



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 12

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI MAURIZIO SACCONI SUI CONTENUTI DEL «LIBRO BIANCO» SUL FUTURO DEL MODELLO SOCIALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI PROFILI DELLA TUTELA DELLA SALUTE

91^a seduta: martedì 26 maggio 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Maurizio Sacconi sui contenuti del «Libro Bianco» sul futuro del modello sociale, con particolare riferimento ai profili della tutela della salute

* PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 15
BASSOLI (PD)	13
* BIANCONI (PdL)	12
COSENTINO (PD)	9, 10, 11
GHIGO (PD)	8
SACCONI, ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali	3, 10, 11

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, il ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Sacconi e il vice ministro per lo stesso Dicastero, Fazio.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Maurizio Sacconi sui contenuti del «Libro Bianco» sul futuro del modello sociale, con particolare riferimento ai profili della tutela della salute

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali sui contenuti del «Libro Bianco» sul futuro del modello sociale, con particolare riferimento ai profili della tutela della salute.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta sia l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso sia la trasmissione radiofonica e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Ringraziandolo, do subito la parola al ministro Sacconi, che interverrà sui contenuti del «Libro Bianco» sul futuro del modello sociale.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Signor Presidente, sono lieto di riferire al Senato proseguendo l'iter che la Commissione ha voluto avviare per accompagnare il processo di consultazione pubblica sul «Libro verde sul futuro del modello sociale» in materia di sanità e sulla predisposizione del «Libro Bianco». Colgo quindi l'occasione per soffermarmi su alcune chiavi di lettura del «Libro Bianco» che consentono di evidenziare l'utilità politica di questo strumento ad avviso del Governo e, mi auguro, anche del Parlamento. Non penso sia utile, invece, ripetere i contenuti del «Libro Bianco» che credo sia a disposizione di tutti i colleghi, oltre che sul sito del Ministero.

Come ho più volte rilevato, per la predisposizione del «Libro Bianco» abbiamo seguito un metodo già utilizzato in altri Paesi, in epoca recente anche nel Regno Unito, ma inusuale nella nostra prassi politico-istituzionale: la pubblica consultazione sul «Libro Verde» a cui hanno partecipato, come vi ho già riferito, circa mille soggetti, individuali e collettivi. A questa pubblica consultazione hanno concorso tutte le grandi organizzazioni rappresentative di interessi e valori del mondo del lavoro, del-

l'impresa, delle professioni e delle specialità scientifiche. Siamo davvero soddisfatti della larga adesione che si è registrata sul metodo che abbiamo proposto. Opinabilmente, poi, abbiamo realizzato una sintesi delle linee guida, nei termini già annunciati, nell'ambito di una cornice di valori e visioni, in coerenza con la quale il Governo proporrà numerose azioni di breve e talora di medio e lungo periodo. A tal fine ci siamo avvalsi della unicità di direzione politica nei confronti delle amministrazioni che interessano larga parte del nostro modello sociale (lavoro, previdenza, inclusione sociale in senso stretto, servizi socio-sanitari), per descrivere in modo quanto più unitario i valori di riferimento e l'auspicato punto di arrivo di un modello sociale più sostenibile ed efficace di quello che si è depositato nel tempo.

La futura separazione del Ministero della salute, che ritornerà ad avere la propria autonomia, sarà tuttavia accompagnata dalla volontà – che con il vice ministro Fazio abbiamo già non solo verificato ma anche definito in termini operativi – di una forma di coordinamento tra le due amministrazioni per l'attuazione di alcuni specifici profili del «Libro Bianco». Penso, in modo particolare, all'integrazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali nel modello, qui preferito, della gestione dei servizi assistenziali integrati con quelli socio-sanitari regionali. Vi è qui una critica esplicita alla gestione dei servizi assistenziali solo in capo alle municipalità e in termini separati dai servizi sociosanitari perché ciò determina una fonte di dispersione di risorse e un'efficacia molto modesta delle azioni intraprese. Penso ancora al tema della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, che deve essere affrontato integrando gli enti esperti e la loro attività, nonché gli approcci che rendono sicuri tutti gli ambienti in cui vive una persona e quindi la strada, causa primaria di infortuni gravi o mortali sul lavoro, l'abitazione quale luogo di lavoro e gli ambienti lavorativi in senso stretto. L'attuazione delle linee indicate nel documento sarà seguita dunque da una specifica forma di coordinamento tra le due amministrazioni volta all'implementazione del «Libro Bianco» per la quale è nostra intenzione far partire quanto prima una sorta di diario che consenta di seguirne l'andamento in modo sempre aggiornato.

Siamo ben consapevoli che per molti aspetti l'attuazione delle linee qui descritte dovrà confrontarsi con l'andamento della crisi globale non solo per l'inevitabile l'impatto che la stessa avrà su una finanza pubblica, i cui equilibri sono ovviamente messi in discussione dalla recessione, ma anche per l'obiettivo che nella crisi ci siamo dati di ricostruire il circolo della fiducia. Alcune azioni, infatti, in quanto destinate a produrre cambiamenti possono generare nel breve periodo forme di insicurezza che sarebbero ancora più colpevoli in un tempo in cui le insicurezze sono già diffuse. Il riferimento è evidentemente rivolto alla riforma delle pensioni o a interventi volti a modificare i requisiti e le caratteristiche del nostro sistema previdenziale.

Poiché tempi e modi non sono prevedibili con certezza, il diario serve anche a dare conto delle ragioni dei tempi adottati per alcune scelte, dei limiti che altre potranno avere in termini di finanza pubblica, del ne-

cessario monitoraggio della sostenibilità del sistema nel suo insieme, che è uno dei parametri cui, come ho detto, il «Libro Bianco» fa riferimento; l'altro parametro è invece quello dell'efficacia del nostro modello sociale.

A valle del «Libro Bianco», numerose azioni dovranno essere verificate nella loro coerenza con il Libro stesso. Penso, ad esempio, per quanto riguarda in senso stretto i temi della salute, al nuovo Patto per la salute relativo al triennio 2010-2012; o ancora, alla redazione del Piano sanitario; all'ipotesi di linee guida per la non autosufficienza, che dovrebbero essere oggetto di un confronto tra Stato e Regioni; oppure al piano per la diffusione dell'*information technology* nei servizi sociosanitari e la relativa convenzione tra Ministero della salute e Ministero della innovazione tecnologica. Si tratta di atti che sono tutti atti a valle del «Libro Bianco», che dovranno porsi in coerenza con esso e che saranno giudicati anche da questo punto di vista.

Per questo, ribadisco quanto ho già avuto modo di dire a questa Commissione: sarebbe utilità comune non leggere con gli occhiali del pregiudizio questo «Libro Bianco», perché quanto più esso sarà condiviso, tanto più consentirà di richiamare a coerenza il Governo e non solo con se stesso.

Partecipando ad una consultazione presso la sede della Fondazione Italiani-europei e poi ad una specifica iniziativa della stessa Fondazione dedicata alla riorganizzazione del nostro modello socio-sanitario, mi ha fatto piacere constatare come la visione qui descritta coincida esattamente con quella rappresentata in una ricerca di tale Fondazione. Per capirci, mi riferisco a quel modello di cui abbiamo più volte parlato, che non esiste nel Lazio ma che è verificato in Regioni come la Toscana, l'Emilia Romagna, il Veneto, la Lombardia ed è caratterizzato da un elemento che è centrale nel «Libro Bianco»: il territorio.

Il «Libro Bianco», infatti, sottolinea insistentemente il territorio quale dimensione idonea per l'organizzazione del nuovo modello sociale, ovviamente nel contesto di linee guida condivise in tutto il Paese e quindi di indirizzi omogenei. All'interno di questi ultimi, la sottolineatura della dimensione territoriale diventa sottolineatura anche della profonda divisione del Paese, che si manifesta in modo ancor più particolare per quanto riguarda, forse, i servizi socio-sanitari assistenziali. Il «Libro Bianco», infatti, parla enfaticamente dell'obiettivo, che deve essere assunto, di ricomporre l'Italia e riunire gli italiani, oggi fortemente discriminati, delle Regioni i cui servizi socio-sanitari assistenziali sono fortemente inefficienti secondo l'equivalenza, di cui più volte abbiamo parlato, tra maggiore spesa e minore resa.

Per questo il «Libro Bianco» sottolinea il federalismo fiscale quale strumento potenzialmente virtuoso per la ricomposizione del Paese e la riqualificazione dei servizi socio-sanitari assistenziali nel Centro-Sud. Allo stesso tempo vi è una preoccupazione con riferimento al federalismo fiscale. Il federalismo fiscale, se sarà davvero strumento di responsabilità, consentirà un migliore governo della finanza pubblica e una migliore resa a parità di spesa in quelle parti del Paese che non hanno lo stesso

rapporto che si riscontra nel Centro-Nord, vale a dire in quella parte del Centro che funziona e nel Nord. Anche questo è un tema più volte discusso.

Il federalismo fiscale coincide per larga parte con la spesa socio-sanitaria. In altri termini, se la spesa socio-sanitaria sarà virtuosa e sarà indotta a virtù, il federalismo fiscale funzionerà sotto i vari profili positivi auspicati, ma se ciò non sarà possibile per i servizi socio-sanitari assistenziali, rischierà di essere la tomba dei nostri conti pubblici e la sconfitta del tentativo di riunire questo Paese. Ovviamente, il «Libro Bianco» ha fiducia nel federalismo fiscale, ma nel momento in cui esprime questa fiducia sottolinea anche l'importanza dei piani di rientro dei disavanzi regionali. In breve, se si deve trovare un punto su cui fare leva, un concetto chiave, un passaggio obbligato discriminante per i due possibili percorsi (il migliore o il peggiore), il passaggio decisivo è dato dai piani di rientro. Questi ultimi infatti sono frutto di una condivisione, sono stati prodotti nell'arco di due legislature e di Governi di segno diverso, sono gestiti dalla Conferenza Stato-Regioni, quindi da un rapporto istituzionale. Si sta arrivando però al dunque; si sta arrivando, purtroppo, a una sorta di resa dei conti nel senso proprio del termine, per alcune Regioni peraltro in un periodo reso complesso anche dal rinnovo delle amministrazioni regionali. Me ne rendo conto e per questo sostengo l'opportunità di chiarire tutto prima della pausa estiva in modo da dare il tempo, anche alle amministrazioni commissariate, di produrre quegli atti virtuosi che, a mio avviso, in un arco temporale anche breve possono essere generati, dare il segno della nuova direzione di marcia e fare apprezzare la responsabilità di chi quegli atti ha voluto assumere. Com'è noto, le scelte del commissariamento non escludono tendenzialmente la responsabilità della Regione, anzi la coinvolgono, al di là della figura del commissario.

Il funzionamento dei piani di rientro ha un valore per quelle Regioni che ad essi sono interessate e per le altre Regioni, perché se la deterrenza, che è strumento non secondario dei piani di rientro, dovesse rivelarsi non applicata o, peggio ancora, non applicabile, è evidente che questo sarebbe un segnale nei confronti di tutti, cioè che inevitabilmente anche le Regioni più virtuose sarebbero tentate di allentare i propri percorsi virtuosi nell'attesa di una sorta di resa dei conti finale alla quale i virtuosi sono sempre arrivati in condizioni che si sono rivelate penalizzanti.

Come sapete, i piani di rientro interessano due Regioni commissariate, l'Abruzzo e il Lazio. Nel Lazio c'è stata una prima inversione di tendenza positiva che ha riguardato soprattutto gli erogatori privati. Ora però, non solo in nome di una doverosa simmetria ma per completare una parte non secondaria del percorso, gli erogatori pubblici devono essere oggetto di razionalizzazione in una logica che punti a raggiungere in ogni caso il miglior risultato possibile per lo stato di salute degli abitanti della Regione.

La Regione Abruzzo è commissariata e presenterà nei prossimi giorni un piano di riorganizzazione, un disegno del punto di arrivo e dei modi di

pervenirvi, un percorso di riqualificazione dei servizi socio-sanitari assistenziali.

Le Regioni Campania, Sicilia e Molise produrranno entro il 15 giugno tutti gli atti che riterranno utili a che entro il mese di giugno il Comitato tecnico Stato-Regioni possa esprimere un giudizio sull'esistenza o meno dei presupposti del commissariamento.

La situazione della Regione Calabria è resa ancor più critica dalla fortissima inaffidabilità della sua contabilità, problema che si ritrova anche in un'altra delle amministrazioni regionali che ho prima citato. Devo rilevare però la decisa particolarità dello stato della Regione Calabria non solo perché la sanità calabrese fu commissariata per un'emergenza di salute pubblica, ma anche perché paradossalmente la condizione di questa Regione è stata quella – come ho rilevato in altra sede – del tale che viaggia da tempo contromano in autostrada ma che non viene multato perché non si riesce a leggere la targa. È una condizione paradossale. In qualche occasione ho detto scherzando (ma non molto) che lì la contabilità è in parte veramente ricostruita per tradizione orale. Inoltre, da questo punto di vista, la situazione è resa ancor più disperata dalla necessità di costruire un sistema di contabilità degno di questo nome, oltre che dalle inefficienze manifeste in termini di dispersione di strutture ospedaliere spesso di piccolissima dimensione e come tali, al di là dei giudizi che possono essere resi al riguardo, di per sé oggettivamente pericolose. So bene che soprattutto in una parte di quella Regione si sono sedimentati altri problemi, ma il circuito dell'inefficienza non conosce limiti e s'interseca anche con altri aspetti. Quindi, entro il mese corrente in Calabria verranno effettuate verifiche al riguardo. In teoria, potrebbe essere necessario applicare maggiori aliquote fiscali ma, poiché la pressione fiscale è già ai limiti massimi, di fatto, in una situazione di quel genere, anche questo tipo di deterrenza è inefficace. Pertanto, alla luce delle verifiche che dovranno essere compiute entro questo mese, per la Regione Calabria si dovranno assumere delle decisioni.

Mi sono volutamente soffermato – ve ne chiedo scusa – sui piani di rientro perché davvero rappresentano il collo di bottiglia attraverso il quale deve e può passare tutto il progetto ambizioso – comunque lo si giudichi, mi auguro lo si riconosca ambizioso – descritto nel documento. Auspico pertanto che questo passaggio delicato possa essere governato al meglio sulla base di una leale collaborazione tra Stato e Regioni senza pregiudizi di parte, nella convinzione di fare il bene delle popolazioni interessate.

Signor Presidente, queste sono le mie considerazioni. Non ho descritto il dettaglio, i tanti aspetti, anche perché si tratta di concetti che in questa Commissione ho già reso. Abbiamo più volte parlato infatti della presa in carico della persona come conseguenza della centralità della persona stessa e dell'uso dell'ICT per consentire il percorso ottimale attraverso una pluralità di servizi di cui la persona può disporre nell'arco della propria vita.

Ho cercato di fornire alcune chiavi di lettura del «Libro Bianco», di come intendiamo gestire questo strumento, dei primi appuntamenti che ci devono vedere impegnati, mi auguro, con un approccio largamente condiviso.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Sacconi per l'esaustiva relazione e rivolgo un saluto al vice ministro Fazio che ci ha raggiunto per assistere ai nostri lavori. Do quindi la parola al senatore Ghigo.

GHIGO (PD). Signor Ministro, signor vice Ministro, naturalmente come premessa intendo sottolineare la totale, completa condivisione delle considerazioni che, d'altro canto, lei già nella fase di insediamento l'anno scorso ci aveva preannunciato e che oggi, in senso più operativo e descrittivo, ci rappresenta. Avremo però altre occasioni per approfondire l'argomento.

Mi voglio invece soffermare, non me ne voglia il signor Ministro, sulle ultime considerazioni che ha fatto e credo ne possa intendere i motivi, visto e considerato che la famosa delibera con la quale si stabiliva l'adozione di regimi commissariali in caso di sforamenti o di splafonamenti relativi al *budget* fu approvata con l'accordo di tutte le Regioni ancor prima del Patto per la salute (che include ancora quest'anno e che dovrà comunque essere ridiscusso per definire la destinazione del Fondo sanitario per il prossimo anno) in seno alla Conferenza Stato-Regioni, che all'epoca avevo l'onore di presiedere. Fu uno degli ultimi atti che assumemmo prima del cambio delle amministrazioni regionali nel 2005.

L'elemento che mi permetto di sottolineare in base all'esperienza che ho maturato e alle valutazioni che oggi sento di poter rappresentare in questa sede è che indubbiamente il processo culturale di presa di coscienza della gestione dei fondi sanitari da parte delle Regioni sta dando i suoi frutti. Mi duole constatare però come non siano state rimosse certe convinzioni radicate in alcune delle Regioni, definite «canaglia» forse neppure per causa loro o non solo per causa loro, che si trascinano da anni una storia, una tradizione negativa legata anche al fatto che i disavanzi del fondo sanitario fino al 2005 sono sempre stati ripianati a piè di lista da provvedimenti che il Parlamento assumeva *a posteriori* e che avevano sempre veicolato l'atteggiamento culturale del dire che comunque i disavanzi sarebbero stati coperti da stanziamenti dello Stato.

Ora, invece, si è passati ad una impostazione culturale completamente diversa per la quale la Regione che ha accumulato un disavanzo deve ripianarlo e, se non ci riesce, viene classificata Regione «canaglia» e rischia il commissariamento. Questo fatto estremamente significativo ha indubbiamente portato ad un diverso approccio sistematico alla problematica. Mi preme rilevare però che l'approccio è cambiato ma la sostanza purtroppo è rimasta la stessa, nel senso che le Regioni continuano ad accumulare disavanzi e con le stesse proporzioni di sempre. Le Regioni «canaglia» continuano ad essere tali, mentre quelle che hanno un disavanzo fisiologico, non essendo riuscite a razionalizzare il loro sistema sanitario

e avendo registrato incrementi di costi complessivi annuali dell'ordine del 4, 5 per cento rispetto al Fondo sanitario, se ne hanno le possibilità, si indebitano. Forse questa considerazione potrà sembrare un atto di presunzione, immaginando che questo aspetto non sia stato da voi messo a fuoco; nel caso in cui fosse così, anche se non credo, voglio però rappresentarlo e sottolinearlo.

In passato le Regioni non si indebitavano perché erano già indebitate nei confronti dello Stato. Oggi invece gli amministratori, pur di non diventare amministratori «canaglia», ricorrono all'indebitamento e le Regioni, avendone la possibilità, contraggono debiti. In passato – meno in tempi recenti – molti enti locali si sono indebitati con sistemi e meccanismi ad alto rischio, perché in quel momento i prodotti finanziari che le banche, generalmente amiche di determinate amministrazioni, proponevano sul mercato erano di quel genere e, conseguentemente, alcune amministrazioni ne hanno fatto largo uso. Successivamente, però, negli anni 2007, 2008 e 2009 quando è stato lanciato l'allarme titoli tossici, all'indebitamento è stata prestata maggiore attenzione.

Non illudiamoci, quindi, che i problemi legati ai conti della sanità possano essere risolti con la gestione, sia pur complessissima e difficilissima, delle Regioni inadempienti. A mio parere, vi è il rischio che prima o poi altre Regioni debbano entrare necessariamente nel novero delle Regioni «canaglia», non avendo più la possibilità di indebitarsi e di coprire le spese con risorse proprie. Va quindi considerato che la competenza sanitaria riguarda per circa l'80 per cento il *budget* di una singola Regione e che le deleghe che la Regione deve esercitare, ancor più con il federalismo fiscale, non sono riferite solo alla sanità. Pertanto, mettendo tutte le risorse dell'indebitamento sulla sanità, le Regioni rischieranno di non essere più in grado di effettuare investimenti come possono fare avendo più agio di indebitamento. Qualche Regione, ad esempio, rischierà di non poter più coprire il cofinanziamento dei programmi europei non essendo più in grado di indebitarsi.

Signor Ministro, ho colto l'occasione per rappresentarle queste considerazioni, anche se sono sicuro che sono già tutte a sua conoscenza.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, per brevità non entrerò nel merito del «Libro Bianco» che – immagino – avremo occasione in futuro di osservare più da vicino. Mi limito solo a dire banalmente che, se ci vedesse tutti d'accordo, sarebbe un documento inutile mentre, se stimolasse una vera discussione e costruisse la cornice di un'iniziativa sui temi che affronta, potrebbe rivelarsi molto utile.

Condivido l'opinione del Ministro, laddove ha rilevato che, ai fini della gestione di questo e dei prossimi anni, i piani di rientro dei disavanzi regionali sono il punto da cui partire per la lettura dei processi in atto. Invito quindi il Ministro ad una riflessione aperta sui piani di rientro. Tuttavia, posto che vada più o meno bene quanto fatto finora, che scenario si presenta per il futuro? In verità, sono preoccupato perché, indipendentemente dai Governi e dalle maggioranze politiche delle Regioni, si rischia

di avere nei prossimi anni una situazione in cui – schematizzando – in metà Italia, nel Centro-Nord, le cose andranno abbastanza bene e si governa attraverso i processi di decisione delle Regioni in un quadro di federalismo, secondo programmi largamente condivisi, e di intesa rispetto agli obiettivi del «Libro Bianco». Di contro, nel resto di Italia progressivamente, una dopo l'altra come ciliegie, le Regioni del Centro-Sud entreranno nella spirale dei piani di rientro, del non riuscire a reggere gli obiettivi da questi fissati, del commissariamento nelle figure prima dei presidenti delle Regioni, poi forse nelle figure di tecnici, e via di questo passo. Dal momento che le istituzioni di solito affrontano i problemi reali con 20 anni di ritardo, vi invito ad affrontarli anticipatamente adesso, per essere pronti quando tra sei mesi, un anno o qualche anno, si porranno concretamente dinanzi a noi. A vostro parere, funzionerebbe uno schema in cui metà Italia si regge con il federalismo e l'altra metà è commissariata? Probabilmente dovremmo pensare a strumenti diversi dal commissariamento.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*.
Li mettiamo alla gogna?

COSENTINO (PD). No, Ministro, vorrei sottoporle un'altra mia idea. Intanto, vedo il problema.

Nel corso di una delle tante audizioni svolte con i tecnici che hanno partecipato al tavolo tecnico dei piani di rientro ho sollevato un'obiezione di merito su un particolare piano di rientro, che ritenevo sbagliato in un punto. Mi è stato risposto che i tecnici elaborano il piano che poi però deve essere gestito e governato politicamente. Le pongo allora una seconda domanda: i piani di rientro sono buoni? Sono di grande qualità?

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*.
I piani di rientro non vengono fatti dai tecnici ma a livello istituzionale.

COSENTINO (PD). Bravo, vedo che la risposta è stata corretta. Infatti, ho obiettato che i piani di rientro sono gli obiettivi dei governi regionali e del Governo nazionale; i tecnici quindi contribuiscono a redigerli ma la responsabilità dei risultati è politica, di chi governa. Dunque, voglio ben vedere cosa essi prevedono. Rinnovo pertanto la domanda: siamo sicuri che lo schema con cui sono stati costruiti questi piani di rientro (almeno quelli più vecchi) funzioni davvero? Se si svolgesse un dibattito di merito, avrei naturalmente qualche osservazione da svolgere; adesso però scartiamo questa possibilità, perché stiamo svolgendo un ragionamento preliminare.

Terza domanda, signor Ministro: può funzionare uno schema in cui, con questo federalismo e con questo andamento delle Regioni, l'unica ragione per la quale interviene il Governo è il ripianamento dei conti o, addirittura, come nel caso della Calabria, l'intervento della Protezione civile? Come si suol dire, visto che abbiamo fatto trenta, non varrebbe la

pena fare trentuno, stabilendo che in uno Stato federale (non lo siamo ancora ma per la sanità siamo molto vicini ad esserlo) il termine «Stato» significa qualcosa per la difesa dei livelli di sicurezza dei cittadini e di qualità delle prestazioni che va oltre e impegna maggiormente lo Stato e il Governo rispetto al solo funzionamento dei conti economici?

Mi piacerebbe vedere un ministro Sacconi intervenire commissariando le Regioni meridionali le cui cardiocirurgie producono un eccesso di mortalità a 30 giorni, dato inaccettabile rispetto agli *standard* di un Paese civile. Mi piacerebbe che i piani di rientro avessero obiettivi non solo di risanamento economico ma di equiparazione degli *standard* di salute. Siamo sicuri che nell'attuale cultura di programmazione sanitaria il numero dei posti letto sia l'unico strumento a disposizione? Siamo convinti dei meccanismi molto generali e grossolani sin qui adottati? Signor Ministro, per far capire quanto questi meccanismi siano grossolani, ne citerò uno: il blocco del *turn over* in atto da quattro anni in alcune Regioni italiane. Un blocco del *turn over* indiscriminato dà risultati ai fini dei conti, ma è facile immaginare cosa significhi in termini di peggioramento della qualità del servizio in alcune situazioni specifiche, dove forse occorrerebbe un intervento mirato.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*.
Basta chiudere alcuni ospedali.

COSENTINO (PD). Esattamente. Si può fare molto di meglio di un indifferenziato blocco del *turn over*. La mia domanda è: lo Stato può limitarsi a definire gli obiettivi e i confini dei piani di rientro e poi intervenire con il commissariamento e verificare se si sono chiusi o meno gli ospedali?

Se vogliamo evitare di avere tra qualche anno nella sanità italiana due sistemi istituzionali – uno delle Regioni, l'altro dei commissari – esiste la possibilità che lo Stato si doti di politiche, di tecnostutture, di persone di qualità, di programmatori di sanità, di interventi di decisione che consentano di intervenire nelle situazioni reali, nella Regione Calabria o in qualunque altra Regione, non solo per imporre un altro aumento delle tasse, ma per fare ciò che la politica locale non fa. Sarebbe una bella sfida anche rispetto al disegno del «Libro Bianco»: quale assetto vogliamo?

Penso occorra discutere – con i tecnici, gli operatori, la politica e la forza dello Stato – in merito ad obiettivi che non concernono solo generali discorsi sulla ristrutturazione della rete ospedaliera ma anche le priorità come, ad esempio, l'esame dei percorsi diagnostico-terapeutici, come hanno rilevato il Ministro e il Vice Ministro. Come funzionano i percorsi diagnostico-terapeutici in Calabria? È forse un problema solo della Regione Calabria che contrassegniamo con il colore rosso? O abbiamo il dovere – mentre si realizza il federalismo, per evitare di avere tra cinque anni due assetti istituzionali diversi della sanità italiana – di andare a costruire lì, in Calabria, i percorsi diagnostico-terapeutici, che poi portano alla riduzione dei posti letto e al riassetto dei conti, nonché i sistemi in-

formativi per il controllo della spesa farmaceutica o, semplicemente, per elaborare le piattaforme per realizzare i sistemi di appalto come si deve? Poiché tanti sono bravi a realizzare sistemi di appalto in Lombardia, in Veneto, in Emilia? Perché dobbiamo allargare le braccia e dire che in Calabria non si può fare o che i calabresi non sono in grado di farlo?

Se prendiamo sul serio il «Libro Bianco» – che non è un documento generico che prospetta il futuro che vogliamo ma interviene nella crisi di oggi che si sta riverberando nella differenza tra le Regioni –, comprendiamo che non va bene che i piani di rientro siano così schematici, poco addentro alle politiche effettive da attuare, legati soltanto agli obiettivi di rientro e non anche a quelli di riequilibrio nella qualità delle prestazioni. Non va bene che i piani di rientro abbiano alle spalle generici commissari, spesso presidenti di Regione, invece di competenze (tecnostrukture, agenzie, Ministero) in grado di intervenire *in loco* per attivare processi che altrimenti non partono.

BIANCONI (*PdL*). Presidente, vorrei svolgere alcune brevissime considerazioni.

Ho letto il «Libro Bianco» e l'ho trovato assolutamente coerente con le linee che erano già state espresse attraverso il «Libro Verde». La visione complessiva per uscire dalla gestione della quotidianità lanciando una sfida per il futuro è assolutamente coerente e questo ci fa ben sperare in una riflessione che poi ricada oggettivamente anche sul nostro quotidiano.

In secondo luogo, mi è piaciuto moltissimo che si metta al centro la persona. Oggi più che mai abbiamo bisogno di normalità e non possiamo permetterci voli pindarici. Ripartire dalla funzione centrale dell'uomo, dal suo bisogno, dal suo lavoro, dalla famiglia, credo sia la metodologia più corretta.

Terza considerazione. Come lei diceva, signor Ministro, all'indomani della riforma del Titolo V della Costituzione abbiamo bisogno di linee guida valide per tutto il Paese. Ho apprezzato molto le considerazioni del collega Cosentino che affondano però su una storia di qualche anno fa, che ha visto la loro parte politica varare una riforma costituzionale che ci ha portato al livello odierno. Ovviamente, oltre alla verifica, un maggior accompagnamento dei piani di rientro dai disavanzi regionali, quindi dei soli numeri contabili, è auspicabile. Mi domando però quante Regioni sarebbero disposte ad accettare un accompagnamento reale, quale quello descritto dal collega Cosentino. Signor Ministro, le potrei raccontare alcuni aneddoti sulla Calabria ma non lo farò per amor di patria e della mia collega Bianchi. Facendo parte della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, potrei veramente raccontarle un «Libro Nero». Mi sono sempre domandata come mai quelle Regioni non abbiano mai accettato né richiesto un reale e obiettivo aiuto da parte dello Stato. A volte sarebbe più utile radere al suolo quelle realtà per riportarle a una nuova forma embrionale e far così crescere una cosa completamente nuova.

La quarta considerazione, che si aggancia alla quinta ed ultima, è sul futuro della nostra sanità. Signor Ministro, sulla prevenzione stiamo facendo ragionamenti ancora troppo poco pertinenti e troppo poco coordinati, lo *slogan* «prevenire è meglio che curare» è però una realtà. Quello che si investe ora (e molte Regioni non investono neanche quello), rischia di essere oggi una spesa che grava sulle nostre spalle. Parlo di prevenzione a 360 gradi, che va dunque – come il Ministro sottolineava – dalla sicurezza sulla strada alla diffusione dell'alcol, e come le nuove generazioni vivono lo sballo, dalle demenze giovanili (non senili) con un'aspettativa di vita molto lunga e relativi altissimi costi sociali, emotivi e familiari alla realtà dei grandi *big killer*, come i tumori al seno, alla prostata, al polmone.

Da questo punto di vista, non possiamo dirci più arretrati rispetto alle cosiddette migliori linee guida del mondo. Le cito un mio cavallo di battaglia: sulla prevenzione del tumore al seno ritengo che dopo 70 anni la lettera di avviso che le donne ricevono a casa vada ripensata, forse si può pensare ad un percorso più personalizzato. È proprio il concetto di prevenzione che va rimesso al centro dei nostri piani strategici sanitari.

Un altro pilastro è tutto ciò che riguarda gli anziani e le cronicità. L'aspettativa di vita prevede un allungamento, per cui le necessità sono maggiori. Dentro questo ragionamento c'è l'aspetto della sanità come ospedale, come territorio, che lei ha ben descritto. La sfida è grandissima e sarà quella di realizzare il sistema ospedaliero sul modello di *hub and spoke*, affinché si investa moltissimo sul territorio.

Ho studiato per curiosità il sistema del Quebec. Devo dire che, per quanto riguarda la filiera – se così possiamo chiamarla – della presa in carico del paziente a livello territoriale fino all'ospedalizzazione e il successivo ritorno a casa, è un modello estremamente virtuoso.

Faccio un'ultima considerazione: per fare tutto questo servono risorse, per quanto possiamo investire nel PIL, non riusciremo a dare tutte le risposte necessarie, perché ormai la sanità rischia di essere fuori controllo. Allora le chiedo se lei pensa di cominciare finalmente ad aprire una riflessione sulla compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per mantenerlo comunque sempre un servizio nazionale e universale. Possiamo cominciare finalmente a discutere in maniera seria e approfondita, e non ideologica, su tutta quella che è la mutualità integrativa? Possiamo pensare di aprirci anche ad esperienze come quella tedesca, dove una giornata di lavoro da parte del datore di lavoro e una giornata del lavoratore sono messe in un grande capitolo per le nuove povertà e le nuove cronicità? Possiamo cominciare, anche da questo punto di vista, a vedere una compartecipazione selezionata ma molto più ampia rispetto a quella oggi esistente?

BASSOLI (PD). Signor Ministro, lei ha sottolineato che il coinvolgimento molto vasto registrato dalla pubblica consultazione ha consentito di sviluppare la discussione e il confronto prima sul «Libro Verde», poi sul «Libro Bianco». Alla luce del progetto elaborato, le chiedo come verrà at-

tuato il «Libro Bianco». A mio parere, sarebbe importante che alcuni degli obiettivi, ancora molto generali, previsti nel «Libro Bianco» non fossero realizzati solo con decisioni del Governo, ma che vi fosse una partecipazione del Parlamento alle fasi di confronto, discussione e attuazione degli interventi da adottare in tal senso. Ministro, vorrei sapere se questo sarà possibile.

Vi è poi una seconda questione di fondo che vorrei porre: nel «Libro Bianco» si indica il principio guida dell'universalismo selettivo e lo si mette a confronto con un universalismo assoluto che non fa i conti con la scarsità delle risorse e la sostenibilità delle prestazioni sanitarie. Tralasciando il fatto che stiamo e dobbiamo stare (alcune Regioni dimostrano di poterci stare) nella sostenibilità, pur trovandoci per alcuni aspetti in scarsità di risorse, signor Ministro, senza alcuna acrimonia le domando: il tema dell'appropriatezza delle cure è un elemento che può definire una forma selettiva dell'universalismo inteso, naturalmente, come fondamento del nostro sistema? Se si affronta la questione solo dal punto di vista della scarsità di risorse e della sostenibilità delle prestazioni, si elimina uno dei concetti di fondo del sistema salute che – come afferma l'Organizzazione mondiale della sanità – è non solo assenza di malattia ma anche benessere generale e, come sostiene l'Europa, elemento di ricchezza sul piano non solo sociale ma anche economico. Questo punto andrebbe chiarito perché un universalismo selettivo – inteso come un sistema di riduzione delle possibilità di accesso alle prestazioni non legato all'appropriatezza, al bisogno, a un giudizio da esprimere nell'ambito del progetto di cura per le persone – diventa una forma di selezione che rischia di colpire essenzialmente coloro che per ragioni economiche non sono in grado di accedere a tali servizi. Peraltro, nel documento si ipotizza la crescita di un secondo pilastro con nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la rivisitazione dello strumento delle società di mutuo soccorso, le possibili sinergie e complementarietà con il pilastro pensionistico privato. Questa è la mia interpretazione, ma vorrei che ci chiarisse meglio la questione.

A mio parere, il modo in cui è impostato tale sistema evoca una forma di compartecipazione molto spinta ai costi delle prestazioni, peraltro, già attualmente in uso in alcune Regioni. Nella mia Regione, ad esempio, il *ticket* per un esame semplice ammonta a 36 euro, in alcuni casi a 45, mentre per un esame miografico delle due gambe è pari a 72 euro (36 euro ogni gamba). Come si può notare, quindi, sono già attuate forme di compartecipazione e chi vive di pensioni molto basse, come purtroppo la maggior parte dei pensionati italiani, quando ne ha davvero necessità incontra notevoli difficoltà nel sostenere costi di questo genere. Sarebbe, pertanto, opportuno che lei chiarisse meglio quali sono le possibili sinergie con il pilastro pensionistico privato.

Infine, nel documento si legge che la Regione afferma la reale centralità della persona attraverso una posizione terza di controllore neutrale della qualità, della libera scelta del paziente, della sicurezza delle cure e della conformità medica delle prestazioni e dei relativi volumi. Tuttavia,

a me pare che questo elemento contrasti con quanto affermato dai colleghi che mi hanno preceduto e da lei stesso ricordato riguardo la compartecipazione e la responsabilità della Regione nell'ambito del federalismo fiscale e nell'utilizzo delle risorse in campo sanitario. Se la Regione deve affermare una posizione terza di controllore neutrale della qualità, della libera scelta, della sicurezza delle cure, della conformità medica e dei relativi volumi, come è possibile che possa esercitare un reale controllo delle risorse? Le rivolgo questa domanda perché la Regione Lombardia, che nel 1997 aveva attuato una riforma del sistema sanitario basata sulla centralità della scelta della persona, ha dovuto poi fare dei passi indietro, perché la sanità non è un mercato normale ma un mercato in cui si può indurre a un consumo esorbitante affatto legato alle reali esigenze di appropriatezza delle cure. Il controllo dei volumi, della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni è invece uno dei compiti principali che la Regione dovrebbe svolgere.

Dunque, proprio perché guardo e ascolto senza pregiudizi cercando di capire i concetti esposti nel «Libro Bianco», le chiedo di chiarire questi aspetti.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, come mi era stato preannunciato, per improrogabili e concomitanti impegni il Ministro non potrà trattenersi oltre le ore 16.

Dal momento che altri senatori intendono intervenire, poiché il ministro Sacconi ha dichiarato la sua disponibilità a tornare in Commissione per assistere al seguito del dibattito e svolgere la sua replica, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

I lavori terminano alle 16,30.

