



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 38

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE RENATO
BALDUZZI SUI PROBLEMI DI ORDINE SANITARIO
RELATIVI ALLA SITUAZIONE DELL'ILVA DI TARANTO

INTERROGAZIONI

393^a seduta: giovedì 13 dicembre 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del ministro della salute Renato Balduzzi
sui problemi di ordine sanitario relativi alla situazione dell'ILVA di Taranto**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 10 e <i>passim</i>
BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>	3, 10, 11
BASSOLI (PD)	8
COSENTINO (PD)	9, 11
GRAMAZIO (PdL)	8
SACCOMANNO (PdL)	6

I N T E R R O G A Z I O N I

* PRESIDENTE	Pag. 12, 14, 17
BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>	12, 15
GRAMAZIO (PdL)	16
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	18

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: 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 (Apl-FLI): Per il Terzo Polo:Apl-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-Diritti e libertà: Misto-DL; 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 Renato Balduzzi.

I lavori hanno inizio alle ore 8,50.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Renato Balduzzi sui problemi di ordine sanitario relativi alla situazione dell'ILVA di Taranto

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca audizione, ai sensi dell'articolo 46 del Regolamento, del ministro della salute Renato Balduzzi sui problemi di ordine sanitario relativi alla situazione dell'ILVA di Taranto.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4 del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo 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

proseguo dei lavori.

Do subito la parola al ministro Balduzzi.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, ringrazio lei e la Commissione per l'opportunità datami, con questo invito, di fare il punto su una questione assai importante sia in sé, sia per il significato emblematico che ha in ordine al problema della compatibilità fra ambiente, salute e lavoro nel nostro Paese. Il Ministero della salute segue da molti anni la situazione di Taranto, come fa anche, tra l'altro, l'Organizzazione mondiale della sanità, e ha condotto diversi studi di monitoraggio, alcuni nell'ambito del programma di ricerca finalizzata, altri in collaborazione o avvalendosi del supporto dell'Istituto superiore di sanità, all'interno dello Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento (SENTIERI). L'esito di tali studi ha evidenziato a Taranto e a Statte un quadro di inquinamento ambientale diffuso, con un contributo rilevante del polo industriale cittadino ed in particolare dell'ILVA.

L'ASL di Taranto ha anche avviato da molti anni campagne di monitoraggio, con rilevazione di un'importante contaminazione della catena trofica in alcune aziende zootecniche sia del Comune, sia del territorio della Provincia di Taranto.

I dati SENTIERI mostrano eccessi di mortalità nei due periodi considerati (1995-2002 e 2003-2009) per le principali cause di morte, con specifiche sedi tumorali e specifiche patologie, nonché per la mortalità in-

fantile. In generale, si può dire che lo stato di salute dei residenti nel sito d'interesse nazionale di Taranto è sfavorevole rispetto alla popolazione di riferimento, ovvero quella regionale.

Questo vale in particolare per quelle patologie la cui eziologia ammette, tra i fattori di rischio, le esposizioni ambientali presenti nel sito. L'incidenza tumori nel biennio 2006-2007, che cito perché è l'unico rispetto al quale vengano forniti dati dal Registro tumori Puglia - ASL di Taranto, mostra degli eccessi significativi per tutti i tumori rispetto agli altri registri tumori nel Meridione, in particolare per quanto riguarda le neoplasie del polmone e della mammella. Per le leucemie, ugualmente si superano i valori attesi in base ai dati nazionali e delle altre macroaree.

Il dato più importante e su cui probabilmente è il caso di fare ulteriori approfondimenti è quello relativo all'età pediatrica, dove l'incidenza dei tumori è significativamente più elevata rispetto ai dati nazionali delle diverse macroaree.

Per concludere su questo punto, l'analisi dei dati ambientali disponibili suggerisce che i microinquinanti presenti nelle particelle sottili costituiscono i principali fattori di rischio per la salute e c'è una ragionevole possibilità di collegare la presenza di questi inquinanti all'attività dello stabilimento siderurgico.

Su queste basi, che il Ministero della salute ha potuto avere compiutamente tra settembre ed inizio ottobre e anche alla luce di rilevazioni, che stanno proseguendo, di biomonitoraggio, che per avere senso deve essere esteso nel tempo e molto ben focalizzato in termini di popolazione, il Ministero della salute ha adottato, in sede di procedimento della nuova autorizzazione integrata ambientale, una posizione volta a richiedere da una parte prescrizioni ancora più restrittive per quanto riguarda le emissioni e dall'altra l'inserimento del profilo sanitario nell'autorizzazione integrata ambientale.

Consapevole che si trattava di un svolta, perché la struttura delle AIA fino ad oggi sperimentate non prevedeva una significativa rilevanza del momento sanitario, ma anche che la situazione di Taranto e probabilmente non solo di Taranto ma anche di altri siti d'interesse nazionale lo imponeva, il Ministero dell'ambiente ha accolto nella redazione dell'AIA di fine ottobre tutte le proposte del Ministero della salute.

La nuova AIA pertanto si presenta dotata di un meccanismo di piano di monitoraggio sanitario, di un meccanismo di rilevazione tempo per tempo delle evoluzioni epidemiologiche e di incidenza di queste rilevazioni sull'efficacia e sulla continuità nel tempo della stessa autorizzazione integrata ambientale. Accanto al piano di monitoraggio è previsto ed è costituito un osservatorio che evidentemente trova la confluenza di tutti i soggetti interessati, quindi non solo Ministeri e Regione, ma anche ASL, ARPA, Istituto superiore di sanità, ISPRA e OMS, perché l'OMS Regione europea ha concorso alla redazione del piano di monitoraggio, ma ha anche dato la propria disponibilità per la sua attuazione.

Il punto di vista del Ministero della salute in questa vicenda si riassume (come ho detto più volte nelle più diverse situazioni, anche nel corso

della mia visita a Taranto di cui dirò più avanti, ma come non ho avuto occasione di dire in questa sede) non c'è alternativa a tenere insieme questi tre elementi, né la loro gerarchia, nella quale la salute evidentemente occupa una posizione alta, può essere utilizzata per escludere uno degli altri elementi.

Se 20.000 persone perdono il posto di lavoro, questo incide immediatamente sulla salute, come pure se in uno stabilimento fortemente connotato da caratteristiche produttive critiche come uno stabilimento siderurgico si interrompe la produzione, non si facilita il risanamento, perché il risanamento può essere attuato solo all'interno di una struttura vitale: se si interrompe la storia di strutture analoghe in altri posti d'Italia o d'Europa, è dimostrato che ne deriva un problema ambientale ulteriore, cioè si crea una sorta di bomba ambientale.

La sfida è vincere la partita della riduzione più ampia possibile delle emissioni e avere al tempo stesso uno strumento permanente di monitoraggio sanitario. Non contesto in radice il ragionamento dell'azienda, secondo cui i dati di cui disponiamo sono vecchi e quindi non possono confermare che le prescrizioni seguite o comunque da seguire negli anni scorsi possano avere effetti positivi. Dobbiamo però far valere il principio di precauzione. Poiché sulla base dei dati di cui disponiamo la situazione è questa, sono necessarie le misure previste: i contenuti della nuova AIA, un piano di monitoraggio sanitario, l'istituzione di un osservatorio, un progetto salute per Taranto.

Se c'è una significativa richiesta di prestazioni sanitarie legate a problemi epidemiologici, ci vuole una risposta adeguata e questo richiede un intervento *ad hoc*, non bastano le deroghe ammissibili. Si tratta peraltro di una Regione sottoposta a piano di rientro, che quindi ha problemi particolari dal punto di vista della disponibilità del personale e delle risorse.

Occorre prevedere, come dicevo, un progetto salute specifico per Taranto, da inserire – per quanto riguarda la competenza del Ministero della salute – in sede di riparto dei fondi per la sanità per il 2013. Tale riparto si effettua sulla base delle nuove procedure relative ai costi *standard*: l'altro ieri il Consiglio dei ministri ha adottato la delibera sui relativi criteri, in assenza d'intesa, perché la Conferenza Stato-Regioni non è riuscita a concordare sulle Regioni da individuare come *benchmark*. Pertanto, il Consiglio dei ministri ha lasciato decorrere il termine e poi ha adottato ugualmente la delibera.

A questo punto, si può avviare il progetto in sede di riparto delle risorse per il 2013: tra gli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, deve essere prevista una finestra su Taranto e sui siti di interesse nazionale. Quella di Taranto infatti è una situazione emblematica, ma non è l'unico caso grave che abbiamo nel nostro Paese, e può quindi fungere anche da modello di intervento.

Si inserisce a questo punto la questione del decreto-legge n. 207 del 2012, che a mio avviso presenta aspetti di rilevante novità. Innanzitutto, opera una sorta di legificazione dell'autorizzazione integrata ambientale e quindi di tutte le prescrizioni sanitarie in esso contenute, che pertanto

risultano tutte coperte dalla normativa. Bisognerà poi controllare quali connessioni ci sono con l'iniziativa autonomamente presa dalla Regione Puglia con la legge regionale n. 21 del 2012 sulla valutazione del danno sanitario. A metà novembre, si è già tenuta una prima riunione, promossa dal Ministero della salute, e la prossima settimana ce ne sarà un'altra, probabilmente quella conclusiva, per fare in modo che le procedure del piano di monitoraggio sanitario e quelle della legge regionale della Puglia siano compatibili: non è pensabile infatti che ci siano due valutazioni proceduralmente differenti e non coordinate. Da questo punto di vista, c'è la massima disponibilità della Regione Puglia, il problema è solo trovare una piena coincidenza.

Il secondo motivo di interesse del decreto-legge n. 207 è legato alla circostanza che ormai nessuno ha più margini per evitare di intraprendere la direzione segnata dall'AIA, che prevede obblighi stringenti in capo all'azienda, la quale – in caso di inottemperanza – viene sottoposta ad amministrazione straordinaria e obbligata a pagare una multa salatissima, a partire dai 600 milioni di euro.

Si è proceduto poi ad istituire un'apposita autorità di garanzia, che svolge una funzione pubblica neutrale, proprio per assicurare la massima trasparenza possibile. Questo soggetto garante neutrale, non a caso nominato con procedure particolari, non consuete e non riferibili esclusivamente all'Esecutivo, serve da sentinella per il Governo e per il Parlamento circa l'attuazione delle prescrizioni dell'AIA.

Ciò significa che gli impianti proseguono la loro attività produttiva, evidentemente a condizione che vengano rispettate le prescrizioni dell'autorizzazione integrata, compresa l'utilizzazione dell'ambiente a freddo. Per far questo, è chiaro che i prodotti commercializzati e da commercializzare debbano essere messi in commercio, altrimenti occuperebbero lo spazio che serve per la produzione a freddo. Per questo motivo, dal punto di vista del Governo, nel contenuto del decreto-legge era implicita la possibilità di commercializzare i prodotti stoccati e fermi, il cui valore – come è noto – supera il miliardo di euro.

Il Governo ha dunque dichiarato la propria attenzione e disponibilità, nel caso fosse necessaria un'interpretazione autentica del provvedimento, perché la magistratura, nell'esercizio delle sue legittime prerogative, reputa non applicabile il decreto-legge al pregresso con riferimento alla commercializzazione.

PRESIDENTE. Ringraziamo il Ministro per il suo contributo.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Ministro, desidero fare una breve riflessione e mi scuso in anticipo se poi dovrò lasciare i lavori della Commissione, ma devo partecipare ad un convegno in cui tra l'altro sarà in discussione il tema della responsabilità professionale, affrontato dal decreto da lei emanato.

In Puglia non c'è un registro tumori, questo è il dato reale. Nell'aprile del 2000, quando ero assessore regionale, grazie ad uno specifico fi-

nanziamento, fu realizzata la sperimentazione del registro tumori nell'area ionico-salentina, con la collaborazione dell'attuale direttore generale dell'ARPA, il professor Assennato. Con un fondo di 4 miliardi, avevamo deciso di realizzare per le aree industriali di Taranto e di Brindisi un registro tumori, integrato dalla predisposizione di una dieta *ad hoc*, che potesse favorire addirittura l'inizio di un tipo di vita diverso.

Il registro tumori è stato chiuso nel 2006, anche se localmente si è operato ancora fino al 2007. Uno dei problemi fondamentali del dibattito politico attuale (lungi da me l'intento di attribuire responsabilità a qualcuno) resta la necessità dei fondi e dell'impegno per realizzare il registro tumori.

Alcune colleghe sono state portavoci importanti, in questa Commissione, della necessità di istituire il registro tumori in generale. Penso che con un progetto finalizzato si potrebbe fornire un aiuto a quell'area. In questo momento, alcune importanti amministrazioni si stanno autotassando per creare un fondo, in modo da dare a questa Regione, soggetta a piano di rientro, la possibilità di istituire il registro tumori, che resta uno strumento di primaria importanza, dal momento che permette di superare sensazioni e percezioni e di basarsi su dati scientifici, su rilevazioni ripetute, controllate e confrontate.

Le ASL hanno avviato le valutazioni dello stato di salute annuali fin dal 1997, tempi che lei ben conosce, e da quel periodo sono gli unici elementi di confronto e comprendiamo che scientificamente sono assolutamente deboli rispetto a valutazioni delicatissime, soprattutto per le leucemie ed i tumori pediatrici.

Mi permetto quindi di rivolgere a lei, Ministro, una preghiera – e lo faccio da questa Commissione prima che si sciolgano le Camere – affinché trovi, tra le tante sperimentazioni approvate per sostenere progetti che si continuano a sostenere, la disponibilità per creare rapidamente, attraverso un suo intervento e senza aspettare la generosità che comunque si sta attivando, il registro tumori. Credo che di questo tutti le sarebbero grati.

Le rivolgo questa preghiera al di là delle attenzioni che il Ministero ha posto sull'argomento, per le quali la ringrazio. Non intendo infatti unirmi al coro delle valutazioni non adeguate che hanno immaginato di interferire con lo studio che è alla base dei rilievi che ella ha fatto e dei suggerimenti che ha dato. La mia valutazione per l'impegno che ella ha profuso è positiva, al di là delle sciocchezze che ho sentito, perché ci si divide sempre per gruppi, per opinioni e partigianeria, mentre in realtà a me è sembrato un intervento globale e serio.

Non sono nelle condizioni di intervenire e le garantisco che se avessi avuto l'autorevolezza, sul posto, per farlo, avrei promosso la scelta di un accordo di sperimentazione importante con il Ministero; ove lei, signor Ministro, riuscisse a farsene promotore in questo scorcio di legislatura credo che l'intera Regione le sarebbe grata.

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Ministro, mi unisco alle considerazioni del collega Saccomanno e le chiedo un orientamento sulle sue proposte, così da capire se in questo momento possano essere accolte o meno.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, ho apprezzato molto la relazione del Ministro, assai chiara ed efficace nelle sue proposte. Mi unisco alla preoccupazione espressa or ora anche riguardo alla mancanza di rilevatori generalizzati nel nostro Paese della situazione epidemiologica, soprattutto in alcune realtà particolari come quelle a rischio. Peraltro, ho fatto del problema dei registri un po' il tema della mia presenza in questa Commissione in questa legislatura.

Il primo registro tumori è partito in Lombardia nel 1995, nella provincia di Varese, e l'aver poi, con molta fatica, generalizzato questa esperienza in altre realtà è stato occasione per conoscere non solo l'incidenza dei tumori, che tra l'altro è molto diversa da realtà a realtà anche nella mia Regione, ma anche il risultato delle cure e come si è allungato il tempo della malattia rispetto ad una mortalità che prima era immediata.

Mi sembra quindi preoccupante che in una realtà a rischio come quella di Taranto non vi sia un registro che rilevi questa incidenza epidemiologica per l'area interessata e la città. È pertanto apprezzabile il lavoro svolto in questo senso dal Ministero e che nell'area sia stato inserito questo profilo di rilevanza sanitaria e penso che nell'integrazione tra l'attività del Ministero e quella della Regione sarebbe importante sollecitare l'attivazione di questo registro come aiuto importante per il Progetto salute per Taranto, cui il Ministro ha fatto riferimento.

È stato giusto riconoscere l'importanza della continuità nella produzione. Lei, signor Ministro, ha giustamente detto che senza questa produzione ci si ammalerebbe comunque, perché sarebbe un grave colpo a tutta la popolazione, visto che questo è un settore produttivo e occupazionale quasi unico in quella realtà.

Inoltre, vengo da una città in cui la siderurgia è stata preponderante per un secolo ed il problema di dismettere queste realtà diventa un'ulteriore dramma, perché non solo si crea un vuoto sociale ed economico, ma si forma anche una sorta di buco nero nella città, data l'ampiezza di questi impianti, che diventa determinante dal punto di vista della possibilità di un recupero ambientale ed urbanistico ed anche di sviluppo futuro di queste realtà. È stato ed è molto difficile recuperare centri di questo tipo. Ad esempio, nella mia città dopo quasi trent'anni stiamo ancora lavorando per il recupero di queste aree, che sono aree con un inquinamento tale da essere diventate di interesse nazionale.

Credo pertanto che l'unica prospettiva sia proprio quella di continuare la produzione ed entrare con grande forza sul tema del recupero della qualità ambientale di queste realtà, verificandone anche la situazione dal punto di vista pregresso. Infatti, stiamo parlando di inquinamento e tutti pensano all'inquinamento dell'aria, ma vi sarà anche l'inquinamento dell'acqua, dei pozzi e delle falde acquifere, vi sarà il problema del terreno. Sono tantissimi problemi che è più facile affrontare con una realtà

produttiva in grado di produrre ricchezza per intervenire su queste situazioni, che sono anche molto costose dal punto di vista del recupero ambientale, piuttosto che in una realtà dismessa, dove si apre necessariamente un contenzioso con il privato che ha disinteresse, perché non produce e quindi nemmeno ha interesse al recupero dell'area.

Penso che il piano così com'è stato predisposto sia giusto, bisogna vedere di realizzare il coordinamento con la Regione.

Siamo purtroppo alla fine della legislatura, ma spero e mi auguro che questo lavoro possa essere raccolto in futuro, perché questo Progetto salute per Taranto potrebbe essere un'esperienza a livello nazionale ed internazionale per lavorare sui parametri che verranno raccolti riguardo alla situazione attuale, allo sviluppo di questo Progetto salute ed ai risultati che potrà dare, che potrebbero essere di interesse medico scientifico ed anche politico, per tutti gli amministratori interessati a questi processi.

Lei, signor Ministro, ha giustamente sottolineato che nel nostro Paese il problema non è solo Taranto ed io ho citato la mia città, ma questa è una situazione abbastanza diffusa soprattutto nelle grandi aree industriali o ex industriali. Credo quindi che questo progetto potrebbe essere un'esperienza di interesse nazionale cui fare riferimento, non solo per l'esame dei dati, ma anche per i risultati che si otterranno nella sua attuazione.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, condivido sia la relazione del Ministro sia gli interventi dei colleghi, quindi mi limito a due considerazioni.

A Taranto la situazione che vede il tentativo di tenere in equilibrio l'esigenza di produzione e l'esigenza di tutela della salute è, e sarà, nei prossimi mesi e anni, drammatica. Mi chiedo se sia stata fatta nel passato – mi rispondo di no – e se si possa fare adesso una effettiva e incisiva politica di osservatorio e prevenzione. Per esempio, mi piacerebbe sapere, in una audizione come questa, quante sono le donne di quel territorio che rispondono oggi alle campagne di *screening* per il tumore femminile. La ASL di Taranto, la regione Puglia e il sostegno del Governo a queste scelte stanno cambiando in questi giorni la situazione o siamo ancora nelle lentezze rispetto a quello che abbiamo visto nella storia di questi anni?

È chiaro che occorre un intervento straordinario coordinato tra Governo, regione e ASL, perché tutto quel che è possibile mettere in campo in termini di *screening* precoce e di campagne di tutela sia messo in campo. Su questo terreno condivido la scelta per cui, anche in sede di riparto, si possa tenere conto di questa specificità.

Tuttavia, ed è la seconda riflessione che faccio, lei ci porta dati relativi ad un registro tumori che, al di là di quel che diceva il collega Saccomanno, è fermo ad un paio di anni fa. Ma è possibile? Quante sono oggi in Italia le ASL in grado di fornirci i dati del registro tumori relativi all'anno 2011? Tre? Cinque? Nove? Undici? Ventitre? Quante su 150? Da questo punto di vista io penso, anche qui lo dico autocriticamente, che lei abbia dato un impulso forte con il programma degli esiti e con l'iniziativa di agenda informatica, ma il futuro, anche nel rapporto delicatissimo tra

Stato centrale e regioni, nei prossimi anni si gioca sulla trasparenza dei risultati e sulla forza e l'impegno con cui il Governo impone le scelte di trasparenza, di registrazione e di osservatori, conduce le battaglie per la tutela della salute e rende conto dei risultati di salute riguardo alla popolazione.

Su questo noi siamo molto, molto indietro, perché è davvero impressionante che su una materia di questo genere abbiamo dovuto aspettare dieci o quindici anni per scoprire che dati più o meno incerti ci dicono che ci sono elementi rilevanti da questo punto di vista. Credo sia difficile non tenere conto di quanto renda più forte il distacco tra cittadini e istituzione il fatto che nessuno, fino all'intervento dei giudici, si sia davvero posto il problema di cosa significhi un incremento, che lei, peraltro, non ha voluto dirci qui in Commissione, di mortalità infantile per leucemia, come quello che poi si è registrato e si registra da anni. C'è un problema di rapporti tra cittadini e Stato, con i primi che devono sentire che il secondo sta dalla loro parte.

Da questo punto di vista, pur avendo molto apprezzato il suo lavoro in questo campo, che ha contemplato una scelta forte rispetto al passato, continuo a ritenere il Servizio sanitario nazionale ancorato a vecchie logiche per cui, meno i cittadini sanno, meglio è. E questo non ci porterà lontano.

PRESIDENTE. Lascio ora la parola al Ministro per le risposte.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, ringrazio i commissari per gli interventi.

Credo ci sia un sostanziale accordo sulla opportunità di un progetto finalizzato per Taranto, che potrà essere inserito, come dicevo prima, in sede di riparto dei fondi per la sanità del 2013, auspicando delle procedure meno lunghe rispetto a quelle del passato, perché la richiesta che viene dal territorio, alla luce di quel che si è sviluppato nel 2012, è di un intervento immediato. Forse, andrebbero studiate delle soluzioni ponte. Però vorrei fare una precisazione. Credo che a Taranto, come forse in altre situazioni, ci sia un grande problema di comunicazione tra istituzioni e cittadini.

In occasione della mia visita di ottobre, quando presentai i dati, quelli sui quali il Ministero a basato la sua posizione sull'AIA, quindi tutta quella polemica era assolutamente pretestuosa, ma la questione è stata chiarita, tra i momenti della giornata a più forte impatto emozionale c'è stato l'incontro, in una parrocchia di uno dei quartieri maggiormente interessati, con la società civile. C'erano 5-600 persone, ognuna delle quali poteva fare una domanda al Ministro, il quale, se ne era capace, rispondeva. Ebbene, in quella occasione ho capito una cosa che se non fossi andato lì non avrei mai capito: conta di più ristabilire la comunicazione, che l'iniziativa «X» o «Y», perché bene o male, qualche volta male, qualche volta benino, qualche volta bene, il sistema istituzionale qualche risposta la dà. Il problema è che la dà senza una interlocuzione. Allora ci

si deve mettere la faccia. Si deve andare a dire ciò che è e ciò che non è; quale sia, cosa significhi e quali caratteristiche abbia il dato.

Anche sulla questione del registro tumori, sulla base di quanto è stato detto nella discussione questa mattina, farò degli accertamenti, perché magari anche al Ministero raccontano le cose come non sono. A me però mi risulta che il registro vi sia, che pure abbia avuto dei problemi nel tempo, ma funzioni. I dati 2006 e 2007 sono i primi che il registro sia in grado di fornire. Comprendo benissimo ...

COSENTINO (PD). Il registro tumori di Latina può fornire i dati del 2010 e del 2011!

BALDUZZI, *ministro della salute*. Il nostro sistema si basa sulla scommessa di riuscire a portare tutti i territori allo stesso grado di efficienza, anche informativa. Evidentemente lì c'è stato un problema. L'allora assessore Saccomanno se ne era occupato per tempo e ci ha detto la data: non era proprio ieri. È chiaro che c'è stato un problema, ma la situazione, per quel che risulta al Ministero, si è rimessa in movimento. Allora si tratta di aiutare tutte le situazioni in movimento.

Il biomonitoraggio continua e tra qualche giorno sarò in grado di presentare ulteriori dati. Poi bisogna fare attenzione, perché siamo alle prese con una materia per sua natura dai contorni molto opinabili. Il dato epidemiologico, infatti, sconta tutta una serie di aggiustamenti, come voi sapete benissimo, e non c'è mai la possibilità di operare delle conseguenze rigide. Il punto di vista del Ministero della salute è quello del principio di precauzione. Dove c'è una ragionevole criticità, va posta l'attenzione. Non è che si debba essere sicuri che da quella emissione derivi quella malattia, perché sarebbe ridicolo e banale, ma quando i dati evidenziano che c'è una criticità si deve intervenire sull'emissione e sulla malattia, dove intervenire sulla malattia vuol dire evidentemente intervenire con tutti gli strumenti: con la prevenzione secondaria e terziaria (ma soprattutto con la secondaria) e poi naturalmente con la cura e con la riabilitazione, quindi con una risposta in termini di offerta sanitaria.

Non condivido, senatore Cosentino, l'opinione secondo cui meno i cittadini sanno meglio è: come lei sa, semmai ho avuto problemi in questi mesi proprio perché non condivido questa posizione. Faccio però molta attenzione ad evitare il dato *shocking*, perché serve a destare preoccupazione ma non è in grado di dare l'indicazione e la direzione in cui agire. Si sarebbero potuti dare, come è possibile fare un po' dappertutto, non soltanto a Taranto, dati eclatanti, ma il problema è inserirli in un quadro di comparazioni, dove si possa anche, nel momento in cui si fornisce il dato, dare un'indicazione di speranza, altrimenti il dato *shocking* può dare l'impressione a ciascuna persona di essere direttamente interessata dal contenuto del dato, ma evidentemente non è così, perché siamo sempre nel campo della statistica.

Mi rendo conto che, se non si fa attenzione, la trasparenza qualche volta non aiuta la conoscenza. Dal mio punto di vista, la trasparenza

deve essere sempre accompagnata da una chiara enunciazione dei limiti del dato, perché tutti i dati sono pubblici e tutto ciò che il Ministero fa viene pubblicato sul portale del Ministero, quindi non c'è nessuna possibilità, almeno per quanto mi riguarda, di equivoco.

Il dato, però, va sempre necessariamente contestualizzato e soprattutto corredato da una sorta di istruzioni per la conoscenza del dato, altrimenti non si fa l'interesse dei cittadini, ma semmai l'interesse contingente di chi fornisce il dato, che in questo modo si crea una piccola popolarità.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro della salute per la disponibilità e per le valutazioni fornite alla Commissione relativamente alla questione dell'ILVA e dichiaro conclusa l'audizione.

INTERROGAZIONI

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca ora lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-03144, presentata dal sottoscritto senatore Tomassini.

BALDUZZI, *ministro della salute*. La risposta all'interrogazione 3-03144 sarà necessariamente molto più estesa, perché tocca vari aspetti.

La focalizzazione è nel decreto del commissario *ad acta* del luglio 2011, con cui la Regione Lazio ha provveduto a ratificare l'accordo con la San Raffaele S.p.a. per la riorganizzazione dell'offerta sanitaria riguardante alcune strutture del territorio laziale.

Rispetto a tale decreto, i Ministeri affiancanti nel marzo 2012 hanno valutato che lo stesso non è coerente con le intenzioni del precedente decreto del 2010, ricordando alla Regione Lazio l'importanza di predeterminare il fabbisogno regionale e poi di procedere ad accreditare nuove strutture e di non fare l'inverso.

Con riferimento a singole case di cura, fra cui quella di Montecompati, il decreto di riorganizzazione sopracitato ha previsto una rimodulazione e l'attivazione di posti letto da autorizzare ed accreditare. I dettagli li troverete nel documento che deposito presso la Commissione.

Su tale riorganizzazione, con riferimento alla struttura di Montecompati, i Ministeri si esprimevano negativamente, considerando che sarebbe diventata una nuova sede di destinazione di attività sanitarie e sociosanitarie e, quindi, era priva di un precedente accreditamento provvisorio.

Nello stesso parere si ribadiva che «eventuali nuove autorizzazioni all'esercizio o nuovi accreditamenti sarebbero stati possibili una volta che fosse stato completato il processo di accreditamento definitivo delle attuali strutture private provvisoriamente accreditate». Tale processo è ad oggi ancora *in itinere*.

Le criticità principali rilevate nei rapporti tra il Gruppo San Raffaele S.p.a. e la Regione Lazio sono riconducibili ai seguenti aspetti: rilascio di

un nuovo accreditamento, a fronte del mancato completamento delle procedure di accreditamento definitivo delle altre strutture private già provvisoriamente accreditate; nel decreto di autorizzazione e accreditamento non si fa menzione della modifica del fabbisogno dell'area, prevista dalle norme e che giustificerebbe l'accreditamento di una struttura *ex novo*; attraverso il trasferimento di posti letto da altre strutture del Gruppo al San Raffaele di Montecompatri, si aumentano i posti letto globalmente assegnati al Gruppo in difformità dalla precedente programmazione.

Sul punto si è espresso anche il TAR Regione Lazio che, con sentenza n. 4940 del 31 maggio 2012, ha disposto l'annullamento del decreto n. 62 del 2011, con la motivazione che «nell'impugnato decreto non si fa alcun cenno all'analisi dell'impatto del disposto trasferimento dei posti letto da un distretto all'altro».

Inoltre, la Regione Lazio ha proceduto a revocare l'accreditamento alla struttura San Raffaele di Velletri, dopo il deposito degli atti di un'inchiesta giudiziaria, basata su un'ipotesi di truffa del sistema sanitario nazionale, da parte della struttura stessa.

In merito alla Casa di cura San Raffaele Pisana, si deve considerare che trattandosi di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) di diritto privato, su di essa il Ministero ha una presa più diretta, anche se come sapete per gli IRCSS di diritto privato la vigilanza fa comunque salva l'autonomia organizzativa ed amministrativa dell'ente e in ogni caso la vigilanza sugli IRCSS è focalizzata naturalmente sull'attività di ricerca, ancorché questa sia compenetrata con quella di assistenza. Lo dico perché a volte si pensa che, trattandosi di un IRCSS, il Ministero si sostituisca alla Regione nell'attività di vigilanza, ma non è così. La Regione rimane responsabile dell'attività di vigilanza per la parte assistenziale, come prevedevano le vecchie normative e il Ministero si affianca in qualche modo nella vigilanza per quanto attiene all'attività di ricerca e alle connessioni di questa con l'assistenza.

Per quanto riguarda il San Raffaele Pisana, la struttura stessa segnala la sussistenza di un credito nei confronti della Regione Lazio di circa 250 milioni di euro. In generale, il Gruppo San Raffaele ha, sempre sulla base di informazioni fornite dal Gruppo stesso, operato una riorganizzazione e riconversione delle proprie attività, a fronte di modifiche della programmazione della Regione Lazio, con investimenti per oltre 20 milioni di euro.

Il Ministero del lavoro, in merito alle vicende estive relative alla possibile chiusura di alcune di queste strutture sanitarie, ha svolto ad agosto un incontro presso la Regione Lazio, che ha coinvolto lo stesso Ministero del lavoro, la Regione ed i vertici del San Raffaele, per verificare le difficoltà nell'accesso al credito e nell'approvvigionamento di materiale sanitario e sempre il Ministero del lavoro ha precisato che al momento non sono pervenute istanze del Gruppo San Raffaele di accesso agli ammortizzatori sociali, né richieste di intervento da parte dei lavoratori per crediti patrimoniali non corrisposti.

Per quanto riguarda invece i profili di competenza del Ministero della salute, abbiamo più volte richiesto alla Regione Lazio di dare assicurazioni circa il fatto che il processo di accreditamento istituzionale venga condotto in maniera corretta e la Regione Lazio ha comunicato di avere avviato un procedimento di deospedalizzazione dell'assistenza sanitaria con implementazione di attività territoriali, residenziali, domiciliari ed ambulatoriali, consentendo alle strutture interessate dalle riduzioni dei posti letto di poter formulare proposte di riconversione di quelli soppressi in altre attività territoriali rientranti nel fabbisogno regionale e che in questo processo, secondo la Regione Lazio, si inserisce il decreto del 2011 in cui viene ratificato l'accordo tra la Regione ed il Gruppo San Raffaele.

Per quanto riguarda l'assegnazione dei *budget* 2011 e 2012, rilevo che sono stati attribuiti alla struttura del gruppo i livelli massimi di finanziamento. Tenendo conto per il 2012 anche delle regole sulla *spending review*, al gruppo è stato attribuito un livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie pari a quasi 90 milioni di euro. In esito al perfezionamento delle procedure finalizzate alla verifica del possesso dei requisiti per il rilascio dei titoli di esercizio e accreditamento definitivi, potrà essere assegnato al gruppo San Raffaele un ulteriore *budget* per il 2012.

Segnalo infine che il gruppo ha promosso una serie di istanze giurisdizionali per ottenere anche il pagamento di produzione – ad avviso della Regione Lazio non riconoscibile – per un importo di oltre 6 milioni per il 2011 e di quasi 5 milioni per il 2012.

Per quanto riguarda i crediti vantati dalla struttura, la Regione sottolinea che, allo stato attuale, non esistono crediti certi, liquidi ed esigibili, né vi sono provvedimenti giudiziari di condanna della Regione stessa al pagamento di somme. Il gruppo San Raffaele ha proposto una domanda di sequestro conservativo davanti al tribunale di Roma, rigettata con ordinanza del 26 settembre, con cui il giudice ha riconosciuto che dal mero annullamento di provvedimenti regionali non discende un credito liquido, certo ed esigibile, ma solo l'obbligo dell'Amministrazione a rideterminarsi e non necessariamente in senso favorevole alla struttura sanitario.

Nel complesso, il contenzioso civile e amministrativo promosso dal gruppo San Raffaele nei confronti della Regione Lazio ammonta ad oggi a circa 80 giudizi tuttora pendenti. Qualora gli accertamenti operati dalle autorità giudiziarie si rivelassero fondati, la Regione dovrà procedere al recupero di ingenti somme corrisposte in eccesso al gruppo, a motivo di attività sanitaria non svolta o non eseguita in conformità alla normativa in vigore.

PRESIDENTE. La risposta all'interrogazione che ho presentato è sicuramente esauriente, però debbo purtroppo dichiararmi solo parzialmente soddisfatto, dal momento che il nucleo, il *core* dell'atto ispettivo non riguardava tanto vizi di tipo giuridico, materia su cui peraltro non posso esprimermi. Diciamo che da questo punto di vista sono più che soddisfatto per la completezza dei dati oggettivi che ci ha presentato, anche in riferi-

mento ai contenziosi ancora pendenti, su cui indubbiamente c'è un atteggiamento di prudenza, essendo ancora in corso una contrattazione.

Sono sicuro della buona fede e delle buone intenzioni della risposta che lei, signor Ministro, ha dato, però il tema centrale dell'interrogazione è quello del credito vantato dal gruppo San Raffaele. Analoga situazione si è verificata anche altrove in Italia: a fronte di un acquirente unico, che è il Servizio sanitario nazionale, ci sono crediti piccoli o grandi che non vengono riscossi e ciò determina l'emanazione di una serie di decreti ingiuntivi, a fronte dei quali la proprietà e la gestione finiscono per dichiararsi soccombenti. C'è quindi la preoccupazione che, a seguito di un fallimento, siano bloccati servizi importanti, con la sospensione delle attività sanitarie.

Posso affermare, in base alla mia personale conoscenza (ma possono testimoniare anche quei senatori che facevano parte della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale nella scorsa legislatura), che a seguito di una verifica sui centri di assistenza della società San Raffaele si era constatato un altissimo livello di professionalità e di qualità nella riabilitazione, soprattutto nei casi dei coma neurovegetativi, ambito nel quale venivano raggiunti risultati sanitari di eccellenza difficilmente riproducibili a livello nazionale.

Aggiungo poi che, per quello che ho potuto constatare direttamente o indirettamente, l'atteggiamento dell'attuale commissario non sembra favorire la soluzione di queste situazioni: è stato arcigno nel dialogo, le sue decisioni sono poco suffragate da argomenti decisivi, è molto propenso ad effettuare tagli lineari ciechi, che colpiscono prevalentemente un soggetto privato accreditato che funziona per il pubblico, piuttosto che un soggetto pubblico che non funziona. Ciò arreca un danno non solo alle strutture, ma anche agli operatori e soprattutto ai cittadini, che qui a Roma vengono così privati di servizi importanti, senza poter disporre di alternative.

Era questo il significato complessivo dell'interrogazione. Ripeto, pur apprezzando l'esauriente risposta dal punto di vista dei dati forniti, le chiedo un impegno personale a vigilare sugli aspetti che ho segnalato. Non voglio affermare *a priori* chi ha ragione e chi ha torto, ma credo di avere esposto in modo completo come si presenta la situazione nella sua oggettività. È importantissimo intervenire in quel dialogo.

Segue l'interrogazione 3-03145, presentata dai senatori Gramazio e Viceconte.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, su questo argomento sarò più breve, perché stiamo ancora elaborando una bozza di circolare interpretativa, quindi prego il senatore Gramazio di considerare la mia risposta solo come interlocutoria.

La questione è nota. Nella *spending review* si inserisce una norma che rende obbligatoria l'unificazione della figura del direttore sanitario aziendale e di quella del dirigente medico di presidio, per rispondere ad una preoccupazione di efficienza organizzativa, di contenimento della

spesa e di creazione di una struttura organizzativa più facilmente riconducibile a responsabilità precise.

Sono sorti alcuni problemi di interpretazione di questa norma. In particolare, la circolare interpretativa che sarà emanata dovrà chiarire quali sono i requisiti che tale unico soggetto dovrà avere, non essendo i medesimi i requisiti previsti dall'ordinamento vigente per la figura del direttore sanitario aziendale e quelli previsti per la figura del dirigente medico di presidio.

Dalla logica della disposizione, forse anche dalla *sedes materiae* (trattandosi della novella di un comma che si riferisce ai requisiti del direttore sanitario), si potrebbe trarre la conseguenza che la figura prevalente dovrebbe essere individuata nella figura del direttore sanitario, per il ruolo specifico richiesto e per il fatto che l'elemento fiduciario connesso con la nomina del direttore sanitario non ha riscontro nei requisiti richiesti per la nomina del dirigente medico di presidio.

Si tratta però, come si può capire, di una materia sulla quale è opportuna l'interlocuzione in sede di Commissione, perché stiamo plasmandola e dunque c'è la disponibilità a ricevere valutazioni da parte della Commissione o di singoli suoi componenti.

Si tratta di un emendamento di origine parlamentare e dunque credo sia ancora più importante questa interlocuzione: non dico che si tratti di una sorta di interpretazione autentica, ma è qualcosa di molto simile. Infatti, dalla norma possono esservi due uscite diverse, anche se dal punto di vista giuridico è difficile non arrivare alla soluzione che quell'unica figura deve possedere i requisiti comuni delle altre figure. Così perlomeno si esprime la lettera della disposizione normativa e questo potrebbe creare qualche difficoltà interpretativa cui dovrà porre rimedio la bozza di circolare in preparazione, rispetto alla quale è utile questa interlocuzione.

Infine, credo sia importante dire che, in ogni caso, i contratti in essere vanno alla loro scadenza naturale, non esistendo ragioni per interpretare la norma della *spending review* come una disposizione che vada ad interrompere contratti esistenti. I contratti in essere vanno alla loro scadenza naturale, dopodiché si applicherà la norma.

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Ministro, credo che il problema di fondo sia controllare chi ha i requisiti tra i due e quindi mi ritengo parzialmente soddisfatto, anche perché questa sua prima risposta è interlocutoria.

Mi permetterò di presentare in Commissione una dettagliata proposta, sul piano giuridico, da poter sottoporre al Ministro, giacché egli proprio in questo momento chiede di poter avere da parte di chi aveva presentato l'emendamento ulteriori chiarimenti che non creino una situazione di contrapposizione. Del resto, credo che evitare una contrapposizione debba essere nell'interesse di tutti, perché creerebbe un danno per il sistema e nelle aziende.

Occorre valutare chi ha realmente i requisiti, perché spesso un direttore sanitario può non avere tutti i requisiti mentre il direttore di presidio, che ha vinto un concorso all'interno della struttura, potrebbe avere più re-

quisiti del direttore sanitario. Questo va approfondito dagli uffici competenti e dal Ministero.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 9,55.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

TOMASSINI. – *Ai Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali.* – Premesso che:

il gruppo San Raffaele di Roma rappresenta una realtà di eccellenza a livello nazionale nel panorama della sanità;

la San Raffaele SpA sarebbe ancora in attesa dell'adempimento, da parte dei competenti organi della Regione Lazio, di quanto previsto dall'accordo di riorganizzazione e riconversione delle attività di cui al decreto commissariale n. 62 del luglio 2011 in tema di avvio delle nuove attività riconvertite, di rilascio delle relative nuove autorizzazioni e di determinazione dei relativi *budget* per gli anni 2011 e 2012;

per conformarsi a quanto previsto nel suddetto decreto, la San Raffaele SpA avrebbe sopportato rilevanti spese per adeguare, in termini sia strutturali che organizzativi, le proprie strutture alla nuova configurazione;

i costi operativi necessari al mantenimento dei livelli occupazionali ed alla somministrazione delle prestazioni di cui all'accordo sarebbero valutabili in circa 2 milioni di euro mensili;

a causa della mancata attribuzione dei *budget*, la San Raffaele SpA si troverebbe impossibilitata a fatturare le nuove prestazioni erogate e inoltre risulterebbe che deve ancora ricevere dalla Regione Lazio poco meno di 250 milioni di euro per crediti pregressi relativi a prestazioni erogate negli anni precedenti e non ancora remunerate;

la Regione Lazio è l'unico soggetto acquirente dei servizi sanitari della San Raffaele SpA e la mancata rimessa da parte della Regione nei confronti del cessionario Unicredit factoring impedirebbe il funzionamento del sistema di pagamento, deliberato dalla stessa Regione, basato sulla cessione dei crediti sanitari all'istituto cessionario;

tale situazione avrebbe creato un notevole aggravio dell'indebitamento della San Raffaele SpA nei confronti dei suoi dipendenti, degli istituti di credito e dei suoi fornitori; di conseguenza la società starebbe subendo una serie di azioni legali (nella forma di decreti ingiuntivi) da parte dei fornitori che avrebbero anche notificato preavvisi di sospensione delle forniture;

il 9 agosto 2012, come risulta da vari articoli pubblicati sulla stampa quotidiana e ripresi da quella radiofonica e televisiva, la San Raffaele SpA ha comunicato che, ove tale situazione dovesse protrarsi, la stessa società non sarà più in grado di assicurare il pagamento degli stipendi ai propri dipendenti e, in mancanza delle forniture di farmaci e presidi sanitari, di garantire un'adeguata assistenza ai propri pazienti;

ciò comporterebbe il blocco delle attività e la conseguente chiusura di 13 strutture sanitarie, il licenziamento dei 2.074 lavoratori attualmente

in forza alla società (coinvolgendo ulteriori 3.000 operatori dell'indotto) e la necessità da parte delle ASL di competenza di provvedere alla presa in carico dei 2.098 pazienti attualmente ricoverati;

se ciò dovesse accadere, oltre al grave danno occupazionale che ne conseguirebbe, si creerebbe un'oggettiva notevole difficoltà per il sistema sanitario laziale, difficilmente in grado di farsi carico di un problema di tale rilevanza,

si chiede di sapere quali iniziative i Ministri in indirizzo intendano adottare, per quanto di propria competenza, per consentire la soluzione della situazione descritta, scongiurando il rischio che migliaia di lavoratori vengano licenziati e migliaia di malati (tra i quali pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza, mielolesi, bambini con gravi disabilità, malati di Parkinson, Alzheimer e Sla, pazienti terminali, pazienti provenienti da reparti di cardiocirurgia e neurochirurgia) restino senza un'adeguata assistenza.

(3-03144)

GRAMAZIO, VICECONTE. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che il Presidente dell'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (ANMDO), dottor Gianfranco Finzi, legale rappresentante, con sede in Bologna, via Indipendenza n. 54, in data 5 settembre 2012, con nota prot. n. 277'2012 Bologna, inviata al Ministro della salute, al Presidente e al primo firmatario del presente atto di sindacato ispettivo nella sua qualità di Vice presidente della 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato, osservava che:

il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, all'articolo 15, comma 13, lettera *f-bis*), recita: «Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517, e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge»;

in base alla normativa vigente l'unico soggetto che possiede i requisiti di legge per svolgere le funzioni e i compiti *de quo* è il direttore medico di presidio;

il direttore medico di presidio ospedaliero (di cui all'art. 4, comma 9, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni) è un dirigente in possesso dei requisiti richiesti per assumere la responsabilità della funzione igienico-organizzativa nonché, se in servizio come tale per oltre 5 anni, anche se non continuativi, è altresì in possesso dei requisiti previsti dalla legge per assumere le funzioni del direttore sanitario, mentre il direttore sanitario aziendale è nominato dal direttore generale con rapporto di lavoro regolato da contratto di diritto privato, e non è

quindi dirigente ai sensi del decreto legislativo n. 165 del 2001 e successive modificazioni e integrazioni;

pertanto, mentre il direttore medico di presidio può svolgere anche le funzioni «consulenziali» del direttore sanitario aziendale, quest'ultimo non può assorbire funzioni dirigenziali a carattere gestionale-organizzativo;

il direttore medico di presidio è in possesso dei requisiti previsti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 1997, art. 5, ovvero è un pubblico ufficiale abilitato allo svolgimento di funzioni specifiche (quali polizia mortuaria, ufficiale anagrafico, rilascio di certificazioni, eccetera), mentre il direttore sanitario aziendale ha un contratto di tipo privato che non attribuisce la qualifica di pubblico ufficiale;

le disposizioni recate dal decreto-legge n. 95 del 2012 sono finalizzate ad obbligare gli enti destinatari a realizzare un'economia di gestione, autorizzandoli a scegliere il direttore sanitario al loro interno, fra i dirigenti aventi i requisiti di legge, scelta che, sempre per osservare l'obbligo di non incrementare la spesa, non può che ricadere sul direttore medico di presidio, ove esistente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, che, comunque ha diritto a mantenere la propria posizione funzionale ed economica del posto in organico in cui è incardinato;

considerato che:

ad essere interessati dalla disposizione sono i più importanti centri ospedalieri del Paese, e, a parere degli interroganti, l'omessa e/o erronea applicazione della norma porterebbe a determinare nomine esterne all'ente, con notevole ingiustificato incremento di spesa e danno erariale, con sovrapposizione di funzioni, che genererebbero gravi disfunzioni gestionali, atti irregolari e/o nulli;

è necessario fornire indirizzi e/o chiarimenti agli enti interessati ai fini di un'omogenea e corretta applicazione della disposizione finalizzata alla revisione della spesa pubblica, e non al suo ingiustificato incremento,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda chiarire definitivamente, anche adottando i provvedimenti di competenza, che all'art. 15, comma 13, lettera *f-bis*), del decreto-legge n. 95 del 2012, che l'unico soggetto avente requisiti di legge sia da identificare nel direttore medico di presidio ospedaliero in quanto figura dirigenziale esistente già in azienda ed in grado di assolvere anche i compiti consulenziali del direttore sanitario di azienda, consentendo così anche il risparmio economico imposto dalla legge.

(3-03145)