, il Governo non può limitarsi (e lo dico in senso positivo e propositivo, perché non le mancheranno, da qui a fine legislatura, le possibilità di introdurre o di proporre strumenti correttivi) a controllare la contabilità della sanità delle Regioni commissariate soltanto dal punto di vista dei pareggi e dei conti in senso matematico, analitico o finanziario. Poiché il famoso tavolo Massicci è composto dal Ministro dell'economia e dal Ministro della salute, ben potrà il Ministro della salute chiedere al suo commissario (lasciamo stare il fatto che vi è la coincidenza con la figura del presidente della Giunta regionale, ma ricordiamo che, nel momento in cui viene nominato, questi è il commissario del Governo nazionale) di non pensare solo ai conti e ai pareggi, ma anche alla qualità?

Lei parlava del pronto soccorso. Lei sa quanti euro sono stati spesi in alcune Regioni sottoposte a piano di rientro per costruire la rete di emergenza-urgenza? Nella mia Regione, l'Abruzzo, sono stati spesi zero euro. Lei sa che nella mia Regione, da un po' di tempo a questa parte, vi sono persone che muoiono in ambulanza perché quando sono a pochi passi dall'ospedale l'ambulanza torna indietro per portarle in un altro ospedale, essendosi resi conto solo in quel momento, non esistendo un collegamento in rete, che quell'ospedale non aveva posti per assisterle?

Quanto alle liste d'attesa, lei ha parlato di questo bellissimo piano nazionale di Governo per le liste d'attesa approvato alla fine del 2010. Ma il Ministero della salute ha la possibilità di controllare se nelle Regioni commissariate dal Governo nazionale queste liste d'attesa e queste linee guida vengono rispettate o se restano soltanto sulla carta?

Per non parlare poi della tutela della salute mentale, sulla quale stendiamo un velo pietoso. Signor Ministro, io le chiedo se può proporre dei sistemi, attraverso procedure legislative o attraverso decreti ministeriali, per fare in modo che il Ministro della salute, e non solo il Ministero dell'economia, controlli che i propri commissari applichino il diritto costituzionale alla tutela della salute. E lo facciano anche, signor Ministro, rispettando ciò che vale in qualsiasi Paese civile, cioè una *governance* che sia almeno informata. Nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, infatti, manca anche l'informazione. E lo dice un parlamentare della Repubblica che, per conoscere ciò che ha deciso il suo commissario, il commissario che è stato nominato dal Governo, deve mettersi in lista d'attesa e

deve fare carte false per venire a conoscenza in tempi reali degli atti commissariali. Altrimenti, questi atti vengono consegnati al trentesimo giorno e, siccome rinviano ad altri atti, bisogna chiedere anche quelli e così passano altri 30 giorni e via di seguito. Non c'è nessuna possibilità, non dico per il cittadino normale, ma per chi è eletto, o nominato, per svolgere funzioni di indirizzo e di controllo, di controllare l'attività dei commissari nominati dal Governo. Forse sfugge questo particolare, che è bene ripetere sino alla paranoia: si tratta di commissari nominati dal Governo; quindi il Governo non può dire che sono presidenti della Giunta regionale quando fa comodo, mentre, in realtà, sono commissari del Governo.

Signor Ministro, giustamente e correttamente, lei ha deciso di rinviare al mese di ottobre l'inizio della discussione per l'elaborazione del nuovo patto per la salute. Non ritiene sia opportuno che vengano inserite nel patto per la salute alcune delle proposte, interessanti e intelligenti, da lei fatte sulla compartecipazione alla spesa sanitaria? Lo dico a un uomo che ha a cuore il destino della sanità del nostro Paese, perché i conti del bilancio del nostro Stato, in termini di maggior pagamento dei tassi d'interesse sui titoli di Stato e in termini di difetto nella stima del PIL, probabilmente imporranno a fine anno, una nuova manovra finanziaria. E non vorrei che, all'ultimo momento, uscisse fuori un emendamento per cui che ciò che doveva iniziare dal 1° gennaio 2014 inizierà dal 1° gennaio 2013. Ci affidiamo alla sua sensibilità perché almeno si stabiliscano dei criteri che ribadiscano l'equità sociale.

PRESIDENTE. Colleghi, abbiamo a disposizione solo pochi minuti, perché alle ore 15,30 il Ministro deve recarsi presso la Commissione affari sociali della Camera dei deputati.

Invito pertanto i senatori D'Ambrosio Lettieri e Calabrò a contenere i propri interventi, in modo da concludere oggi il giro delle domande. Il Ministro ha già dato la sua disponibilità per l'ultima settimana di luglio o la prima settimana di agosto a tornare in questa sede per dare risposta ai quesiti posti.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, rivolgo un ulteriore ringraziamento al Governo, perché, contrariamente a quanto annunciato a inizio seduta, scopro che gli argomenti all'ordine del giorno sono due e non uno. In tal senso, apprezzo che l'Ufficio di Presidenza abbia inteso accogliere in modo pieno e totale la mia richiesta. La mia interruzione precedente è stata determinata esclusivamente da quanto si può riscontrare nel resoconto della seduta.

Signor Ministro, muovo dal tema della sostenibilità del sistema, rinnovando l'apprezzamento, che ho espresso in questa stessa sede, ma anche in altre sedi pubbliche, in relazione alla proposta che, con grande coraggio ed acutezza, lei ha rivolto a margine di un recente convegno in sanità, qualche settimana fa.

Così come ho apprezzato la consapevolezza e la responsabilità con cui ha offerto al pubblico dibattito un argomento che trovo centrale,

esprimo però delle perplessità sulla non altrettanto adeguata responsabilità di quanti, forse, troppo frettolosamente, hanno censurato quella che era un'offerta di discussione che trovo assolutamente centrale – anzi, irrinunciabile –, in uno sforzo che ci veda uniti nel costruire una prospettiva per un Servizio sanitario nazionale che vorremmo conservare con le caratteristiche e le cifre distintive dell'universalità, dell'equità e della solidarietà, avendo anch'esse contribuito, in modo non marginale, alla costruzione della nostra democrazia.

Sarà cura dell'Ufficio di Presidenza valutare se proseguire la discussione sul tema in questa sede, imbrigliati anche dagli orari e dal rituale regolamentare, oppure se fare qualche riflessione in un piccolo gruppo, per poi allargarla. Signor Ministro, lei mi troverà accanto a sé, così come l'intera Commissione e gran parte di coloro che avvertono il senso di responsabilità, nella consapevolezza che quando la casa brucia non esistono colori politici e che abbiamo il dovere morale di dare una risposta alla tragedia che vive il Paese su uno dei temi più cruciali, quale quello delle politiche della salute.

Il primo aspetto su cui intendo soffermarmi è quello dei piani di rientro, su cui le chiedo, signor Ministro, un atto di coraggio. Lei, signor Ministro, non viene dalle file della politica, ma da quelle più autorevoli dei tecnici ed in tal senso ha avuto modo di essere apprezzato anche da chi le parla. Desidero esprimerle una nota di incoraggiamento in più, perché possa fare quello che non è stato fatto. Abbiamo un servizio sanitario che è solo virtualmente ispirato ai principi della universalità; di fatto, se andiamo a vedere cosa accade sui territori, osserviamo che vi è una disparità profonda nell'offerta, nella qualità, nell'omogeneità e nell'appropriatezza dell'offerta.

Lei si è espresso bene quando ha detto che al disavanzo non si connette qualità: è verissimo. Ciò equivale a dire che chi spende di più non sempre spende meglio. Lo sappiamo: cinque Regioni (purtroppo del Sud) producono – forse – oltre l'80 per cento del disavanzo generale nell'ambito della sanità. Signor Ministro, venendo dalla Puglia, mi verrebbe troppo semplice allungare il dito indice verso una classe politica inadeguata, che in quella Regione ha prodotto una situazione drammatica. Al contrario, sono qui a fare l'esatto opposto, a chiederle aiuto per il Mezzogiorno e per la Puglia, perché credo che la situazione che vive la nostra comunità non sia più tollerabile, per motivi attinenti ai disagi a cui sono sottoposti i cittadini, che non possono godere di un accesso alle cure adeguato, soddisfacente e rispondente ai livelli essenziali di assistenza, che – come probabilmente sa bene il presidente Marino, ma anche i colleghi della Commissione provenienti dalla mia Regione – non vengono assolutamente rispettati. Dobbiamo rendere agevoli ed adeguate le condizioni di lavoro degli operatori della sanità, che molto spesso pagano lo scotto di un disservizio complessivo e diventano il parafulmine di un'assoluta carenza sotto il profilo tecnico, strutturale ed organizzativo.

Mi avvio alla conclusione, sottolineando tre punti. Nell'ambito della discussione che ha portato alla conversione in legge del decreto-legge 13

agosto 2011, n. 138, abbiamo approvato un emendamento – che faceva riferimento al comma 174, dell'articolo 1 della legge n. 311 del 2004 – volto a consentire alle Regioni commissariate e a quelle sottoposte a piano di rientro di ottenere una deroga al *turn over*. Abbiamo poi scoperto che, per effetto dell'interpretazione data alla norma (approvata anche da moltissimi senatori presenti in questa Commissione), essa ha potuto trovare applicazione solo con riferimento alle Regioni commissariate e non a quelle sottoposte a piano di rientro. Mi sembra quindi giunto il momento di ristorare le Regioni sottoposte a piano di rientro e consentire anche a queste di godere dello stesso beneficio e della stessa deroga che è stata concessa alle Regioni commissariate. Già questo sarebbe un piccolo passo in avanti.

Il secondo punto che intendo sottolineare attiene al riparto del Fondo sanitario nazionale. Signor Ministro, anche in questo saremo in tanti ad esserle accanto, perché un'Italia unita non può essere un'Italia che ripartisce quel Fondo secondo principi ispirati all'egoismo territoriale. Da troppi lustri la nostra sanità è caratterizzata da forme di egoismo che puniscono il Sud. Peraltro, il Mezzogiorno ha bisogno di una nuova classe dirigente e anche di risorse per recuperare un *gap* strutturale, culturale e anche – probabilmente – politico. Su questo credo che vada fatta una crociata; signor Ministro, le ripeto che le saremo accanto.

Infine, il Presidente ha pregato di evitare di entrare nel merito di aspetti inerenti alla *spending review*. Mi attengo alla sua richiesta, anche per una questione di *fair play* istituzionale. Signor Ministro, le chiedo però, cortesemente, di verificare alcune norme previste dalla *spending review* che mi sembrano orientate a confermare una distrazione dello Stato centrale, a cui riconosciamo un grande potere e un grande ruolo nei riguardi del Mezzogiorno. Mi riferisco all'articolo 15, comma 20, che sembra consegnare al perenne stato di piano di rientro le Regioni che ivi si trovano. Desidero segnalare anche il comma 3, per effetto del quale il riparto delle quote di ristoro dell'industria farmaceutica per gli splafonamenti sembra finire per andare nella direzione sbagliata e non là dove quelle risorse dovrebbero essere indirizzate.

CALABRÒ (*PdL*). Presidente, cercherò di essere conciso come da sua richiesta. Quanto ai piani di rientro, come hanno detto in molti, io ritengo sia arrivato ormai da tempo il momento di pensare molto di più alla qualità dell'assistenza. Non dico che bisogna pensare di meno al recupero economico, ma già si è fatto moltissimo su tale versante; ora bisogna mettere in parallelo la qualità dell'assistenza. E questo va tenuto presente anche nell'ambito della *spending review*.

Ritengo che molte Regioni sottoposte a piano di rientro, molte Regioni commissariate, abbiano già da tempo fatto la loro *spending review*. Oggi molto spesso non c'è più lo spazio per togliere a monte il finanziamento. In alcuni settori, non in tutti (e forse non negli stessi settori per le stesse Regioni), alcune Regioni già hanno recuperato quanto potevano recuperare. Quindi, una valutazione (non dico Regione per Regione) della

percentuale di virtuosità di alcune Regioni in alcuni settori va tenuta in considerazione. Altrimenti, togliamo a monte il finanziamento alle Regioni ma non diamo il reale spazio di recupero di questo finanziamento.

Sui piani di rientro, signor Ministro, io la pregherei, quando tornerà in questa sede, di darci conforto sui seguenti punti: precari, personale, blocco del *turn over*. Blocco del *turn over* significa, anche per le Regioni sottoposte a piano di rientro, cominciare a pensare a che percentuale, a seconda della virtuosità della Regione. Il secondo aspetto riguarda il *ticket*: franchigia o compartecipazione. Come lei ha detto prima, il *mix* tra le due è sicuramente la soluzione migliore.

Io sono preoccupato, più di quanto non mi è parso esserlo lei, circa la possibilità di aumento dell'inappropriatezza per le cronicità una volta raggiunta la franchigia. Ritengo che l'aspetto principale per il risparmio di spesa sulla diagnostica e sulla farmaceutica (ma soprattutto sulla diagnostica) sia quello di attenzione all'appropriatezza. La mia domanda è se si possa lavorare – per alcune patologie croniche importanti, con epidemiologia diffusa, che vanno individuate – seguendo delle linee guida che ci dicano quali esami si devono fare e con che scansione temporale. Il sistema sanitario, infatti, ha sì il dovere di dare assistenza ma non la libertà di permettere di fare esami ogni giorno, quando viene in mente di farli. Bisogna stabilire linee guida che ci dicano che per una determinata patologia, di un determinato livello, è possibile fare un certo esame, una volta al giorno, una volta al mese, una volta all'anno. Questo significa combattere l'inappropriatezza (dando linee guida chiare, che le Regioni devono rispettare) e realizzare risparmio reale.

PRESIDENTE. Collegli, in considerazione di imminenti impegni istituzionali del Ministro presso l'altro ramo del Parlamento, propongo di rinviare il seguito dell'audizione ad altra seduta. Se non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

Ringrazio ancora il ministro Balduzzi per la sua presenza e rinvio ad altra seduta il seguito dell'audizione.

I lavori terminano alle ore 15,20.

