

COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO  
INDAGINE CONOSCITIVA

5.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 SETTEMBRE 2014

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Amato Maria (PD) .....	6
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .....	3	Baroni Massimo Enrico (M5S) .....	7
<b>INDAGINE CONOSCITIVA SUL RUOLO, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO E LE PRO- SPETTIVE DI RIFORMA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS), DEL- L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA) E DELL'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGE.NA.S.)</b>		Bevere Francesco, <i>Direttore generale del- l'Age.Na.S</i> .....	3, 8
<b>Audizione del direttore generale dell'Age. Na.S, Francesco Bevere:</b>		Carnevali Elena (PD) .....	7
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .....	3, 8, 10	Monchiero Giovanni (SCpI) .....	8
		Piccione Teresa (PD) .....	8
		<b>Audizione del prof. Cesare Cislaghi, consu- lente responsabile del coordinamento delle ricerche economico sanitarie dell'Age.Na.S:</b>	
		Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .....	10, 14, 15
		Cislaghi Cesare, <i>Consulente responsabile del coordinamento delle ricerche economi- co-sanitarie dell'Age.Na.S</i> .....	11, 14

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Nuovo Centrodestra: (NCD); Lega Nord e Autonomie: LNA; Per l'Italia (PI); Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: (FdI-AN); Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero-Alleanza per l'Italia: Misto-MAIE-ApI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI; Misto-Libertà e Diritti-Socialisti europei (LED): Misto-LED.**

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
PIERPAOLO VARGIU

**La seduta comincia alle 14.40.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione del direttore generale dell'Age.Na.S, Francesco Bevere.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del direttore generale dell'Age.Na.S, Francesco Bevere, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S).

Ringrazio il dottor Bevere per la disponibilità e per la sua presenza odierna. Il dottor Bevere ha prodotto un documento che è già stato inviato a tutti gli indirizzi di posta elettronica dei componenti della Commissione. In questo modo potete avere conoscenza della memoria da cui il dottor Bevere trarrà spunto per la sua presentazione odierna.

Vi ricordo che la nostra Commissione ha già svolto il 5 agosto scorso l'audizione di rappresentanti di Age.Na.S, sentendo il presidente e il direttore generale reggente.

Do la parola al dottor Bevere per lo svolgimento della sua relazione.

FRANCESCO BEVERE, *Direttore generale dell'Age.Na.S.* Grazie, presidente e onorevoli deputati.

Vi ringrazio per questo invito e mi scuso per non aver aderito all'invito del 5 agosto, poiché ero impegnato, come direttore generale dalla programmazione del Ministero, a chiudere uno dei tasselli importanti del nostro sistema che è il regolamento degli standard che voi tutti conoscerete.

Mi permetto di fare una piccola premessa, presidente, che riguarda proprio un cambiamento di scenario che noi abbiamo avuto negli ultimi mesi. Ne dobbiamo necessariamente parlare, perché questo scenario nuovo avrà dei riflessi anche sulle attività dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Mi riferisco ai lavori sul regolamento, iniziati nell'agosto del 2012, che si sono conclusi il 5 agosto 2014; all'avvio dei lavori nel giugno 2013 del nuovo Patto per la salute, che è stato sancito come intesa il 10 luglio 2014; nonché ai lavori del programma di revisione della spesa, che si sono avviati nel dicembre 2013, il cui coordinamento era stato affidato alla direzione dalla programmazione del Ministero per la salute e che sono tuttora in corso.

Sono stati tre cambiamenti di forte intensità. Infatti, in questi documenti si parla di monitoraggio e di controllo, e si assegna ad Age.Na.S un ruolo estremamente rilevante.

Le tematiche di cui tratta il patto naturalmente sono numerose. Io mi limiterai a leggere insieme a voi poche righe che danno contezza di quello che Age.Na.S, in attesa della riforma, è già chiamata a svolgere in questo momento, dopo

il Patto per la salute. Naturalmente troverete tutto molto più dettagliato nel documento che ho presentato.

A un certo punto il patto afferma: «Age.Na.S realizza uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. Per lo svolgimento di tali attività si avvale di un nucleo operativo funzionalmente dedicato ».

Onorevoli, onestamente, a me pare che basterebbe soltanto questo per disegnare uno scenario di attività dell'agenzia che è da far tremare i polsi a chi deve predisporre un monitoraggio così attento ed efficace. Alla parola « monitoraggio » si è aggiunta la parola « controllo », per la prima volta nella nostra storia, o perlomeno negli ultimi trent'anni.

Naturalmente, come voi sapete, il documento è stato concordato tra Governo e regioni, quindi non si tratta di una posizione non condivisa. Si tratta evidentemente della consapevolezza di aver raggiunto il momento di cambiare anche la modalità attraverso la quale esercitare il monitoraggio consueto.

Sempre per quanto riguarda il patto, desidererei sottolineare che quando il patto parla di « cambiamento dei modelli organizzativi » ci si riferisce, dopo tanto tempo, all'organizzazione, intesa come risorse umane. Ciò vuol dire che il patto, quando si spinge a dire all'agenzia di monitorare e di modificare, se necessario, con *audit* specifici, i comportamenti organizzativi, anche clinico-assistenziali, attraverso audizioni locali di associazioni e di società scientifiche, intende coinvolgere le persone che sono dentro al sistema.

Noi dell'Age.Na.S, come avete ascoltato, non dobbiamo occuparci soltanto del tema dell'efficacia degli interventi posti in essere nella sede clinico-assistenziale, ma dob-

biamo altresì garantire che questa « efficienza produttiva » sia riferibile anche alla gestione delle attività operative di carattere tecnico-amministrativo.

Parliamo, quindi, di *governance*. Ci chiediamo come l'agenzia possa svolgere un ruolo affinché avvenga un cambiamento di cultura. Di fatto, si tratta di un cambiamento di cultura, anche nel modo attraverso il quale affrontare i temi degli errori in sanità, delle procedure, dell'utilizzo etico delle risorse e della *governance* in generale.

Si tratta di cambiare la cultura delle persone che sono inserite dentro al sistema. Per cambiare la cultura delle persone è necessario anche intervenire con una formazione *ad hoc* che consenta agli attori principali del sistema, che sono da impegnare o già impegnati in attività di riprogettazione di modelli organizzativi e di *governance* e dell'assistenza sanitaria, di ricevere e scambiare opinioni in un contesto di alta formazione che certamente Age.Na.S ha già in mente di impostare, attraverso una sezione della Scuola nazionale dell'amministrazione.

Questa formazione dovrà essere rivolta soprattutto ai commissari e ai subcommissari delle regioni in piano di rientro, ai direttori generali e all'altro personale che deve essere dedicato a trasformazioni così importanti, che non possono certamente essere improvvisate.

È necessario — ed è il momento giusto per farlo — che a un cambiamento culturale di prospettiva organizzativa e anche di monitoraggio e di controllo, così come abbiamo visto, segua parallelamente un percorso di formazione del personale che si occupa di erogare assistenza sanitaria.

La legalità è un altro tema molto critico. Continuiamo a dirci che la sanità spesso viene coinvolta in fenomeni di corruzione. Probabilmente è necessario che ci si occupi direttamente di questo tema, che si implementi un modello di *governance* dell'amministrazione del settore della sanità che preveda l'efficacia e l'efficienza delle attività operative di carattere tecnico-amministrativo, che dia certezza dell'attendibilità delle informazioni di bilan-

cio e soprattutto, in maniera omogenea, dia contezza anche della conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore.

Il presidente Bissoni mi ha preceduto nell'audizione e vi ha già raccontato del Programma nazionale valutazione esiti, di cui già sapete tutto. È una parte del sistema che verrà impegnata per verificare se, con i risultati e gli esiti ottenuti all'interno degli ospedali, è possibile avviare tempestivamente un *audit* con le persone interessate all'interno delle strutture dove si verificano dei difetti di assistenza. Da questo *audit* verrà fuori un'analisi dettagliata delle ragioni che hanno consentito il verificarsi di alcuni difetti di assistenza, per consentire il monitoraggio, affinché queste stesse condizioni non abbiano a ripetersi.

Fino ad oggi, cioè prima del patto, le attività del Programma nazionale valutazione esiti erano quelle di fare una fotografia esatta di ciò che accade dal punto di vista tecnico-pratico e dell'efficacia degli interventi clinici all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e private, con *audit* successivi presso le regioni e, se necessario, presso le stesse strutture.

Adesso siamo un passo avanti. Desideriamo che il campanello di allarme che ci viene proposto dal patto, architettato in questo modello di monitoraggio, sia un modello di allarme che consenta di intervenire prima, sia sul fronte dei difetti di gestione tecnico-amministrativa sia sul fronte della gestione dell'assistenza sanitaria nel senso più stretto del termine.

Della formazione vi ho già parlato.

Naturalmente c'è anche un tema molto rilevante che riguarda i rapporti con l'Europa. Gli altri Paesi in Europa, come voi sapete molto meglio di me, si sono già attrezzati in questo senso. Ci sono già delle agenzie che svolgono ruoli simili a quello che il Patto per la salute ha assegnato ad Age.Na.S, ma è necessario che vi sia anche in Europa un modo per confrontarsi sui modelli di assistenza.

La direttiva n. 24 del 2011 sull'assistenza transfrontaliera, come voi sapete, consente una certa libertà in più rispetto al passato. Pertanto, la competitività nei

singoli Paesi e nel nostro non può più essere soltanto una competitività tra le singole regioni. Noi dobbiamo guardare a una competitività più alta e, per fare questo, dobbiamo dotarci degli standard previsti in tutti i campi di azione del sistema sanitario e concordati in Europa. La nostra agenzia avrà, quindi, anche la possibilità di interfacciarsi un po' di più con l'Europa.

Allo stesso tempo, stante la natura dei compiti cui è chiamata proprio dal Patto per la salute e toccando degli aspetti che vanno direttamente collegati all'assistenza alle persone e ai cittadini, immagino che l'agenzia debba svolgere un ruolo importante anche nei confronti delle associazioni degli ammalati e delle associazioni dei cittadini. Vi è necessità di un coinvolgimento evidentemente maggiore, soprattutto sulle tematiche che vi accennavo poc'anzi.

Un altro fatto molto rilevante che riguarda il Patto per la salute coinvolge Age.Na.S: l'articolo 28 prevede che i contenuti del patto stesso debbano essere monitorati da una cabina di regia politica che si avvalga di un tavolo tecnico coordinato da Age.Na.S, per verificare se le regioni hanno attivato tutte le indicazioni che il patto contiene.

Oltre al tema del controllo, questa cabina di regia ha un significato. Nel passato, come voi sapete, si costituiva un patto forte tra il Governo e le regioni, però, quando si andava a ridiscutere successivamente un nuovo patto, si trovava una certa percentuale di questioni che non erano state prese in considerazione. Pertanto, questo tavolo in cui è presente Age.Na.S ha il significato di tenere sotto controllo la situazione del Patto per la salute.

C'è poi il discorso sulle linee-guida. Probabilmente, presidente, è arrivato il tempo di fare questo, perché non possiamo più permetterci di continuare in questo modo. Da quello che ho letto e da quello che ho ascoltato, mi pare di capire che lo spirito del lavoro della Commissione sia anche quello di suggerire una sistematizzazione delle cose che si fanno.

Se le linee-guida non sono scritte giusto per dare un orientamento, ma diventano le linee-guida sulle quali ognuno basa le sue attività, qualcuno le deve emanare. Se sono linee-guida di carattere clinico-assistenziale o di monitoraggio delle attività tecnico-amministrative, si sceglierà l'agenzia o la struttura adatta all'emanazione di queste linee-guida.

Insomma, questa è sicuramente un'occasione da non perdere, come agenzia, per sbrigarsi a fare tutto il possibile affinché i contenuti del patto possano essere a disposizione dei cittadini e, quindi, del sistema, ma anche per fare in modo che si restituisca ad Age.Na.S quel ruolo terzo di agenzia nazionale nell'ambito dei piani di rientro.

Concludo questa disamina sintetica dei contenuti del documento ricordando che il patto prevede una cosa molto importante. Si dice che il Ministero della salute si avvale di Age.Na.S per l'affiancamento alle regioni in piano di rientro.

Sapete molto bene che il modello che noi abbiamo disegnato fino ad oggi per i piani di rientro ha dato grandi risultati, molto più grandi sotto il profilo economico-finanziario, ovvero relativamente ai disavanzi, ma molto meno grandi per la parte che riguardava la riqualificazione dei servizi.

È ora di capire che è cambiato lo scenario. Noi dobbiamo spingerci di più verso la garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Come sapete, il patto prevede che debbano essere aggiornati entro il prossimo dicembre da parte del Ministero.

Il ruolo dell'Agenzia nell'affiancamento è molto più efficace, perché non è un ruolo a richiesta del Ministero della salute, ma è un ruolo esercitato direttamente, poiché nel patto c'è scritto che il Ministero per la salute si avvale di Age.Na.S.

Presidente, io penso di aver dato una descrizione sintetica del documento.

**PRESIDENTE.** Direttore, la ringrazio. La descrizione è stata sicuramente appropriata. Avevamo già sentito qualcosa su Age.Na.S, quindi conoscevamo almeno un pezzo dell'idea che le apicalità di Age.Na.S

hanno, oltre a conoscere le attività dell'agenzia stessa.

Per quanto riguarda il lavoro della nostra Commissione, credo che le attività di Age.Na.S siano tra le più interessanti, perché attengono a una serie di temi di riprogrammazione, di verifica e di misurazione che la nostra Commissione ha molto a cuore sin dall'inizio della sua attività, che abbiamo scelto di orientare verso l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del nostro sistema sanitario. Direi che Age.Na.S è un « chiodo fisso » delle attività di questa Commissione, per cui non credo che mancheranno domande e richieste di chiarimento.

Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti e formulare osservazioni.

**MARIA AMATO.** Grazie, dottor Bevere, per la chiarezza e la fruibilità della sua spiegazione.

Io faccio il medico ospedaliero nella vita. Mi viene da pensare che il Programma nazionale esiti, in un contesto in cui le figure professionali, sia quelle mediche che quelle sanitarie, sono in Italia fortemente esposte, ha una garanzia di risultato se affrontato senza la reticenza degli attori, che non si devono sentire vulnerabili.

In un altro contesto, parlando di responsabilità professionale, abbiamo sentito invece la spinta culturale di parte della magistratura nel voler togliere la secretazione su ciò che emerge dagli *audit* clinici.

Io, sentendo le due cose, ho un po' di perplessità, perché ovviamente il risultato di una centralità del piano Esiti vuole proprio l'assoluta trasparenza, la generosità e il coraggio da parte degli operatori nell'affrontare una nuova cultura rispetto alle procedure e agli atti sanitari. Questa è una cosa che, a mio avviso, non coincide.

L'altra questione concerne le regioni in piano di rientro. Io vengo da una regione in piano di rientro, l'Abruzzo, che finora è stata accompagnata da un subcommissariamento di due persone di notevole livello. Una delle due è stata coinvolta da un'indagine, sulla stessa spinta di quella

che ha decapitato la regione Abruzzo, cioè il rapporto con i privati, che per anni è stato per noi il veleno.

Mi chiedo se esista un sistema per omogeneizzare una relazione con i privati che non renda vulnerabili alcuni territori che sono indietro rispetto a regioni virtuose che hanno già sperimentato dei sistemi, affinché finalmente si possa andare verso una visione un po' più ottimistica e serena della situazione.

ELENA CARNEVALI. Ringrazio molto per questa audizione e soprattutto per aver delineato le innovazioni nel ruolo che Age.Na.S dovrebbe assumere in una sfida che considero particolarmente rilevante.

È un'agenzia di grande supporto alle regioni. A questo subentra un'attività di controllo che, di fatto, è propedeutica alla volontà di supportare lo stesso Ministero e di mettere in atto degli elementi correttivi, soprattutto in termini prudenziali e anticipatori, sia sul fronte della salute sia sul fronte amministrativo, prima dell'emergere di situazioni di criticità che espongono in particolare i cittadini e il sistema.

Lei ha fatto molto richiamo alla questione del Patto della salute. Vorrei soffermarmi in particolare su due articoli: l'articolo 6 e l'articolo 28 del Patto della salute.

Dopo aver stabilito i criteri e il riparto del Fondo sanitario (alcune regioni hanno potuto godere di risorse aggiuntive rispetto alla spesa storica e altre ovviamente sono più in difficoltà), credo che un punto essenziale dell'articolo 6 sia soprattutto la competenza nelle materie socio-sanitarie e socio-assistenziali.

A mio avviso, di questa materia parliamo troppo poco. Al netto di quanto è importante la sanità, per le condizioni epidemiologiche e sociologiche che tutti noi conosciamo, credo che questo sia un comparto che merita particolare attenzione. Spesso sono i servizi che più incidono sulla qualità della vita del cittadino e di chi vive una condizione di malattia tendenzialmente cronica.

Da questo punto di vista, le chiedo come pensate di poter agire e di poter

coordinare e governare le attività delle regioni su tutto questo comparto che è un po' nuovo. Non pretendo che abbiate già la risposta «in canna», ma credo che questa sia una parte rilevante per quanto riguarda in generale il nostro sistema di *welfare*.

L'articolo 28, invece, è stato emanato dopo il confronto nella Conferenza Stato-regioni. Viene costituito questo tavolo, che farà anche proposte in riferimento alla *spending review*. Credo che per noi sia un argomento di particolare rilevanza, visto che affronteremo a breve le questioni della definizione del documento di economia e finanza e della legge di stabilità. Forte è la preoccupazione di come vengono individuati gli eventuali accorgimenti di *spending review*, non solo nel comparto sanitario, ma anche nel comparto socio-sanitario.

MASSIMO ENRICO BARONI. Grazie, direttore. Io ho avuto già modo di intervenire il 5 agosto, insieme alla collega Amato, alla presenza dei suoi colleghi Bissoni e Iachino, e avevo espresso alcune preoccupazioni, che risollevo a lei. Ovviamente le audizioni hanno delle attivazioni anche sugli stessi deputati, che uno o due giorni dopo si trovano a fare ulteriori scoperte sugli argomenti trattati.

In particolare, una mia preoccupazione riguarda il numero degli ECM (Educazione continua in medicina). Mi pare che siano 12 milioni gli ECM erogati. Gli ECM sono obbligatori per circa un milione di professionisti in campo sanitario. C'è un sistema di erogazione che è dichiarato come automatizzato ma non può esserlo, in quanto la vostra Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC) è un tavolo di lavoro con degli attori in carne e ossa.

Mi chiedo se, oltre alle informazioni che ci avete lasciato ad agosto in merito al funzionamento dell'attività dei *provider* e al modo in cui vengono accreditati, è possibile trovare ulteriori informazioni in rete, magari sul vostro sito, o delle *slide*.

Infatti, noi del Movimento 5 Stelle abbiamo avuto delle segnalazioni in me-

rito a delle procedure che non sono risultate totalmente trasparenti nell'accreditamento.

Una di queste — gliela indico subito — riguarda il fatto che gli ordini professionali, che secondo la legge sulla prevenzione e la repressione della corruzione (la legge n. 190 del 2012) sono organi che hanno un'amministrazione di tipo politico, separata da un'amministrazione di tipo non politico, di fatto svolgono un'attività di accreditamento di altri professionisti, avendo anche un'influenza su eventuali *impact factor*, sull'accreditamento di determinati *stream* scientifici eccetera.

Sarebbe interessante capire se l'Age.Na.S è spettatore passivo di questo tipo di circolarità di lavoro che avviene all'interno del processo di accreditamento, oppure se ci tiene particolarmente a rendersi una struttura totalmente trasparente che fa effettivamente da distributore delle informazioni.

GIOVANNI MONCHIERO. Sarò brevissimo. Vorrei solo riportate i temi in discussione all'oggetto della nostra indagine conoscitiva, con una domanda diretta: il processo di organizzazione attualmente in atto all'interno di Age.Na.S viene vissuto positivamente oppure appiano le criticità che, ad esempio, sono emerse ieri relativamente al processo di riforma dell'ISS?

Le audizioni di ieri hanno innescato in molti di noi un'attenzione e anche qualche piccola preoccupazione sul fatto che il processo di riordino venga vissuto male all'ISS. Mi sembra che invece da voi questi problemi non ci siano, però è bene che ce lo dica lei.

TERESA PICCIONE. Sono stati sollevati molti temi: monitoraggio, controllo, formazione, visto che il cambiamento, come sottolineava, è di tipo culturale, affiancamento alle regioni in piano di rientro e medicina transfrontaliera.

Io mi fermo su due elementi. Uno di questo è il cambiamento culturale di cui lei ci parla e che io vedo, che ovviamente coinvolge e impegna in una rinnovata formazione degli operatori, perché i servizi siano riorganizzati e avviati.

Io credo che in questa formazione, oltre che sull'efficienza di tipo quasi tecnico, dobbiamo puntare il riflettore anche sulla capacità di prendersi cura dell'intera persona.

Ho apprezzato l'intervento dell'onorevole Carnevali, che sottolineava che nel momento della malattia acuta noi siamo spesso capaci di rispondere con appropriatezza, ma successivamente, nelle patologie croniche, non tutta l'Italia risponde adeguatamente. Questo è un punto su cui noi, soprattutto in un momento in cui mettiamo mano a una *spending review*, dobbiamo interrogarci. I tagli non significano minore soddisfazione. Infatti, sui territori noi raccogliamo la domanda di salute e di accompagnamento, a cui non sempre siamo in grado di rispondere.

Riguardo alla medicina transfrontaliera, penso che ancora non abbiamo avvertito dentro quale universo ci stiamo incamminando e come puntare sulla qualità. Io credo che la promozione delle eccellenze che abbiamo, che spesso nel resto d'Europa sono poco conosciute, sia un punto fondamentale. Chiedo il suo parere in tal senso.

PRESIDENTE. Direi che di bistecche sul fuoco ne sono state messe. Vediamo se riusciamo a farle arrivare a cottura.

Do la parola al dottor Bevere per la replica.

FRANCESCO BEVERE, *Direttore generale dell'Age.Na.S.* Le chiedo soltanto quanto tempo ho a disposizione per rispondere.

PRESIDENTE. Ha circa un quarto d'ora.

FRANCESCO BEVERE, *Direttore generale dell'Age.Na.S.* Allora mi scuso con voi per la sintesi delle risposte.

Sul discorso dell'omogeneizzazione di alcune procedure di gestione tecnico-amministrativa per settori (privato, convenzionato eccetera), questo è uno degli obiettivi. Non è raccontato in questo modo, ma quando parlavo di rimettere un po' al



centro un modello di *governance* che sia il più possibile omogeneo su tutto il territorio nazionale, parlavo proprio della necessità, che avvertono peraltro anche le regioni, di avere una piattaforma di base che sia la medesima su tutto il territorio nazionale, sulla base della quale naturalmente ogni regione potrà poi esercitare il diritto sacrosanto di muoversi come riterrà più opportuno.

Per quanto riguarda l'intervento dell'onorevole Carnevali e il discorso sul socio-sanitario, voglio ricordare soltanto una cosa molto rilevante. Voi la conoscete già, ma mi piace ripeterla ora. Grazie al lavoro fatto con Cottarelli sulla revisione della spesa in sanità, per un intervento dell'allora presidente Errani e del Ministro Lorenzin, siamo riusciti a evitare che vi fossero tagli in sanità e ad ottenere che le risorse che noi risparmieremo dovranno essere destinate al reinvestimento in sanità, il che vuol dire sicuramente innovazione e tecnologia, ma vuol dire anche consentire alle regioni di attivare quei canali di assistenza territoriale, soprattutto con un occhio forte all'aspetto di assistenza socio-sanitaria, di cui Age.Na.S certamente si dovrà occupare.

Per quanto concerne la revisione della spesa, essendo transitato ad Age.Na.S il tavolo che io coordinavo come direttore della programmazione al Ministero della salute, in base all'articolo 28 del Patto per la salute, come ricordava l'onorevole Carnevali, ho già concordato con Cottarelli che il gruppo di lavoro rimane lo stesso, visto che sta lavorando bene.

Noi desideriamo andare a vedere perché gli esami ematochimici, le indagini laboratoristiche e quelle radiodiagnostiche vengono chieste con alcune modalità su un territorio e con altre su un altro territorio. Indagheremo le ragioni per le quali capita questo e analizzeremo i risultati dell'utilizzo di queste tecnologie e di questi strumenti di diagnosi.

Rispondo ora all'onorevole Piccione, che faceva un riferimento specifico che mi è piaciuto molto — la ringrazio per aver-

melo ricordato — alla caratteristica, che deve avere il sistema, di prendersi cura della persona.

Desidero ricordare che per la prima volta nella storia il Patto per la salute contiene un articolo che parla di «umanizzazione delle cure». Bisogna leggerlo e rileggerlo, almeno per quel che mi riguarda, e lo farò con attenzione anche nella mia posizione di direttore di Age.Na.S. L'umanizzazione delle cure significa anche che non vi possono essere persone su un territorio che sono in grado di fruire di alcuni servizi, mentre altre persone in altri territori, non per loro colpa, devono purtroppo subire l'inefficienza e l'inadeguatezza dei servizi offerti.

L'appropriatezza è stato il tema principale del patto. Parliamo di appropriatezza a 360 gradi, non soltanto clinico-assistenziale negli interventi di diagnosi e cura, ma soprattutto per la parte di gestione tecnico-amministrativa delle strutture sanitarie.

Certamente le malattie croniche meritano ormai un'attenzione speciale, anzi, per la verità, la meritano da anni. È vero che ormai siamo tutti in età avanzata. Non parlo di noi qui dentro. L'Italia è vista come un Paese che è in grado di avere delle persone che vivono fino a 80, 85 o 90 anni. Il tema è continuare questo trend, ma con una qualità di vita che sia sufficiente.

Se siamo arrivati a questo è perché abbiamo un sistema tra i migliori al mondo e dei medici straordinari. Pertanto, siamo nelle condizioni, con degli accorgimenti che richiederanno un po' di tempo, di garantire anche che si possa arrivare a quell'età in buona salute e vivendo meglio.

L'onorevole Monchiero giustamente si preoccupa del clima organizzativo, provando da esperienze di diretta gestione di sistemi complessi. La ringrazio, onorevole, per questa domanda.

Mi permetto di dire che il discorso per Age.Na.S è un po' differente rispetto alle altre agenzie e all'Istituto superiore, poiché in realtà l'Age.Na.S già svolgeva in parte alcune di queste attività. Che cosa è accaduto nel tempo? Come può accadere

nel nostro Paese, si legifera e si continua a legiferare sulle cose, senza fermarsi a chiedersi se Age.Na.S fa delle cose uguali agli altri, se ne sta facendo tante oppure ne sta facendo poche.

Probabilmente questo accadrà, grazie anche i lavori della Commissione, quando ci sarà la sistematizzazione dei ruoli e delle competenze. Vi assicuro che Age.Na.S è pronta a svolgere questa attività con grande entusiasmo.

È un mese che io sono all'interno dalla struttura. Vivo ogni giorno questo desiderio di sapere finalmente quelle quattro, cinque o sei cose importanti da portare a casa. Lasciamo ad altri il compito di occuparsi di prevenzione, di obesità o di altro, perché sono molto più bravi di noi.

Noi studiamo, perché vogliamo fare ricerca, ma non è certamente la ricerca che fanno l'Istituto superiore di sanità o l'AIFA. Noi desideriamo lavorare su modelli di gestione e su modelli organizzativi, per dare un supporto alle regioni, affinché i colleghi delle regioni non subiscano soltanto linee-guida scritte sulla carta, dentro a un sistema che, come al solito, funziona molto bene da una parte e molto meno bene da un'altra.

Intendiamo gradualmente coinvolgere tutti. Spero proprio che, partendo dal Programma nazionale valutazione esiti (PNE), anche il modello di gestione tecnico-amministrativa possa essere avviato in questo senso e che possiamo raggiungere, anche col vostro contributo, presidente, gli obiettivi auspicati.

Per quanto riguarda la domanda dell'onorevole Baroni, innanzitutto l'agenzia, per quanto riguarda la trasparenza in generale, assolve già questo ruolo. Le assicuro personalmente che cercherò di migliorare in tutti i modi il modello, poiché, come lei avrà notato anche nella relazione, essendo noi stessi chiamati a svolgere un ruolo nella trasparenza della *governance* e, quindi, nella trasparenza in senso assoluto, dobbiamo essere i primi. Pertanto, le garantisco che c'è già un sistema trasparente, ma lo sarà sempre di più rispetto a tutte le attività.

Per quanto riguarda l'ECM, come lei sa, l'ECM è regolamentato. C'è scritto quello che bisogna fare e c'è una commissione nazionale. Non le nascondo che evidentemente, come ogni percorso, probabilmente anche l'ECM abbisogna di un aggiustamento, ovvero di un modo di vedere la formazione medica in un contesto che sta cambiando e che, quindi, probabilmente richiede di essere interpretato diversamente.

Non le nascondo che può essere una delle cose che noi vorremmo affrontare. Ci sarà una commissione alla quale io parteciperò nelle prossime settimane. In quel contesto probabilmente io stesso chiederò se c'è qualche criticità, se si intende affrontarla e in che modo.

**PRESIDENTE.** Ringrazio molto il direttore generale di Age.Na.S. Credo che sia stata per tutti i colleghi un'audizione particolarmente interessante e stimolante.

Immagino che ci saranno altre occasioni in cui avremo la possibilità di interagire, di scambiarci informazioni e, come Commissione, di essere di supporto, se questo è possibile, all'attività che Age.Na.S sicuramente svolgerà nel modo più brillante.

La ringraziamo di cuore per la sua disponibilità, per la sua cortesia e anche per la chiarezza dell'esposizione. Dichiaro conclusa l'audizione.

**Audizione del professor Cesare Cislighi, consulente responsabile del coordinamento delle ricerche economico-sanitarie.**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Cesare Cislighi, consulente responsabile del coordinamento delle ricerche economico-sanitarie, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S).

Porgo al professor Cislaghi il mio benvenuto personale e quello di tutti i commissari. Il professor Cislaghi ci sta lasciando, come ha fatto il dottor Bevere, un appunto scritto, che io metterò in distribuzione affinché tutti i colleghi lo possano avere.

Immagino che il professor Cislaghi sia esperto di queste cose, ma comunque gli raccomando la sintesi nella sua introduzione. Preannuncio che ci saranno sicuramente domande da parte dei colleghi parlamentari.

Do la parola al professor Cislaghi per lo svolgimento della sua relazione.

CESARE CISLAGHI, *Consulente responsabile del coordinamento delle ricerche economico-sanitarie dell'Age.Na.S.* Grazie, presidente e onorevoli commissari, di avermi invitato per dire quello che io penso sulle agenzie in genere e sull'Age.Na.S.

Devo precisare che non sono qui come rappresentante di Age.Na.S. Io sono un consulente di Age.Na.S, dove lavoro da sette anni, ma fondamentalmente io posso portare la mia esperienza, che è maturata in quarant'anni di docenza universitaria in economia sanitaria, in sette anni di coordinatore dell'Agenzia toscana e in sette anni di rapporti, prima come dirigente e poi come consulente di Age.Na.S.

L'argomento delle agenzie sanitarie mi ha sempre interessato e ho scritto anche varie cose su questo tema. Ho seguito tutto l'iter molto interessante di evoluzione del concetto di agenzia sanitaria dagli anni Ottanta fino ai nostri giorni, su cui si è dibattuto molto.

Credo che il cambiamento derivi da un clima generale nell'ambito del sistema sanitario che è abbastanza mutato. Le agenzie sono nate tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta. Il clima era quello di cercare di liberare il più possibile delle energie in un'autonomia. È stato il periodo dell'aziendalizzazione, periodo in cui si cercava di liberare energie positive, dando più autonomia e più responsabilizzazione.

Penso che oggi, dopo vent'anni, nel clima culturale e politico generale, la preoccupazione maggiore sia invece quella di controllare e di eliminare possibili distorsioni del sistema.

Io credo che la soluzione sia fondamentalmente quella di mantenere un equilibrio tra questi due momenti. C'è il momento, assolutamente importante, della liberazione di energie e della creazione di pensiero e il momento, altrettanto importante, del monitoraggio, della valutazione, dell'indirizzo corretto delle cose.

Un'agenzia, secondo me, si trova a metà di questo equilibrio: da una parte c'è questa necessità propulsiva, che favorisce il pensiero, e dall'altra parte c'è la necessità di evidenziare ciò che non va, di suggerire dei correttivi e degli interventi.

Io credo che sin dall'inizio ci sia stato un termine che ha creato una grossa utopia e che è stato molto usato: la «terzietà». Quando si parla di agenzie, si dice spesso che queste devono garantire la terzietà. A tutti fa piacere la terzietà, perché pensiamo sempre che il primo e il secondo non vadano bene e che, quindi, il terzo possa andare bene, cioè che la terzietà sia una capacità di nobiltà di pensiero.

Il problema è che spesso — l'ho visto varie volte sia nell'Agenzia toscana sia nell'Agenzia nazionale — terzietà diventa sinonimo di sterilità. La terzietà deve avere un rapporto con la decisione, con la capacità operativa e con il «potere». Le *authority* (ad esempio, l'Autorità per la *privacy* e l'Autorità per la concorrenza) hanno una terzietà, ma hanno anche un potere. Se non si appoggia in qualche modo, all'interno o all'esterno, a una capacità decisionale, la terzietà diventa sterilità.

Facciamo attenzione: non parlo della terzietà culturale e ideologica, che è l'onestà mentale, l'onestà scientifica, il pensiero eccetera, ma della terzietà nel senso di porsi in un punto del sistema dove fondamentalmente non si svolge un ruolo specifico.

Io credo che l'importante sia che un'agenzia abbia un aggancio ben preciso

con un momento decisionale, operativo e istituzionale del sistema, qualunque esso sia, ma che lavori su degli obiettivi precisi e ben identificati. È assolutamente necessario che ci sia questa precisazione degli obiettivi su cui lavora.

L'agenzia si chiama Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Varie volte ci si chiede chi sia il referente. Il referente è il Governo. Il referente sono le regioni. Il referente sono i cittadini. Diciamo che deve lavorare per il bene di tutti. Il problema è che questo deve essere abbastanza chiaro. Questo scambio tra referente governativo e referente regionale varie volte ha creato dei problemi. C'erano i momenti in cui a livello centrale si diceva che l'agenzia è troppo amica delle regioni e dei periodi in cui le regioni affermavano il contrario.

Questo è un punto che si deve chiarire. Io personalmente credo che l'agenzia non possa che essere ancorata, come decisore, al centro del sistema, il che non vuol dire che lavori a favore delle regioni, con le regioni e insieme alla regioni.

Il terzo punto che credo sia importante, che è emerso ultimamente e che, secondo me, rischia di creare un equivoco terminologico, riguarda il dualismo tra ricerca e controllo. L'agenzia deve fare ricerca o controllo?

Io credo che, se consideriamo in termini troppo assoluti sia la parola « ricerca » sia la parola « controllo », l'agenzia non debba fare né ricerca né controllo, oppure debba fare tutte e due. In che senso? Sicuramente non è un istituto di ricerca, quindi non deve occuparsi di una ricerca di base. Sicuramente deve avere modalità di azione con metodologie scientifiche e con capacità di analisi. Deve essere assolutamente capace di approfondire.

L'altra parte è il controllo. Io per cinque anni sono stato dirigente della sezione « Monitoraggio della spesa sanitaria ». La parola « controllo » può essere equivoca. Il termine « monitoraggio » è molto più chiaro. Da un punto di vista centrale, il controllo normalmente consiste nel verificare l'adeguamento di un

processo a una norma. Il monitoraggio invece significa vedere se l'*outcome* di una determinata cosa raggiunge il risultato sperato.

Io credo che sia assolutamente necessario che l'agenzia operi ancora più analiticamente un'azione di monitoraggio e poi affianchi i responsabili istituzionali nel controllo e nell'azione. Io credo che in agenzia si possa effettivamente operare questo monitoraggio e che si debba invece necessariamente affiancarsi con chi ha il governo della realtà per riuscire a intervenire.

Io vedo lo scopo di queste agenzie con una sigla di tipo aziendale. In gergo aziendale, la sigla RS sta per « ricerca e sviluppo ». Io ci metto una « V » davanti, trasformandola in VRS (valutazione, ricerca e sviluppo).

Dopo tanti anni di attività nelle agenzie, la mia visione è che effettivamente l'agenzia debba essere un momento di valutazione. Nel nostro sistema non c'è un altro luogo come l'agenzia dove effettivamente si possa svolgere in maniera compiuta una valutazione a vari livelli, sintetici e analitici, del sistema sanitario.

Occorre poi una ricerca capace di capire in questa valutazione cosa andava e cosa non andava. Infatti, l'approfondimento può essere fatto solo con modalità di questo tipo. Se non le vogliamo chiamare ricerche, chiamiamole come vogliamo, ma fondamentalmente è un approfondimento e uno sviluppo, perché evidentemente il compito è anche quello di suggerire.

Ricerca e sviluppo è un settore di tutte le aziende. La dinamicità di un'azienda è nella capacità di capire ciò che non va (valutazione e ricerca) e di suggerire uno sviluppo del sistema.

La conseguenza di questo è il rapporto tra riferimento politico e riferimento tecnico. Io credo che ci sia importantissimo un riferimento politico. Oggi ci sono, anche se in maniera travagliata, un presidente e un consiglio d'amministrazione, quindi un indirizzo ben preciso di tipo politico. Inoltre, deve esserci un apparato

che sia fondamentalmente tecnico, indirizzato politicamente, ma che abbia delle capacità tecniche e di analisi.

In tutto l'apparato dirigenziale la selezione deve essere fondamentalmente operata sulle capacità tecniche e sulle eccellenze tecniche. Credo che ci sia assolutamente bisogno di eccellenza tecnica, che in grossa parte c'è, anche se non completamente.

Mi permetto di dire due cose molto meno rilevanti ma gestionali, che possono essere importanti. La prima è che gli enti come l'agenzia peccano un po' di « lazialità » (io sono milanese, come si sente dal mio accento), nel senso che non riescono ad avere collaboratori che abitino al di là dei Castelli romani, tranne qualche eccezione come la mia, che ho sposato una romana, per cui sono venuto a Roma.

Questo è un problema per un'agenzia nazionale. Un'agenzia nazionale, che interagisce con molte regioni, sarebbe arricchita dalla possibilità di collaborazione con persone che vengono da varie parti.

Da una parte ci sarebbe una sensibilità diversa. Non c'è niente da fare: tra il Friuli, la Sardegna e la Sicilia ci sono problemi molto simili, ma anche sensibilità diverse. Pertanto, credo che la possibilità di recuperare questo sia abbastanza importante.

Dall'altra parte, soprattutto quando queste collaborazioni sono transitorie, il ritorno nei territori dopo un'esperienza centrale permette uno sviluppo. In un sistema regionalizzato come il nostro, il fatto di poter avere un luogo centrale che ha questa rete e che ha queste possibilità è importante.

Se un problema è dato dal fatto che l'agenzia è troppo legata alle mura latino-romane, d'altra parte c'è un problema minore, che però in questo momento considero abbastanza grave. Mi ricordo che quando eravamo all'università vedevamo con grande favore l'istituto francese Bourbaki, uno dei più importanti istituti di matematica, perché chi ne faceva parte doveva uscirne quando compiva quarant'anni. Si pensava che nella ricerca

matematica dopo i quarant'anni non si riuscisse ad avere idee nuove. C'è sicuramente un'esigenza di rinnovamento.

Tuttavia, in una situazione in cui invece l'importante è la conoscenza, credo che sopprimere totalmente la possibilità che persone che hanno terminato la propria carriera professionale collaborino crei dei grossi problemi.

In effetti, in questo momento collaborano con l'agenzia una ventina di persone che hanno già terminato la propria carriera e hanno delle consulenze. Sono persone con una rilevanza molto forte. Questo è un problema da notare, perché molte di queste attività di controllo e di valutazione difficilmente possono essere svolte da chi sta ancora operando nel sistema. Questo è un nodo su cui riflettere. Io credo che il rinnovamento sia importantissimo, ma che la valorizzazione dell'esperienza sia altrettanto importante.

Che ipotesi si possono fare per il futuro dell'agenzia? Io credo che in un sistema debba esserci assolutamente un punto che fa quello che ho appena chiamato « valutazione, ricerca e sviluppo ». Io credo che un'agenzia nazionale abbia questo tipo di obiettivo e che debba enfatizzare di più un punto o l'altro a seconda delle fasi storiche e delle richieste del sistema. Se non lo fa l'agenzia, deve farlo qualcun altro, perché è relativamente importante.

Ci devono essere anche dei momenti di maggiore flessibilità e di maggiore possibilità di coinvolgimento, ad esempio, col mondo universitario. Io, per esempio, da professore universitario, ho potuto collaborare con l'Agenzia toscana, perché il decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 permetteva di assumere dei ruoli da dirigente pubblico, ma non nell'agenzia nazionale. Ci sono problemi di questo tipo.

Io credo che, in determinate fasi, poter recuperare delle esperienze importanti come quelle del mondo universitario, magari temporaneamente per problemi specifici, e poter avere collaborazioni dalle regioni sia abbastanza importante. Non ci deve essere solamente un momento di ufficio burocratico con impiegati che

fanno il lavoro quotidiano, ma occorrono anche dei momenti di arricchimento culturale e di collaborazione. Credo che questo sia assolutamente importante.

Più o meno in tutti i Paesi c'è qualcosa che assomiglia a un'agenzia come la nostra. Alcuni enfatizzano di più una cosa e alcuni ne enfatizzano di più un'altra.

Sicuramente bisogna evitare che l'agenzia diventi un centro studi, che non serve a niente perché ce ne sono già tanti, o una Corte dei Conti, perché c'è già la Corte dei conti. Io credo che l'agenzia debba essere invece un luogo capace di valutare e di identificare dei momenti critici e problematici da risolvere; capace di studiare il perché ci sono queste criticità e quali possono essere le soluzioni; e infine capace di interagire con chi ha il governo della sanità per proporre delle soluzioni.

Se l'agenzia continua o migliora in questo obiettivo, credo che il sistema sanitario ne possa ricevere un supporto molto importante. Questa è la mia visione del ruolo di un'agenzia nazionale di sanità.

**PRESIDENTE.** Professore, la ringrazio. Il professore è stato così chiaro che non ha suscitato interessi di approfondimento.

Le faccio io una breve domanda. Mi sembra di aver capito che lei abbia posto, tra gli altri, il tema che anche l'uso delle parole può creare qualche problema e che un'agenzia che ha compiti di accompagnamento e di monitoraggio non dovrebbe avere anche ruolo sanzionatorio e, quindi, dovrebbe star lontana dall'idea di essere anche il braccio che introduce la sanzione.

Le chiedo qual è la sua idea per evitare questo rischio.

**CESARE CISLAGHI,** *Consulente responsabile del coordinamento delle ricerche economico sanitarie dell'Age.Na.S.* Io credo che l'accompagnamento e il controllo, in quanto tali, se hanno ciascuno tutto il loro potere, non vadano d'accordo.

Faccio un esempio. Di fronte a una determinata situazione regionale o aziendale, l'attività di valutazione e di approfondimento dal centro può avvenire solamente sulla base di dati, di conoscenze e

di momenti di ispezione nel senso di studio. Nel momento in cui si identifica un problema, l'unica cosa che si può fare, per evitare di arrivare a uno scontro che comprometterebbe l'affiancamento, è chiedere a chi ha il governo di quella realtà di procedere insieme per approfondire il problema.

Ad esempio, io credo che sia difficile, nel momento in cui si identifica un problema in un ospedale o in un'azienda, intervenire senza coinvolgere la regione, se permane un sistema regionalizzato dove il governo della sanità spetta alla regione. È possibile che l'agenzia dica alla regione che c'è un problema, le chieda di ricercare insieme le cause e le offra una mano per risolverlo, e che in qualche modo ci sia un obbligo da parte della regione di accettare questo invito.

Secondo la mia esperienza (ultimamente ho avuto l'esperienza del POAT, un programma operativo di assistenza tecnica in Calabria, Campania, Puglia e Sicilia), è difficile intervenire dall'esterno su una regione senza accordarsi con la regione stessa. Se avviene un grosso scontro, l'azione diventa veramente difficile. Se invece, dopo l'identificazione del problema, c'è una reale collaborazione e un'azione fatta il più possibile congiuntamente, credo che si possa fare qualcosa in più.

Chiaramente i problemi nascono sempre (ci mancherebbe altro), però dovrebbero esserci un momento autonomo di valutazione e monitoraggio e poi un momento congiunto di controllo e di approfondimento più sul campo.

L'importante è che questo controllo porti a qualcosa, cioè che non sia semplicemente un'azione sterile di identificazione del problema.

Potrei narrare tantissime situazioni di questo tipo che sono avvenute. Se non c'è l'obbligo di prendere in considerazione e di intervenire sulle criticità evidenziate, prevale una sterilità dell'azione, che è assolutamente inutile. D'altro canto, se dall'altra parte c'è una contrapposizione netta, non c'è la possibilità di lavorare e di affiancare. Trovare l'equilibrio è abba-

stanza difficile. Gli equilibri hanno anche tutto il problema delle persone che li trovano.

Comunque, dal punto di vista istituzionale, l'importante è non sovrapporsi e non scontrarsi con i poteri di governo, ma piuttosto identificare i problemi e poi, congiuntamente con chi ha responsabilità di governo, intervenire. La situazione è diversa, per esempio, laddove ci sono delle regioni con piano di rientro, con un'avocazione di certe capacità di governo. In quel caso si può intervenire in maniera diversa.

**PRESIDENTE.** Ringraziamo il professor Cislighi per la disponibilità, la cortesia

e la competenza che ha dimostrato. Cercheremo di tenere a mente i suggerimenti e le indicazioni che ci ha fornito.

Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 16.**

---

---

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

**DOTT. VALENTINO FRANCONI**

---

*Licenziato per la stampa  
il 5 dicembre 2014.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 1,00



\*17STC0006570\*