



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 37

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

SEGUITO DELL'INCHIESTA SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DELLE EMERGENZE SANITARIE CON RIPARTIZIONE DELLE SPESE, SUL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA NAZIONALE DI VERIFICA E CONTROLLO SULL'ASSISTENZA SANITARIA (SIVEAS) E SULLA COMMISSIONE UNICA SUI DISPOSITIVI MEDICI (CUD)

39<sup>a</sup> seduta: martedì 4 luglio 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione del direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del  
Ministero della salute, dottor Donato Greco**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 9 e <i>passim</i>	<i>GRECO</i> . . . . .	Pag. 9, 11, 12 e <i>passim</i>
CAFORIO ( <i>Misto-IdV</i> ) . . . . .	4, 12		
CARRARA ( <i>FI</i> ) . . . . .	7		
CURSI ( <i>AN</i> ) . . . . .	9, 11		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito repubblicano italiano-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Consumatori: Misto-Consum; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inn; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.*

*Interviene il direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, dottor Donato Greco.*

*Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, professor Carlo Signorelli, dottor Franco Cezza, Maresciallo Capo Claudio Vuolo, Maresciallo Capo Simone Vacca e Maresciallo Giancarlo D'Agostino.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,30.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 3 luglio 2007 si intende approvato.

**Audizione del direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, dottor Donato Greco**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD).

È oggi in programma l'audizione del direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, dottor Donato Greco.

Prima di cedere la parola al nostro ospite, desidero svolgere una breve premessa. Nella seduta del 30 gennaio 2007 la Commissione ha stabilito i programmi delle distinte inchieste sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese e sul funzionamento del SiVeAS. Abbiamo aperto questo ramo di inchiesta, in ordine alla quale si è già tenuta una seduta il 20 marzo 2007, acquisendo una notevole mole di documenti esaminata dai relatori. Nella seduta del 21 marzo 2007 l'Ufficio di Presidenza ha deliberato di unificare le due sopramenzionate inchieste, il cui oggetto riguarderà anche la Commissione unica sui dispositivi medici (CUD).

Oggi, dottor Greco, lei viene audito dai membri di questa Commissione, i quali intendono rivolgerle alcune domande. Tuttavia, poiché dobbiamo terminare l'audizione tassativamente entro le ore 9,25 e poiché i quesiti che verranno sottoposti alla sua attenzione dai relatori sono numerosi, potrà rispondere se rimarrà tempo; laddove non potesse farlo o le venissero richiesti documenti specifici, la invito a farceli pervenire. Premetto fin da ora, quindi, che questa audizione avrà un seguito in altra seduta.

Cedo dunque la parola al senatore Caforio.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Avendo esaminato solo una parte della copiosa documentazione in nostro possesso, mi riservo di intervenire nuovamente. Quel poco che ho letto però mi spinge a rivolgerle qualche quesito.

Il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, nato con la legge 26 maggio 2004, n. 138, opera, come i suoi omologhi negli USA e nell'Unione europea, nel settore della prevenzione sanitaria.

Piuttosto che come una nuova struttura di salute pubblica in Italia, esso è delineato come un organismo di coordinamento che opera costruendo reti di cooperazione, con Regioni, Comuni, Istituto superiore di sanità e altri enti sanitari, finalizzate alla conduzione di progetti che servano per migliorare la sorveglianza e l'*intelligence*, con lo scopo di identificare i rischi per la salute pubblica ed attuare interventi di promozione della salute.

La copertura finanziaria del CCM è assicurata da fondi del bilancio dello Stato (articolo 2 della legge n. 138 del 2004), che costituiscono risorse aggiuntive rispetto a quelle che il Fondo sanitario nazionale mette a disposizione delle Regioni per garantire l'operatività del Servizio sanitario nazionale.

Il finanziamento del CCM negli ultimi anni è stato notevole, ben superiore alla percentuale di spesa sanitaria in precedenza destinata alla prevenzione, ed è risultato pari a 32.650.000 euro per l'anno 2004, 24.450.000 per il 2005 e 31.900.000 euro per il 2006. Tanto si legge nell'allegato n. 3 del documento quadro per il sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province Autonome e il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie.

I progetti di rilevazione e prevenzione seguono un percorso di formulazione secondo uno specifico *standard* della direzione operativa e di successiva approvazione da parte dei comitati del CCM.

Si giunge così alla stipula delle convenzioni con l'Istituto superiore di Sanità, l'ISPESL, il Foromez, l'Istituto nazionale tumori, l'Istituto Spallanzani, l'Università, la Regione e le Province autonome, le ASL e le Aziende ospedaliere con i diversi *partner* e all'avvio del processo di monitoraggio dopo le verifiche previste per legge da parte degli organi contabili di controllo: Ufficio centrale del bilancio, Corte dei conti.

A questo riguardo, nonostante l'autorevolezza dei controlli sopra richiamati, deve rilevarsi che il controllo finanziario delle Regioni, Province autonome, enti pubblici (compreso il CCM) si basa su accertamenti di entrate e su impegni di spesa, in quanto detti enti hanno l'obbligo di una contabilità finanziaria patrimoniale ma non di una contabilità economica (che invece hanno le ASL e le Aziende ospedaliere), che misura l'aspetto economico della gestione espresso dai costi e dai ricavi. Manca, di fatto, la valutazione in termini di costo-beneficio.

Non avendo, ad esempio le Regioni, una contabilità economica, il costo di un servizio fornito dalla stessa ai fini di una convenzione con il CCM non è determinabile con l'attendibilità di una contabilità analitica

sistematica per cui può dar luogo a quel fenomeno che nei «gruppi» privati si chiama «*transfer price*» (prezzo di trasferimento) e tra enti pubblici a fenomeni più preoccupanti in relazione al rischio di utilizzo improprio di risorse pubbliche. Praticamente non esiste la congruità per i prezzi dei servizi.

È pertanto auspicabile estendere l'obbligo della contabilità analitica, con gli opportuni aggiustamenti, anche agli enti pubblici, Regioni e Ministeri compresi, basata sui costi e ricavi come nelle imprese private e come si fa nelle ASL e nelle Aziende ospedaliere per centri di costo. Con tale sistema di contabilità si avrebbe un maggior controllo anche per lo stesso CCM, che allo stato attuale non ha un riscontro sui costi effettivi e reali di riferimento alle spese.

Inoltre, nel programma del CCM, che ha impegnato i fondi del 2005, sono state riconosciute le carenze e i problemi sorti nell'attuazione del programma 2004. Si afferma che nei punti di debolezza rientrano la risposta agli eventi acuti, i ritardi nella predisposizione e attivazione di alcuni progetti strategici per il CCM, la carenza di integrazione tra progetti diversi, il monitoraggio e la valutazione di progetti e il comitato tecnico.

Altri punti di debolezza della propria attività sono stati riconosciuti dallo stesso CCM nella direzione operativa che è affidata al Dipartimento della prevenzione e della comunicazione (DPC) del Ministero della Salute, che peraltro vorrei leggervi. A proposito della direzione tecnica del CCM si dice che il decreto che organizza il CCM ne affida la guida dell'operatività al Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, individuando il Direttore operativo del CCM nella figura del Direttore generale della prevenzione sanitaria. A seguito di queste determinazioni il DPC e in particolare la Direzione generale della prevenzione sanitaria hanno visto moltiplicare le loro competenze senza un contemporaneo adeguamento del modello organizzativo. La Direzione generale a livello organizzativo potrebbe essere classificata da Mintzberg come una tipica burocrazia professionale. La divisione del lavoro è garantita da un disegno piramidale basato su dieci uffici. Ogni ufficio è incaricato di una serie di argomenti che dovrebbero esaurire tutte le problematiche ad esso riconducibili. Questa organizzazione dovrebbe garantire che qualsiasi richiesta riceva una risposta esauriente essendo gli uffici autosufficienti e ben individuati nelle competenze. Tale tipo di organizzazione non richiede che gli uffici comunichino tra di loro e l'integrazione è garantita dalla Direzione generale.

I vantaggi di organizzazioni come la Direzione generale sono la stabilità, la ripartizione delle responsabilità, la capacità di elevati volumi di produzione su procedure già apprese ed assimilate, il prestarsi al controllo politico. Gli svantaggi sono la difficoltà ad innovare e ad affrontare problemi nuovi, l'incapacità a collaborare sia all'interno che con l'esterno, la rigidità e l'incapacità di adattarsi ai mutamenti dell'ambiente. Dato tale modello organizzativo, la Direzione generale si è trovata impreparata ad un ruolo attivo per affrontare queste difficoltà senza intaccare il disegno organizzativo di fondo. La Direzione generale ha quindi introdotto alcune nuove modalità di lavoro e ha creato alcune linee di attività trasversali.

Le competenze amministrativo-contabili sono state accentrate nell'ufficio amministrativo. È stata avviata un'intensa formazione interna, è stato valorizzato l'approfondimento scientifico e inoltre è stato creato un embrione di staff al Direttore operativo del CCM, con la principale funzione di guidare il lavoro per progetti.

La Direzione generale della prevenzione ha visto moltiplicare le sue competenze e non ha provveduto ad adeguare il proprio modello organizzativo ancora rigido e burocratico, impreparato ad un ruolo quasi imprenditoriale con modalità di lavoro «per progetti e obiettivi».

Con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato varato il Piano nazionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 i cui ambiti coincidono con una parte del programma del CCM (prevenzione della patologia cardiovascolare, complicanze del diabete e dell'obesità, *screening* oncologici, vaccinazioni, prevenzione degli incidenti).

Con questa intesa le Regioni, impegnandosi ad attuare il Piano nazionale della prevenzione, possono accedere al 5 per cento delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale. Devono però elaborare piani regionali di prevenzione con il coordinamento e l'assistenza tecnica del CCM.

Per tale attività il CCM ha inserito nel suo bilancio per il 2005 e il 2006 la previsione di un finanziamento di 8 milioni di euro annui, a sostegno delle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM.

Tale sostegno deve tenere conto del differente livello organizzativo delle realtà regionali – al di là della quota fissa di 200.000 euro si prevede una quota *pro capite* per la popolazione residente – per consolidare funzioni in strutture già solide e favorire la crescita in strutture deboli. Le Regioni del Nord, a differenza di quelle del Sud, sono già al passo con personale che predispone i piani regionali di prevenzione. In considerazione di questa differenza di assegnazione, si potrebbero certamente aiutare di più le Regioni meno attrezzate.

Risulta poi ancora carente il funzionamento del comitato tecnico anche perché gli esperti regionali di prevenzione ivi presenti risultano scarsamente inseriti nell'istituzione regionale e non possono così conoscere e valutare tutte le problematiche connesse.

Sarebbe quindi più logico che del comitato tecnico facesse parte un Direttore generale dell'Assessorato alla sanità o almeno un alto dirigente a conoscenza appunto dei problemi delle Regioni.

Infine, rilevato che in data 1° marzo 2006 è stato pagato all'Istituto superiore di sanità il primo acconto di 100.000 euro, relativo all'accordo di collaborazione «Attivazione di un sistema di rilevazione rapida della mortalità e messa a punto di un modello di studio dei fattori di rischio della mortalità associata alle ondate di calore», e considerato che l'ondata di calore eccezionale, specie nell'Italia settentrionale, dell'ultima settimana di giugno era stata prevista dal servizio meteorologico con largo anticipo – quasi un mese – non si è rilevata alcuna efficace prevenzione dei fattori di rischio.

Le spese esposte nei rendiconti 2005 e 2006, poi, necessitano di chiarimenti e di probante documentazione. In primo luogo, per i contratti di affidamento – a seguito di gara? – servizi con KPMG *Advisory* SPA a supporto del CCM per la definizione dei requisiti inerenti all'attuazione del Piano di prevenzione attiva, in data 3 ottobre 2005, risulta una spesa di circa 244.590 euro.

In secondo luogo, ricordo l'atto di estensione del contratto di affidamento servizi consulenza, progettazione e sviluppo del sistema informativo per controllo gestione del Ministero della salute. La spesa prevista è di 150.336 euro circa, sempre in data 3 ottobre 2005 e con KPMG *Advisory* SPA.

In terzo luogo, la spesa di 98.388 euro, in data 24 marzo 2006, e di 17.498 euro circa, in data 28 marzo 2006, a favore di Metabenessere SRL per progettazione e allestimento di contenuti per le pagine WEB del CCM e per informazione ed *alert* multicanale per le esigenze del CCM.

In quarto luogo, in data 11 agosto 2006, l'estensione del contratto di vigilanza alla sede del MCMP, per un importo di 150.000 euro, alla R.T.I. Italpol – inchieste speciali SRL.

In quinto luogo, in data 14 dicembre 2006, un contratto per servizio di ricerca, prevenzione e cura del tabagismo con il «Consorzio Equilibria Di Noci», per un importo di 490.000 euro. Questo Consorzio ha una contabilità analitica per stabilire il prezzo di 490.000 euro? Sulla base di quale criterio è stato valutato e affidato questo progetto?

In sesto luogo, ricordo l'accordo di collaborazione-convenzione del 22 dicembre 2006 con il Formez per 3 milioni di euro relativamente al progetto «Esperienze locali di intersettorialità per favorire comportamenti salutari nella popolazione». Si tratta di una cifra importante. In quali termini è stato affidato questo progetto?

Per ora, dottor Greco, avendo esaminato solamente una piccola parte della copiosa documentazione che lei ci ha fatto pervenire, ci metta in condizioni – facendo pervenire possibilmente per iscritto specifico materiale – di esaminare le varie procedure adottate per l'affidamento dei vari servizi ed i relativi documenti giustificativi di spesa che il CCM ha sostenuto, secondo quanto testé ricordato.

Sarebbe altresì utile avere qualche notizia in più sui vari punti di debolezza dell'attività del CCM, secondo quanto voi stessi avete avuto modo di evidenziare nei rendiconti del 2005 e del 2006. Le criticità sono state affrontate? Nel caso invece in cui non fossero state risolte, in che termini si intende procedere per introdurre i correttivi necessari alla soluzione delle problematiche in essere?

PRESIDENTE. Dottor Greco, in considerazione della complessità dei dati che sono stati citati e della difficoltà di prendere nota di tutto, le verrà fornita poi una copia scritta di quanto le è stato richiesto.

CARRARA (FI). Signor Presidente, una delle principali criticità del CCM sta nelle funzioni assegnate a questo organismo che riproducono

in parte quanto già in capo al Ministero della salute, con particolare riferimento agli indirizzi generali, al coordinamento interregionale per la prevenzione relativamente al confronto e al raccordo delle politiche regionali e all'Istituto superiore di sanità per la ricerca scientifica e l'analisi dei dati a supporto delle decisioni strategiche.

In effetti, non è stata costituita una vera e propria struttura operativa. Il finanziamento per il CCM è in parte andato a supportare con nuovi consulenti gli uffici ministeriali e, per la componente destinata ai progetti, all'ISS, come se si fosse aggiunto un finanziamento alle casse dell'Istituto stesso. Un discorso analogo si riscontra, anche se in minor misura, per altri organismi ministeriali, quali l'Istituto zooprofilattico e l'ISPESL che svolgono entrambi quanto già di ufficio assegnato a tali istituzioni, con l'aggiunta di un ulteriore soggetto, la cui collocazione, anche da un punto di vista gerarchico, non è facilmente comprensibile.

Passo ora ad alcune osservazioni con riferimento ai progetti finanziati dal CCM. In gran parte si sovrappongono a iniziative di studio e confronto già in corso in precedenza, nell'ambito dei gruppi di lavoro interregionali, cui quindi partecipano gli stessi soggetti. È poco chiaro il percorso di individuazione e scelta dei progetti da finanziare: o meglio il percorso è stabilito nell'atto costitutivo, ma nella realtà i vari comitati non fanno altro che avvalorare quanto predisposto dallo stesso CCM, senza effettive facoltà delle Regioni di dare indicazioni precise.

I progetti non sono inoltre preceduti da uno studio complessivo che valuti le priorità (su cosa è opportuno investire e cosa riveste un interesse particolare), la congruenza tra cifra del finanziamento e azioni, le modalità per garantire la trasparenza nell'individuazione dei destinatari. Abbiamo rilevato cifre ingenti assegnate a enti o soggetti senza alcuna valutazione preventiva e di confronto o procedure di gara (tutto è definito dal Direttore generale, quindi da lei), le modalità e gli indicatori, veri e qualificati, per valutare i risultati.

Non vi è alcun organismo di controllo sui progetti. Il CCM controlla e certifica i piani regionali. Ci risulta invece che le Regioni dovrebbero avere una certa autonomia in merito. Inoltre, mi piacerebbe sapere chi controlla il CCM.

A questo proposito, avrei delle domande precise da rivolgerle: come avviene l'istruttoria per la proposta e la valutazione dei progetti da finanziare? È il comitato scientifico l'organismo che decide quali progetti finanziare? Come viene maturata la decisione? Inoltre, come avviene il controllo sulla corretta esecuzione dei progetti? Esiste un organismo che controlla il CCM? E se sì, da chi viene nominato? Infine, per quale motivo i finanziamenti dei progetti di alcune Regioni sono ingenti (ad esempio Emilia Romagna, Friuli, Toscana) in rapporto ad altre come la Lombardia?

Numerosi progetti inoltre sono la semplice riproposizione di attività già in corso e già finanziate dal Ministero o dall'Istituto superiore di sanità. Vi è quindi l'impressione che vengano utilizzati i fondi CCM per ag-



giungere le risorse all'Istituto superiore di sanità. Si parla di 15 milioni di euro nel triennio.

Dottor Greco, non le sembra che le risorse del CCM destinate all'Istituto superiore di sanità siano eccessive e in parte coprano attività istituzionali?

PRESIDENTE. Mi permetto di aggiungere una sola cosa a quanto detto dai relatori. È stata stanziata una cifra di 5 milioni di euro annui in relazione alle problematiche ambientali. Recentemente abbiamo audito il capo della Protezione civile che ci ha portato un documento – uno studio davvero importante – relativo alle vicende che interessano la regione Campania. Vorrei sapere se il CCM ha svolto qualche attività in questo senso e se, in generale, si è occupato di emergenze ambientali con ricadute sulla salute che rientrano tra gli obiettivi dello stesso CCM.

CURSI (AN). Signor Presidente, avendo appreso, forse per mia dimenticanza, che in Commissione è stata depositata una copiosa documentazione richiesta dal Presidente, mi riservo di prendere visione della stessa e di procedere in seconda battuta ad osservazioni e domande che non posso formulare in questo momento.

PRESIDENTE. Senatore Corsi, purtroppo lei non ha ascoltato le mie parole ad inizio seduta perché era assente. Avevo detto proprio che prefiguravo un seguito dell'odierna audizione.

Cedo ora la parola al dottor Donato Greco.

GRECO. Mi riservo di inviare alla Commissione risposte scritte su quanto mi è stato chiesto. Il 21 marzo ho ricevuto dal Presidente Tomassini una richiesta di documentazione e il 26 marzo, cinque giorni dopo, ho prontamente inviato tutta la copiosa documentazione in mio possesso. Tale documentazione, non per peso ma per qualità, testimonia la rigorosa osservanza delle norme dell'amministrazione pubblica perseguita dal CCM.

Molto brevemente, dato il tempo scarso a nostra disposizione, sottolineo che molte delle osservazioni dei senatori sono benvenute e centrano problemi esistenti che noi stessi abbiamo dichiarato nei nostri rapporti. Mi riferisco innanzitutto al tema della contabilità analitica. Essendo un organismo interno allo Stato, al Ministero – per effetto di una scelta politica – e non un'agenzia esterna, pubblica, come in altri Paesi dove analoghi organismi sono rappresentati da agenzie indipendenti (da tempo si dibatte sulla questione e ancora oggi, al terzo anno di vita del CCM, se ne parla), siamo tenuti ad osservare le regole dello Stato e degli enti con cui concorriamo. Sull'esistenza o meno della contabilità analitica, personalmente sono convinto che all'interno dello Stato dovrebbe esistere una rigorosa contabilità analitica. È un processo in corso e so che il Ministero della funzione pubblica sta lavorando in questa direzione. Oggi però non possiamo fare altro che usare i metodi di contabilità esistenti e che la Corte

dei conti e la Ragioneria generale dello Stato ci impongono. Non ci sono alternative, non possiamo fare una cosa diversa.

Per quanto riguarda le debolezze, in piena lealtà abbiamo voluto realizzare un capitolo sulle debolezze proprio perché il CCM è un organismo di recente istituzione, tre anni, e quindi registra le sofferenze di un organismo giovane cui viene affidato un impegno importante con una forza lavoro sostanzialmente non innovativa. Infatti, il CCM, inserito nel Ministero della salute, si avvale delle forze esistenti e non possiede uno *staff* proprio, persone del CCM non appartenenti al Ministero, alla Regione o ad altri enti.

Anche per quanto concerne la struttura del Dicastero incontriamo delle difficoltà. Come tutti i Ministeri, anche questo è organizzato per uffici e non per progetti, secondo una vecchia concezione borbonica, con un ufficio capace di fare la delibera ma non necessariamente il progetto, che spesso invece investe orizzontalmente competenze diverse con una componente amministrativa, una tecnica e una di altro tipo, attraversando le varie strutture ministeriali. Anche questo rientra in un dibattito sull'evoluzione della pubblica amministrazione, ma non è in nostro potere intervenire.

Abbiamo costruito delle modalità funzionali trasversali a tutti gli uffici in modo da superare la difficoltà legata ad una strutturazione verticale degli stessi. Certamente la concentrazione della gestione amministrativa nell'ufficio primo, che a mio avviso svolge un lavoro eccellente, si è resa necessaria perché quando tre anni fa arrivai al Ministero, in coincidenza con l'apertura del CCM e provenendo dall'Istituto superiore di sanità di cui sono ancora un dirigente di ricerca, ogni ufficio aveva la sua piccola amministrazione. Immaginate quindi quale dispersione poteva esserci.

Il finanziamento del CCM, come è stato detto, è fuori dal bilancio del Fondo sanitario e da quello del Ministero. Si tratta di fondi aggiuntivi e quindi rappresenta una forza in più. Mi piace definire il CCM un braccio armato che, avvalendosi delle strutture esistenti (Stato, Regioni ed enti pubblici), potenzia sostanzialmente – lo dico con orgoglio – le diverse attività. È inutile inventare aria fritta. Il Paese soffre di cuore, tumori, malattie croniche, alcune malattie infettive e diverse patologie note. Se la missione del CCM è combattere queste malattie, evidentemente non inventiamo nuove attività ma rafforziamo attività che il Servizio sanitario del Paese in realtà dovrebbe già svolgere. Purtroppo però, come sappiamo perfettamente, per questioni di coordinamento, non è in grado di farlo con la necessaria efficacia.

Questo è il motivo di fondo contenuto nella relazione istitutiva della legge n. 138, nella quale il Parlamento ha voluto sostanzialmente sottolineare l'intenzione non di dare vita ad una nuova «baracca», ad un'ennesima agenzia, ma di potenziare, attraverso un migliore coordinamento, le attività che il Dicastero, gli istituti e il Servizio sanitario svolgono già oggi.

Quindi, noi puntiamo ad identificare nel territorio nazionale, sostanzialmente negli istituti e nelle Regioni, le migliori pratiche, le migliori attività già in corso e quindi a sostenere progettualmente tale attività.

Come vengono scelte le priorità del CCM? Intanto noi partiamo dal decreto istitutivo del 1° luglio 2004 che, senza colpo ferire, indica sei campi di attribuzione. In sostanza le priorità ci sono già state rese note dall'allora ministro Sirchia, che in qualche modo aveva predefinito, previo accordo tra Stato-Regioni, queste sei aree di attività che in parte coincidevano anche con il successivo accordo raggiunto sul Piano nazionale.

CURSI (AN). È la legge che definisce i CCM.

GRECO. La legge non definiva i campi. Secondo quanto previsto dalla legge citata dal relatore, è stato emanato un decreto istitutivo nel quale sono stati indicati i sei mandati di priorità delle attività del CCM. Voglio ricordare che il CCM è il primo organo federale di questo Paese, la prima entità giuridica che si è costituita a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione in totale condivisione tra Stato e Regioni. Il Presidente del comitato strategico, l'organo politico di governo, è il Ministro della salute mentre il vice Presidente è l'Assessore coordinatore degli assessori italiani alla salute. Nel comitato strategico sono presenti altre due assessori, con una forte presenza regionale, oltre alle figure istituzionali, quali i Direttori degli istituti centrali, il Presidente del Consiglio superiore di sanità, il Capo della sanità militare. L'altro vice Presidente è invece il dottor Bertolaso, capo del Dipartimento della protezione civile. È l'organo di governo che decide su ogni singolo progetto e che ogni anno, in base alla legge, come giustamente ricordava il senatore Corsi, definisce il programma di attività.

Le priorità politiche ci vengono consegnate con un programma che a sua volta, prima di essere sottoposto all'organo politico, viene preparato, certamente con l'ausilio della direzione operativa, dal comitato scientifico, che comprende anch'esso cinque membri delle Regioni e cinque membri definiti dal Ministro, e visionato dal comitato tecnico.

In qualche modo l'organo di controllo interno del CCM è senza dubbio l'organo politico. Per quanto riguarda gli organi amministrativi, da buoni amministratori dello Stato, per ogni singolo atto, pagamento o carta, si procede ad una verifica da parte dell'ufficio centrale del bilancio e della Corte dei conti. La verifica avviene in forma analitica, analizzando ogni singolo documento, tant'è vero che, purtroppo, tra il momento dell'attivazione di un'idea progettuale, ad esempio proponendo di attivare gli *screening* per i tumori, e quello in cui si procede alla fase esecutiva, passano mediamente 270 giorni.

È evidente dunque che i processi di negoziazione e progettazione sono lunghi e che i sistemi di controllo sono molto onerosi, anche se ad oggi non si è mai avuto alcun rilievo, rifiuto o problema con l'ufficio centrale del bilancio, con il Ministero dell'economia e delle finanze o con

la Corte dei conti. Finora i controlli non hanno mai dato esito a problemi di carattere amministrativo.

I fondi assegnati al CCM servono chiaramente a garantire il suo funzionamento. Sono ricomprese anche alcune attività legate indissolubilmente alla durata di vita naturale del Ministero. Se bisogna rifare un bagno in cui opera personale del CCM, lo si può anche fare, anche se si cerca di evitarlo, utilizzando i fondi esistenti.

Un discorso analogo potrebbe valere per l'affitto di un edificio in considerazione del fatto che il legislatore ha voluto costituire un capitolo unico di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze senza differenziare, come avviene per gli altri Dicasteri, in capitoli differenziati per voci di spesa. Esiste un capitolo unico in cui si può effettivamente agire per il funzionamento del CCM. È chiaro che il livello di attenzione legato al bioterrorismo, all'aviazione e alle varie emergenze pandemiche, problemi particolarmente sentiti nel Paese lo scorso anno, ha messo anche in luce che si era totalmente privi di qualsiasi protezione di sicurezza rispetto agli edifici. Per tale motivo è stato stipulato un normale contratto con la vigilanza.

Per quanto riguarda il contratto con KPMG, si tratta di una società italiana di notevoli dimensioni, che da circa dieci anni opera in collaborazione con il Ministero della salute, ben prima del mio arrivo, svolgendo numerosissimi lavori. Ricordo un microaffidamento di 150.000 euro, una cifra assolutamente marginale per quei livelli, per alcune attività di programmazione sul piano. In sostanza, si volevano predisporre dei sistemi operativi per il monitoraggio e la valutazione del Piano nazionale di prevenzione.

Dunque, le modalità di affidamento sono anch'esse rigorosamente di Stato. Sotto i 20.000 euro si possono fare acquisti diretti. È molto raro che si facciano perché oggi ci si serve del mercato elettronico e di una collaborazione con la CONSIP che ci garantisce di poter comprare e montare in pochi giorni, grazie all'utilizzo di una specifica tessera, un condizionatore. Una volta sarebbe stato del tutto impensabile.

Sopra i 20.000 euro e fino a 155.000 euro si procede ad una trattativa privata. Ciò implica che bisogna chiamare un certo numero di ditte e predisporre un capitolato di offerta a seguito del quale procedere poi ad una mini gara. Sopra i 155.000 euro hanno luogo le gare europee.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Con riferimento alla spesa di 244.590 euro per i contratti relativi alla KPGM è stata espletata una gara a livello europeo?

GRECO. In questo caso no perché si tratta di un'estensione del contratto.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Questo limite non vale per le estensioni dei contratti? In ogni caso, sia i contratti di affidamento che l'atto di estensione risalgono alla stessa data, secondo quanto risulta dai dati contabili.

*GRECO.* Senatore Caforio, non posso ricordare a mente tutti i contratti stipulati o le spese effettuate. Le ricordo che si sta parlando di 150 convenzioni e di oltre 300 contratti per cui è difficile ricordare analiticamente ogni singola data o contratto. Sono lieto di non avere mai avuto finora alcun rilievo sulla contrattualistica da parte degli organi di controllo, per cui mi sembra di potere parlare per conto di un'amministrazione affidabile e che finora ha bene operato. In caso contrario, del resto, nessuno avrebbe registrato quei contratti. Obiettivamente siamo ipercontrollati ed è sempre possibile procedere ad una verifica.

Avrò comunque modo di verificare questo suo riferimento ai contratti relativi alla KPMG. Io ricordavo un solo contratto. Potrebbe trattarsi di notizie riferite allo stesso contratto, ma vi potrebbe anche essere un legame tra i due contratti.

Con le Regioni o con gli istituti nazionali ISPEL o ISS, ad esempio, vi sono affidamenti che non richiedono specifiche gare. È un dato molto importante. Si tratta di enti che operano nello stesso sistema relativo alla salute e che, secondo le regole dello Stato, non richiedono gare di affidamento specifiche. Si richiedono accordi e mi sembra che il CCM, con l'ausilio dei suoi organi federali, verifichi uno per uno questi accordi.

Quasi sempre sono accordi che passano per il gruppo di coordinamento per la prevenzione delle Regioni italiane, un gruppo formale rappresentato da tutte le Regioni. Al riguardo esiste una documentazione progetto per progetto. Tra l'altro, abbiamo inviato alla Commissione un *cd-rom* in cui viene riportato analiticamente l'intero sistema informativo, spesa per spesa, progetto per progetto, voce per voce, data per data, che contiene buona parte della gestione amministrativa dell'intero *file* CCM. È un *file access* di facile consultazione. L'affidamento all'Istituto avviene con convenzioni verificate dal Consiglio di amministrazione e dal comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità e poi dal Presidente dell'Istituto.

Per quanto riguarda la domanda relativa all'assegnazione all'Istituto di elevati finanziamenti, la risposta è semplice: il motivo è assolutamente fisiologico. L'Istituto superiore di sanità è l'organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, rappresenta l'entità terza rispetto al tessuto sanitario del Paese e quindi il braccio operativo di azioni coordinate centralmente.

Il criterio dell'assegnazione è quello della priorità definita in sede politica, ma anche della progettualità. Abbiamo elaborato un manuale di linee guida progettuali, di circa 27 pagine, che contiene una lunga serie di indicatori di processo (iniziali, intermedi e finali), nonché un cronoprogramma che ci permette di avere un monitoraggio *ad horas* grazie a rapporti trimestrali che nessun altro ente in questo Paese è in grado di fornire. Riceviamo rapporti amministrativi e scientifici trimestrali da ciascun progetto, tant'è che siamo inondati da rapporti. Abbiamo un gruppo di lavoro e un sistema di valutazione piuttosto rigoroso. Alcune delle tabelle sono contenute nella documentazione fornita alla Commissione. In qualsiasi momento, quindi, sappiamo in che fase si trova ogni singolo progetto e

anche che alcuni progetti non vanno molto bene mentre altri procedono speditamente. Il Paese, del resto, non è uguale. Ora che abbiamo aumentato il nostro impegno sulla sicurezza e sulla salute dei luoghi di lavoro è aumentata anche la progettazione in questo ambito. Finora l'ISPESL ha sottoscritto con noi otto progetti di vario tipo che affrontano sia i problemi legati ai tumori e alla salute mentale nei luoghi di lavoro sia le tematiche primarie del lavoro.

Il fatto che alcune Regioni abbiano più progetti rappresenta senz'altro un punto delicato. Naturalmente noi siamo interessati ad un'operatività tecnica ma anche ad un'offerta di collaborazione e dobbiamo individuare dei gruppi che vogliano assumere l'oneroso compito di servizio di coordinare le 21 Regioni su un singolo progetto. Le Regioni citate dal senatore (Veneto, Toscana, Emilia Romagna) sono quelle meglio organizzate. Ciò non toglie che la Lombardia è ancor meglio organizzata, tant'è che nel Piano di prevenzione nazionale risulta la prima Regione in termini di *performance*. Purtroppo però per motivi diversi, compresa forse una cattiva relazione tra Milano e Roma, che non tocca a me commentare, l'offerta di cooperazione con il CCM è sempre stata modesta, anche se proprio negli ultimi tempi si è andata incrementando. Siamo molto contenti di avere firmato, proprio in questi giorni, un impegno importante con Milano in relazione ad una nuova attività.

Non c'è un criterio di selezione delle Regioni. Noi costruiamo un progetto sulla base delle migliori forze esistenti disponibili e quindi non c'è né la distribuzione di un «tot» per Regione, che sarebbe contro la missione del Centro, né una selezione aprioristica. Normalmente inviamo a tutte le Regioni il programma annuale approvato dai comitati. Abbiamo un referente specifico del CCM, definito da una delibera di giunta, per ciascuna Regione al quale inviamo il suddetto programma. Quindi, invitiamo tutte le Regioni a partecipare alle attività, tentando di raggiungere il massimo numero di Regioni attive.

Se realizziamo un progetto sulla promozione dell'attività fisica tra i giovani, tema importante perché tra i nostri affidamenti vi è la prevenzione dell'obesità infantile, scegliamo le Regioni che hanno già svolto programmi di attività fisica. Quindi, la sovrapposizione tra attività istituzionali in corso e finanziamenti del CCM è vera e voluta, non è affatto casuale.

Abbiamo un patto sereno con le Regioni che ci hanno chiesto di non inventarci nuove attività non di pertinenza con il loro mandato. Infatti, poiché le Regioni sono già oberate di lavoro e non riescono a fare tutte le attività che sono tenute a realizzare, chiedono di poter fare meglio quello che già devono fare senza l'aggiunta di nuovi programmi. Sembra che ogni volta che il CCM decida di intervenire ciò rappresenti un duro colpo per la Regione che deve porre in essere un'altra attività, altri questionari e nuovi studi.

Per quanto riguarda il diabete, ad esempio, non si può dire che su questa malattia non si stia lavorando. Tutti sono impegnati sul diabete. Abbiamo 5 milioni di diabetici in Italia e quindi questa patologia rappre-

senta uno dei principali problemi di salute del nostro Paese. Tuttavia il *program management* integrato sul diabete, che rappresenta la soluzione tecnica di prevenzione delle complicanze gravissime del diabetico, è applicato in pochissime realtà, spesso accademiche o nei centri diabetologici. La promozione di un modello di assistenza e di prevenzione può consistere, per esempio, nell'invitare i medici di famiglia a togliere, almeno una volta l'anno, la calzetta alla signora per esaminare il piede, cosa alla quale solo un diabetico su due viene sottoposto. Questa mancata forma di prevenzione costa al sistema sanitario 6.000 amputazioni di piede all'anno. Sarebbe sufficiente visitare il piede, ma un medico su due non lo fa. Promuovere una prevenzione di questo tipo significa porre in essere un'attività di autentico *marketing*.

Vi sono contratti, puntualmente identificati poc'anzi, che sembrano discordanti. L'assegnazione di tre milioni di euro al Formez per il tabagismo può apparire eccessiva. Il 22 maggio di quest'anno, sulla *Gazzetta Ufficiale*, è stato pubblicato il Piano nazionale «Guadagnare salute», concordato con la Presidenza del Consiglio, con il Consiglio dei ministri, con 22 accordi sottoscritti con tutte le associazioni più significative del Paese (dai produttori ai consumatori, dai contadini ai commercianti, dalle Aziende che si occupano di macchinette per la distribuzione di merendine nelle scuole fino a quelle che hanno gli appalti per le mense scolastiche).

Abbiamo realizzato un importante lavoro per concordare un'azione straordinaria tendente a promuovere la salute operando sui quattro principali fattori di rischio del nostro Paese: fumo, alcol, attività fisica e obesità. Questi fattori rappresentano l'80 per cento delle morti e delle malattie nel nostro Paese. Si tratta quindi di un punto importante. Abbiamo compiuto uno sforzo unico, riconosciutoci anche dall'OMS, che non ha precedenti nella storia del nostro Paese e che risponde al principio politico importante della salute in tutte le politiche.

Le politiche sulla salute non riguardano solo il Ministero della salute, ma anche i Ministeri dell'istruzione, della produzione, dei trasporti. Il Ministero dei trasporti decide quale politica adottare, ma siamo noi a pagare le conseguenze degli incidenti stradali, senza avere peraltro alcuna possibilità di intervenire sulle modalità di costruzione di una macchina, sulle persone che prendono la patente, sulla manutenzione delle strade. Attualmente, quindi, stiamo cercando di invertire questo processo. Per facilitare questa grande operazione, che significa promuovere programmi come dagli impegni contenuti negli accordi siglati il 3 maggio davanti al Presidente del Consiglio dei ministri, abbiamo identificato un'agenzia, Formez, che nel prossimo triennio (di qui i tre milioni di euro, 1 per anno) dovrà promuovere e assistere, essendo questa la sua tipica funzione, con attività di promozione, segreteria, studio e ricerca, il programma «Guadagnare salute».

Abbiamo voluto fare questo investimento e al riguardo abbiamo avuto un lungo confronto con l'Ufficio centrale del bilancio e la Corte dei conti per la formalizzazione, senza gara, di questa entità. Chiaramente sul piano normativo il Formez, organo controllato dal Ministero della fun-

zione pubblica, ha diritto ad accedere ai contratti con l'esenzione dalle normative previste per le gare europee. Al riguardo vi sono stati lunghi incontri con il presidente del Consiglio Prodi ed il ministro Pecoraro Scario. Siamo stati presenti nelle ultime settimane a Caserta e Napoli, insieme al dottor Bertolaso, per affrontare il tema spazzatura e salute.

Abbiamo anche scritto un lungo documento, che avrei piacere di inoltrarle sentito il Ministro, che è stato comunque presentato alla Presidenza del Consiglio.

Abbiamo poi commentato a lungo lo studio descrittivo ecologico, presentato da un gruppo autonomo di ricercatori e commissionato dal Dipartimento della protezione civile, che in una certa misura va al di là delle intenzioni degli stessi autori, nel senso che è stato usato dalla stampa a dimostrazione dell'associazione esistente tra spazzatura e tumori, aspetto che il mondo scientifico non conosce e che in un certo senso si potrebbe definire un'area ipotetica.

Stiamo lavorando quotidianamente con il dottor Bertolaso nella convinzione che le discariche abusive, a differenza degli impianti di trattamento, rappresentino un problema importante per la salute. Nella speranza che si possa uscire presto dall'emergenza, si sta cercando di promuovere questa attività. Abbiamo costituito un tavolo congiunto ambiente-salute proprio per affrontare sistematicamente e in maniera continua e non emergenziale questa problematica.

PRESIDENTE. In considerazione dell'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, rinvio ad altra seduta il seguito dell'audizione del direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, che ringrazio per il contributo offerto ai lavori della Commissione.

Rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,25.*