

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
DI INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO
E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 21 NOVEMBRE 2007

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Mazzaracchio Salvatore (FI)	9
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3	Piro Francesco (PD-U)	12
Audizione dell'Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze:		Sanna Emanuele (PD-U)	14
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3, 4, 5, 7, 10 11, 12, 13, 14, 15	Ulivi Roberto (AN)	9, 10
Astore Giuseppe (IdV)	8, 14	Audizione del Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute:	
Baiamonte Giacomo (FI)	7, 15	Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	15, 16, 18 21, 23, 24
Cancrini Luigi (Com.It.)	13, 14	Astore Giuseppe (IdV)	16
Cosentino Lionello (PD-U)	10	Palumbo Filippo, <i>Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute</i>	16, 18, 21, 23
Goisis Paola (LNP)	12, 13		
Massicci Francesco, <i>Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze</i>	3, 4, 5, 13, 14, 15		

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 14,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

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

(Così rimane stabilito).

Audizione dell'Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze, dottor Francesco Massicci.

Avverto che il dottor Francesco Masuccu che, nel caso in cui dovesse ritenere necessario procedere in seduta segreta, sarà disattivato l'impianto audiovisivo a circuito chiuso. L'audizione verte sui cosiddetti « piani di rientro », dei quali il dottor Massicci si è occupato sia presso il Ministero dell'economia e delle finanze, sia presso la Conferenza Stato-regioni, oltre che presso i tavoli di lavoro con i comuni. Il dottor Massicci potrà dunque fornirci aggiornamenti e chiarimenti su questo tema.

Nella successiva audizione incontreremo il dottor Filippo Palumbo, del Ministero della salute, il cui intervento verterà sui problemi inerenti al rischio sanitario e la cosiddetta « malasanità ».

La ringrazio per la sua presenza, dottor Massicci. La Commissione si è insediata da circa un mese e, vista anche l'importanza dell'argomento, abbiamo dovuto insistere presso il Ministro dell'economia e delle finanze — come anche lei certo saprà — per poterla ascoltare nell'audizione di oggi ed in quelle che si svolgeranno prossimamente. È infatti importante che sia un tecnico ad incominciare a chiarire a questa Commissione quali siano i punti principali dei piani di rientro. Poi, a seguito della discussione sulla relazione del presidente, potremo eventualmente chiederle gli esiti di questi piani di rientro. In effetti uno dei motivi posti alla base dell'istituzione di questa Commissione d'inchiesta, motivo condiviso da pressoché tutti i commissari, è proprio la verifica di questi piani di rientro, per cercare di verificare una volta per tutte come viene gestita la spesa sanitaria in Italia, non solo dalle regioni che hanno « sfiorato » i limiti di spesa, ma anche dalle altre.

Do la parola al dottor Massicci, poi avranno luogo gli interventi dei commissari.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze.* La ringrazio per l'invito, signor presidente. Siamo qui per metterci a vostra disposizione e per spiegare quanto stiamo facendo in questi anni.

La vicenda della spesa sanitaria è pervenuta ai piani di rientro al termine di un percorso quantomeno quinquennale, costruito in un determinato modo dapprima con l'accordo del 3 agosto 2000 e poi con gli altri accordi che sono seguiti. Se mi permette, signor presidente, deposito della documentazione per seguire meglio la mia esposizione.

Signor presidente, mi chiedeva poc'anzi se questi piani di rientro servono a qualcosa oppure no. È chiaro che, dal punto di osservazione del Ministero dell'economia e delle finanze, i piani di rientro servono eccome.

PRESIDENTE. Piuttosto le ho chiesto se si stanno attuando in maniera...

FRANCESCO MASSICCI, Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze. No, intanto se sono utili: se sono efficaci rispetto all'angolo di osservazione del Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministero ovviamente guarda alle vicende dell'amministrazione e della finanza pubblica con riferimento al rispetto del Patto di stabilità e crescita. Quello della spesa sanitaria è un problema all'ordine del giorno che va tenuto sotto controllo: sappiamo come in questi anni vi siano stati spesso degli sforamenti.

Ho distribuito questo documento con la tabella per farvi notare come fino al 2006 la variazione percentuale annua della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente è stata mediamente del 6,30 per cento. Nel 2007 stiamo registrando un 2,15 per cento se non consideriamo i cosiddetti costi contrattuali, essendo stata rinviata all'anno prossimo — come saprete — la sottoscrizione di accordi; quindi, per le regole di contabilità della pubblica amministrazione stabilite da Eurostat, tali costi saranno contabilizzati il prossimo anno. Tuttavia, seppure contabilizzassimo i contratti, il tasso si attesterebbe al 2,83 per cento. Ci troviamo dunque ad una media quasi inferiore al 50 per cento di quella registratasi negli anni precedenti, in cui la crescita media era — come detto — del 6,30 con un PIL pari in media al 3,4 per cento (quindi il doppio). Quest'anno invece dovremmo avere una crescita pari alla metà del PIL.

Quindi se dovessi rispondere sulla base di quanto abbiamo esaminato finora, direi che i piani di rientro stanno funzionando. Ma tali piani non stanno funzionando solo con riferimento alle regioni in essi inserite:

tutte le altre regioni, infatti, hanno cambiato i loro comportamenti sapendo che, se questi deviano rispetto all'equilibrio programmato, vanno incontro a conseguenze ben note. Le anticipo momentaneamente: si tratta, in una prima fase, del rischio della prima verifica e quindi dell'incremento automatico delle aliquote, e conseguentemente l'obbligo dei piani di rientro.

Come è iniziata questa vicenda? Nella seconda pagina del documento che ho depositato, mi limito a spiegare che, quando ci confrontiamo con le regioni, lo facciamo secondo una contabilità che è detta «a spesa corrente», diversa dalla contabilità in termini di pubblica amministrazione. Sono diversi gli aggregati, sono diverse, determinate voci di spesa che vengono prese in considerazione. Vi è dunque questa differenza e mi limito a precisarlo.

Abbiamo iniziato con le regioni nel 2001, sulla base dei primi accordi. E cosa abbiamo notato? Se osservate la seconda tabella «Disavanzi e coperture 2001-2005» noterete che vi è stata, rispetto a quanto contabilizzato, una eccedenza di spesa (nella prima colonna) di 26 miliardi di euro. Le coperture da parte delle regioni hanno ammontato a oltre 13 miliardi. Un apporto ulteriore lo ha fornito lo Stato per 3 miliardi. Infine vi sono stati 9 miliardi e 235 milioni di euro che sono stati coperti. Quali sono queste regioni? Sono quelle oggi sottoposte ai piani di rientro.

Essendo sottoposte ai piani di rientro, ci siamo posti il problema di individuare delle politiche selettive nei confronti della sanità. In passato invece accadeva che le regioni lamentavano un sottofinanziamento prendendo in considerazione il disavanzo complessivo del sistema sanitario. A ben vedere, però, questo disavanzo complessivo era determinato nella sostanza da tre sole regioni: altre fornivano un apporto limitato in valore assoluto. Ammettiamo per un attimo che si fosse trattato di 5 miliardi di euro: le regioni, nel loro complesso, affermavano che la sanità fosse sottofinanziata per 5 miliardi di euro; questi 5 miliardi di euro venivano erogati

e distribuiti fra tutte le regioni, non però in funzione del disavanzo. Quindi, con tale modalità, l'inefficienza di alcune regioni finanziava quelle più efficienti, che aumentavano a loro volta la spesa sanitaria.

Noi invece abbiamo interrotto questo meccanismo che, di fatto, ha generato una rincorsa continua. Abbiamo operato una selezione e, al tavolo di verifica degli intendimenti — per verificare se le regioni avevano diritto all'accesso all'integrazione di un certo finanziamento — abbiamo verificato (dall'osservazione dei dati dal 2001 in poi) che si trattava di queste regioni. Abbiamo allora deciso di prendere in considerazione soprattutto queste regioni, dal momento che invece le altre riescono in qualche modo a mantenere in equilibrio i propri conti.

Sappiamo dunque che le regioni sono: Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia. La maggior parte di esse ha sottoscritto gli accordi nella prima parte dell'anno; la Sicilia lo ha sottoscritto alla fine dello scorso mese di luglio o agli inizi dello scorso mese di agosto. Vi è inoltre un piano di rientro anche con riferimento alla regione Sardegna, ma si tratta di inadempienze minori: con quel piano sblocciamo finanziamenti che avevamo bloccato in precedenza. Il Piemonte e la Calabria rientrano anch'esse nei piani cosiddetti minori: non hanno diritto di accesso al « fondino » e quindi anche loro li presenteranno.

Però come si è arrivati a questa situazione? La situazione nasce — come dicevo prima — dall'accordo del 3 agosto 2000, con cui fu incrementato notevolmente il finanziamento. Tuttavia a fine anno vi fu uno sforamento notevole, nonostante che con le regioni fosse stato raggiunto un accordo secondo il quale « chi rompeva, pagava ». Con il successivo accordo dell'8 agosto 2001 fu concesso un ulteriore finanziamento: tuttavia l'incremento rispetto al finanziamento precedente fu riconosciuto a condizione della copertura dell'intero sforamento rispetto al livello di finanziamento concordato. Ciò poteva avvenire attraverso misure di copertura da bilancio, variazione delle

aliquote fiscali o anche — ciò che abbiamo sempre auspicato — misure di contenimento della spesa.

PRESIDENTE. Vediamo per un attimo questo aspetto.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. Se le regioni ripianano i conti, a seguito della verifica hanno diritto al « delta », ossia a questo ulteriore finanziamento. Tutte queste regioni, quelle non segnalate in giallo nel documento che ho depositato, hanno coperto le spese ed hanno ricevuto l'integrazione. Non in tutti gli anni, ovviamente: per esempio il Lazio i primi anni (dal 2001 al 2003) ha coperto; poi dal 2004 non ha più coperto e non ha avuto più diritto al « delta » del finanziamento. Qui abbiamo rappresentato quanto è avvenuto in questi anni.

Nel 2005 l'attenzione della politica rispetto a tutte queste vicende si è concentrata sul fatto che sono sempre le stesse regioni a sforare, rimanendo in qualche modo irresponsabili di ciò. La legge finanziaria del 2005 introdusse anzitutto la possibilità di un piano di rientro, per accedere agli sforamenti passati: la verifica avveniva attraverso la presentazione di un piano in cui vi fossero delle correzioni di carattere strutturale. Inoltre, per la prima volta, veniva introdotta la misura dell'aumento delle aliquote. Tale incremento delle aliquote fu tuttavia perfezionato con la legge finanziaria del 2006 la quale prevede che, di fronte all'accertamento di uno sbilancio dell'andamento della spesa al quarto trimestre, a fronte di una diffida a coprire tale sbilancio, se ciò non avviene (dovendovi provvedere il presidente della regione in qualità di commissario *ad acta*) scatta automaticamente l'incremento delle aliquote fiscali, e la misura massima è rimessa alle regioni.

Ciò ha determinato che scattasse l'aliquota massima nei confronti di tutte quelle regioni che poi state sottoposte al piano di rientro. Successivamente è iniziato il confronto per la definizione dei

piani di rientro. Chiaramente, per agevolare la sottoscrizione di questi ultimi, lo Stato si faceva carico anche di un « fondino », poiché la situazione strutturale era sicuramente pesante e comunque per aiutare le regioni in questo percorso verso la riconduzione in equilibrio dei conti. Fu istituito un fondo che nel 2006 ammontava ad un miliardo di euro: è stato mantenuto dapprima a tale importo e, negli anni successivi, ammontava ad un importo gradualmente decrescente.

Poi sono cominciati i confronti con le regioni, entrando maggiormente nel dettaglio. Ad esempio abbiamo appurato come, in alcune regioni, l'ammontare dei debiti verso i fornitori fosse superiore a quello risultante o comunque desumibile dai documenti contabili. Evidentemente, nel corso degli anni, come eredità del passato, vi sono stati dei costi che non sono transitati nei conti economici, ma sono entrati direttamente nei conti patrimoniali. Ma questi conti patrimoniali sono emersi nel momento in cui abbiamo cominciato a interpellare le regioni. Alcune di queste regioni erano inadempienti non solo perché non coprivano i disavanzi, ma anche perché non fornivano i dati contabili con la dovuta tempestività — anzi: erano in ritardo di anni — né con la dovuta accuratezza e qualità di dati. Il Ministero non intendeva quindi nemmeno iniziare il confronto.

Nel momento in cui i dati hanno iniziato a pervenire, poiché il Ministero dispone di indicatori per seguire la situazione, ci siamo subito accorti che qualcosa non andava. Da qui sapete bene dell'esigenza che abbiamo posto in corso di legge finanziaria già in discussione, ossia i 3 miliardi di euro aggiuntivi per finanziare tutto il disavanzo pregresso che è stato spartito fra le regioni in funzione sia dell'ammontare, sia anche dello sforzo fiscale ulteriore che hanno compiuto queste regioni. Quindi abbiamo dovuto erogare questi ulteriori 3 miliardi di euro. Viceversa si sarebbe confermato l'andamento di questi ultimi anni, secondo il quale le risorse correnti servono a pagare il pregresso. Nella gestione quotidiana vi

era una pressione del debito pregresso che non permetteva di programmare per il futuro: abbiamo allora preferito liberare le regioni da questa pressione, rimettendole in linea, di modo che nel giro di un anno o due possano trovarsi a gestire soltanto il debito corrente, eliminando tutto il debito pregresso.

Altrettanto abbiamo fatto poi nella legge finanziaria di quest'anno, pur sempre con tutti gli accertamenti ulteriori che abbiamo condotto, dove abbiamo fornito una anticipazione alle regioni, in quanto siamo intervenuti su tutta la situazione finanziaria regionale, dove abbiamo individuato contratti finanziari assolutamente al di fuori del mercato. Abbiamo dovuto per buona parte ristrutturarli con un risparmio per la finanza pubblica. Attenzione: nonostante vi sia stata la chiusura anticipata del contratto, ciò si è rilevato comunque vantaggioso per la finanza pubblica. Di solito sono previste delle penali: nonostante ciò vi è stato un vantaggio, talvolta anche considerevole.

Dunque è stata fatta un'opera di pulizia. Il confronto con le regioni è proseguito con la sottoscrizione di un accordo sulla base di un piano. All'interno di questi piani siamo andati a verificare tutte le situazioni che devono essere risolte in concreto e che sono sfuggite al controllo delle amministrazioni regionali; abbiamo addirittura riscontrato l'assenza di procedimenti amministrativi e contabili. Quindi lo sforzo che devono fare le regioni su questo versante, ossia quello della riorganizzazione dei procedimenti, è veramente notevole. I dati contabili e le singole poste di spesa o non vi sono o, se vi sono, non sono esaurienti oppure giungono in ritardo. Quindi questo è il terreno sul quale le regioni sono chiamate veramente a fare lo sforzo maggiore, perché in assenza di tutto ciò viene meno qualsiasi leva per programmare e risolvere le questioni.

Faccio solo un esempio: nel 2005-2006, con la cosiddetta « operazione verità », nella regione Lazio emersero 2 miliardi di euro di costi in più (che quindi provenivano dal passato: dal 2001 al 2004); questi costi hanno pesato e vi era una contabi-

lizzazione ed una gestione amministrativa assolutamente non all'altezza di queste vicende. Due miliardi di euro, distribuiti in tre anni, significa 700 milioni di euro l'anno: è come raddoppiare il disavanzo. Non a caso siamo passati da disavanzi che in quegli anni la regione Lazio dichiarava di 700 milioni, e siamo arrivati a 2 miliardi. Ho citato l'esempio della regione Lazio, in quanto la sua situazione è caratterizzata dalle cifre più rilevanti.

Abbiamo cominciato, come dicevo, la costruzione di questi piani e quindi, nel concreto, delle politiche che affrontano proprio questi aspetti. Per esempio le politiche di separazione dei tetti delle prestazioni. Allora deve esservi tutta una procedura che consenta alla regione — a partire dall'assessorato regionale che segue queste vicende, alla singola ASL ed agli stessi erogatori — di controllare se si rispetta quel tetto, se lo stanno avvicinando, se lo stanno sfiorando o quant'altro. Tutto ciò è mancato e si sta costruendo adesso.

Potremmo parlare poi della spesa farmaceutica e di quant'altro: non so se volete entrare nel dettaglio. Stilare questo piano — ve lo assicuro — è stata una cosa rilevante, in quanto è stato realizzato con la tecnica dei piani industriali: su ogni intervento sono state costruite le politiche regionali dirette dapprima a conoscere, poi a dominare e poi ad affrontare in concreto le questioni. Stilato questo piano, in una prima fase abbiamo seguito le delibere regionali su questi aspetti e mi sembra che nella prima verifica siamo arrivati a 250-300 delibere regionali, con il confronto continuo (ve l'assicuro) su queste delibere e con la loro preventiva approvazione. Infatti il piano prevede che qualsiasi delibera regionale riguardante la sanità debba prima passare all'approvazione ministeriale.

Abbiamo poi fatto la seconda verifica e conoscete la vicenda dai giornali: abbiamo riscontrato che in quelle cinque regioni che hanno superato l'esame, ve ne è una che presenta delle criticità. Questa ha inviato della documentazione per rispondere all'obiezione che è stata avanzata, in

quanto nella fattispecie non è stata solo l'amministrazione ad aver obiettato. Vi sono due tavoli tecnici che verificano queste vicende e riferiscono ai vertici politici: il Presidente del Consiglio dei ministri segnala che dalla istruttoria tecnica sono emerse queste criticità e quindi vi è una diffida a risolverle e ad intervenire. Nei prossimi giorni sono programmate delle riunioni tecniche su questa vicenda, per verificare la documentazione che ci è già stata inviata. L'istruttoria è in corso.

PRESIDENTE. Ringraziamo il dottor Massicci per questo primo quadro che ci chiarisce le idee.

Ritengo che siamo in molti, a partire dal sottoscritto, a sostenere la necessità di un controllo delle risorse, però non vorremmo che a meno risorse potesse corrispondere meno assistenza (in particolare in determinate regioni). Qui lo dico e qui lo nego, perché ovviamente è importante anche controllare i conti, farli quadrare ed evitare gli sprechi; però è altrettanto importante che questo non si ripercuota poi sull'assistenza sanitaria generale.

Do la parola all'onorevole Baiamonte.

GIACOMO BAIAMONTE. Ringrazio innanzitutto il dottor Massicci per la chiara ed esauriente relazione che ha svolto. Ho delle perplessità e chiedo, se possibile, di averle chiarite. Non voglio andare troppo indietro nel tempo, ma i problemi nella sanità sono sorti nei primi anni Novanta, o alla fine degli anni Ottanta, quando negli ospedali vi erano i consigli di amministrazione. Si è portato avanti questo problema fin quando è stata approvata la legge n. 229 del 1999 — la cosiddetta « legge Bindi » — che istituiva i manager per amministrare gli ospedali ed evitare i disavanzi con le aziende: l'aziendalizzazione della sanità.

Credo però che il rimedio sia stato peggiore del male, vista la situazione attuale. Ho sentito che ad un certo punto il Ministero dell'economia e delle finanze ha richiamato queste regioni inadempienti, le quali — ripeto, se non ho capito male — nascondevano anche dei debiti che non

venivano esattamente esposti. Ciò è di una gravità inaudita, dal punto di vista penale: non vi è dubbio. Ma non voglio entrare in questo particolare.

Voglio soltanto dire che ad un certo punto — ripeto, se non ho capito male — il Ministero dell'economia e delle finanze ha cercato di coprire in parte questi disavanzi e, nello stesso tempo, ha invitato le regioni a rientrare da quelle situazioni debitorie. Si vede che ciò non è stato ben recepito e allora si è pensato di aumentare la tassazione — l'Irpef e l'Irap — alle regioni inadempienti.

A questo punto devo pensare che il cittadino-paziente è penalizzato due volte. Scusate l'espressione: il disonesto, da una parte, non ha avuto nessun richiamo diretto o non ha pagato direttamente; dall'altra parte il cittadino-paziente ha pagato due volte. Una prima volta con la mala assistenza e con il problema sanitario che non è stato risolto; una seconda volta ha dovuto pagare con l'aumento della quota di tassazione.

Ora il Governo ha cercato di venire incontro a queste situazioni pensando ovviamente ai commissari *ad acta* e cercando di togliere a queste amministrazioni regionali (assessoriali e presidenziali) una sanità mal condotta dal punto di vista amministrativo.

Volevo sapere perché, da quando sono stati introdotti i manager — i quali fondamentalmente, a mio parere, sono quelli che creano il disavanzo — da parte del Ministero non vi è stato nessun intervento per vedere come i vari manager amministravano nelle varie ASL ed eventualmente rimuovere queste persone, le quali nella maggior parte dei casi (perché vi sono anche quelli capaci) non sanno amministrare. Non conosco il motivo e non voglio entrare nei particolari, ma in ogni caso il risultato è che non sanno amministrare. Perché non viene punita questa gente piuttosto che il cittadino, il quale deve pagare due volte, oppure piuttosto che il Ministero, che deve intervenire con un *surplus* senza che costoro ne scontino le conseguenze?

GIUSEPPE ASTORE. Non svolgo un intervento, perché sarebbe meglio farlo sulla politica. Lei, dottor Massicci, è un tecnico al quale rivolgo solo delle domande.

Ho fatto una ragione di vita di questa battaglia sulla sanità: sono un *ex* assessore che ha lasciato in attivo di 20 miliardi il proprio bilancio. Ho condotto una battaglia, vi sono anche delle querele nei miei confronti da parte di qualcuno. Anche i miei interventi in Aula sono stati indirizzati verso questi obiettivi. Pertanto ritengo che sia il Governo Berlusconi — sono di centrosinistra — sia il Governo attuale, abbiano agito ... (*Commenti*). Non è «ormai»... credo sia una cosa seria, signor presidente, veramente seria: voi sottovalutate, ma vedrete fra qualche anno cosa succederà. Stavo dicendo che i vari Governi sono andati sullo stesso livello; in più questo Governo ha stanziato dei fondi e, forse, si giungerà alla previsione del commissario *ad acta*. È chiaro che la difficoltà che avete incontrato è stata rappresentata dal limite fra federalismo nascente e controllo di Governo.

Sto seguendo passo passo un po' tutti i piani di rientro, in modo particolare quello della mia regione. La mia prima domanda è questa. Sono convinto che oggi la sanità sia il campo privilegiato della corruzione e della malavita: come vi state attrezzando come Ministero dell'economia e delle finanze? Non si tratta solo della mafia: le manderò poi l'elenco di tutte le indagini (non di mafia), dalla Lombardia alla Sicilia, in cui è emerso che talune persone lucrano enormemente sulla sanità, non solo nel Molise, ma anche in Puglia e così via.

In secondo luogo, ho l'impressione che il Ministero dell'economia e delle finanze sia più orientato al controllo del rientro immediato delle passività, alle condizioni che il dottor Massicci ha descritto; invece dobbiamo privilegiare anche l'erogazione delle prestazioni. Non so come vi ricordate sul punto: questa è la seconda domanda. Infatti alcune regioni operano dei tagli, mentre invece i livelli essenziali di assistenza devono essere migliorati dagli

obiettivi delle leggi che leggo. Ossia viene dato un *tot* alle regioni Molise o Lazio o Puglia, ma queste devono assolutamente migliorare la qualità del servizio. Invece le dico senza mezzi termini — e ne sono convinto, almeno per quanto riguarda due regioni che conosco a menadito, anche a seguito di ricoveri di miei familiari — che, per esempio, alcuni ospedali fanno portare la carta igienica da casa ai pazienti: ho detto tutto! Ciò è grave non solo per il costo — irrisorio — della carta igienica, ma soprattutto per quanto comunichiamo al cittadino. Allora, come vi attrezzate per il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza?

Terza domanda: dalle vostre ultime rilevazioni risulta che in alcune regioni, oggetto di piano di rientro, sono addirittura aumentati i giorni per il pagamento delle fatture. La mia regione è arrivata addirittura a 875 giorni! Dati dell'Agenzia sanitaria nazionale, che lei, dottor Massicci, conosce bene. Sono dati pubblicati sui vostri siti: non sto dicendo nulla di particolare, altrimenti l'avrei depositato. È stato pubblicato due settimane fa su *Il Sole 24 Ore, Sanità*, il settimanale. Ne ho fatto una polemica con il presidente della mia regione, ecco perché lo conosco bene. È una spia importante, ecco perché le ho rivolto la domanda.

Quarta domanda: come intende risolvere il problema di quelle regioni che hanno attivato le cartolarizzazioni, spesso all'estero (e non vado oltre): per esempio per i farmacisti, anticipazioni di spese così via. So che in alcune regioni, almeno due fra quelle che conosco, non hanno fatto assolutamente nulla.

L'ultima domanda è quella che maggiormente mi preoccupa: uno degli elementi alla base della predisposizione dei piani di rientro (volti ad assicurare la qualità dell'erogazione dell'assistenza, come diceva l'onorevole Baiamonte) è soprattutto l'assenza di programmazione in alcune regioni. Ciò non è più tollerabile. Vi sono alcuni presidenti di regione « imperatori » — e qui non è questione di centrodestra o di centrosinistra: tutelo il cittadino, ha ragione l'onorevole Baiamonte

— i quali fanno ciò che vogliono senza un programma, senza un piano sanitario. A che punto sta l'obbligo delle regioni di partorire un piano sanitario nei limiti di legge?

ROBERTO ULIVI. Anch'io volevo chiedere se in questi piani di rientro vi è qualche capitolo, qualche articolo in cui si garantisca la qualità della prestazione al cittadino. Infatti, come ha detto l'onorevole Astore, e con lui altri colleghi, è sin troppo facile tagliare: vi sono i livelli essenziali di assistenza.

In secondo luogo, una cosa mi ha lasciato un poco perplesso, non avendo cognizioni contabili o ragionieristiche: lei, dottor Massicci, ha riferito che sono stati erogati 3 miliardi di euro, tuttavia per lo Stato vi sarebbe stato un vantaggio, se ho capito bene (*Commenti*).

Terza domanda: lo Stato dà alle regioni 9,1 miliardi di euro, con restituzione triennale (se ben ricordo). Ma quando li eroga? Prima? E se queste non rispettano i piani, cosa succede?

SALVATORE MAZZARACCHIO. Scusi, dottor Massicci: lo *status quo ante*, bene o male, lo conosciamo. Lo abbiamo vissuto insieme sia per le regioni cosiddette « virtuose », che avevano firmato il Patto di stabilità (e lo hanno in parte rispettato), sia per le regioni così dette « canaglia », per le quali poi lo Stato ha provveduto con i 3 miliardi di euro, che non so se sono stati sufficienti a coprire tutti i debiti. Questo è il passato: lo *status quo*.

Adesso non sappiamo se anche le regioni cosiddette « virtuose », nelle more sono sulla via dello sfioramento o no; non sappiamo se questo monitoraggio è stato fatto o è in corso. Perché è anche in base a ciò che la Commissione può fare le sue proposte in sede politica, perché è chiaro che qui siamo in sede tecnica, con la sua presenza, e logicamente non possiamo farlo. Ma, acquisiti questi elementi, potremo farlo perlomeno per il prossimo futuro. Infatti nominare il commissario *ex post* non significa nulla: significa solo punire i cittadini, ma intanto i buoi sono scappati e i debiti sono stati contratti.

Quindi in questo momento ci interessa, anche per le regioni cosiddette « virtuose », se è stato fatto recentemente il monitoraggio, e quindi sapere se siamo o meno sulla strada che porta ad ulteriori sforamenti.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per la brevità delle domande anche perché, come voi sapete, abbiamo all'ordine del giorno una seconda audizione in coda alla presente.

ROBERTO ULIVI. Volevo chiedere al dottor Massicci il favore di rispondermi magari all'inizio della sua replica, poiché purtroppo devo svolgere una relazione in un'altra Commissione.

PRESIDENTE. Onorevole Cosentino, prego.

LIONELLO COSENTINO. Vorrei fare alcune considerazioni.

La prima è la seguente. Vi è un problema per il lavoro di questa Commissione d'inchiesta, che relazionerà al Parlamento sugli andamenti della spesa sanitaria e sulle ragioni di questi disavanzi, sull'efficacia dei piani di rientro e sulle politiche che si stanno introducendo, sia da parte del Governo che da parte Parlamento. Vi è anzitutto, a mio parere, una esigenza di certezza dei dati.

Da un lato probabilmente — e forse il Ministero dell'economia delle finanze potrebbe darci una mano — occorrerebbe avere accesso alle informazioni, che sono certamente tutte già disponibili, sugli andamenti della spesa sanitaria nel corso degli anni. Ciò non soltanto in questa tabella riassuntiva, che naturalmente dà il quadro nazionale, ma anche nelle regioni oggetto dei piani di rientro, per capire un poco gli andamenti, gli scostamenti e le ragioni della crescita in qualche caso abnorme di questa spesa.

Quindi intanto si tratterebbe di capire perché il fenomeno è sfuggito all'osservazione nel corso di alcuni anni; come è stato possibile che disavanzi così rilevanti siano stati in qualche modo fatti emergere per un passaggio di nuovi amministratori.

Ora, poiché per il vincolo europeo siamo legati ad un patto di stabilità, mi piacerebbe capire come è stato possibile che nel corso degli anni il Ministero dell'economia e delle finanze non abbia avuto gli strumenti per valutare se i bilanci preconsuntivi (immagino, visto che i bilanci consuntivi non erano stati fatti e quelli fatti erano molto diversi) abbiano potuto essere considerati attendibili nel quadro della valutazione complessiva della finanza pubblica. Ossia mi piacerebbe sapere se vi è qualcosa da correggere in ciò. Lo dico ai tecnici del Ministero perché probabilmente anche questo è un problema della nostra Commissione: se vi è stato, o se vi è ancora oggi, qualche insufficienza di accesso alle informazioni da parte della Ragioneria generale, da parte del Ministero del tesoro, per valutare l'attendibilità delle cifre fornite dalle regioni. Ciò comporta poi una caduta di credibilità del nostro Paese nel contesto internazionale, in sede di vincoli europei, e non è qualcosa che possiamo permettere che continui. Poiché ciò è successo per anni, fino ad una misura — ad esempio in una regione, come apprendo dai giornali — di quasi 10 miliardi di euro (ossia praticamente di una legge finanziaria), è ben buffo che qualcosa non abbia funzionato con l'accumularsi in pochi anni di un disavanzo di questo rilievo (vedo in una nota che addirittura si parla, tra deficit dichiarati di 300 milioni e deficit accertati di 2 miliardi), non solo in quella regione naturalmente (ciò sarà oggetto della nostra indagine) ma forse anche nei sistemi di controllo centrali, che pure in qualche modo dovrebbero garantirci la certezza dei dati.

Mi collego a ciò perché, sempre nella stessa regione (non necessariamente oggi, ma nel prosieguo del nostro lavoro) forse anche un elemento di maggiore certezza sulla situazione può essere utile. Non ha molto senso, in un Paese moderno, una discussione giornalistica: ancora oggi vi è su un quotidiano un intervento — credo di Oliviero Beha — sulla contestazione delle cifre per quel che riguarda gli andamenti della spesa sanitaria in una o in un'altra

regione. Almeno un punto di certezza per iniziare a lavorare sarebbe necessario, per capire come stanno le cose. Insomma: se le cifre ballano, possiamo parlare di filosofia per anni; se le cifre sono certe, forse riusciamo anche a venirne a capo e capire cosa è utile fare e cosa no.

Quindi, da questo punto di vista, mi interessa avere una opinione sul perché ciò è avvenuto, una valutazione ed anche una disponibilità a collaborare con la Commissione, perché possa acquisire le chiavi di accesso alle informazioni, che permettano di capire meglio il quadro.

Infine, ho una domanda specifica che mi interessa circa un piano di rientro relativo alla regione dove ho avuto un qualche ruolo anch'io nel passato e che ovviamente mi interessa di più, ossia la regione Lazio. Il Lazio, rispetto alle altre regioni, ha la caratteristica di avere una quota rilevante, nel settore in particolare prevalente della spesa ospedaliera, di soggetti erogatori non direttamente gestiti dalla regione: sia che si tratta di soggetti privati, sia che si tratti di soggetti religiosi, sia di policlinici universitari, sia di istituti di cura a carattere scientifico. Ossia vi è una larga area, probabilmente più della maggioranza delle strutture ospedaliere di grande e di piccolo livello del Lazio, che non è direttamente gestita dalle ASL o dalle aziende ospedaliere regionali. Dunque, a me pare decisivo (ma non sono un esperto), che il governo della spesa ed il piano di rientro che si riferisce a questa regione abbia intanto chiarezza sulle politiche di remunerazione delle prestazioni. Infatti la certezza sulle politiche di remunerazione consente, almeno probabilmente per una somma che non è lontana dal 50 per cento del totale della spesa, di avere la possibilità di programmare o comunque di avere il quadro della spesa in questo settore. È vero infatti che, nel piano di rientro del Lazio, una somma consistente — che è tra un terzo e la metà del risparmio che ci si propone di ottenere nel corso di questo anno rispetto al tendenziale di spesa — viene appunto riferita alle politiche tariffarie ed alle politiche legate a ciò. Invece non vi sono, mi pare — o

almeno a confrontare con la cura e la definizione con cui vengono affrontati altri temi (penso alla spesa farmaceutica, tanto per fare un esempio, e alla riduzione dei posti letto) — indirizzi o impegni definiti in ordine alle scelte di politica tariffaria e di definizione dei *budget*.

Questo è un tema su cui, a mio parere, la Commissione dovrà soffermarsi, qualora verificasse che questa stessa scelta è stata compiuta anche per altre regioni. È infatti probabile che sia molto utile capire come si incardina questo meccanismo normativo, trattandosi di una voce di bilancio che tocca il 50 per cento della spesa regionale. Anche perché, siccome mi giunge notizia che tutti i soggetti erogatori — o quasi tutti — hanno presentato ricorso ai TAR (aprendosi così la fase del contenzioso sui meccanismi di remunerazione), mantenere questa incertezza per i mesi o gli anni del procedimento amministrativo, e poi scoprire (fra un anno o fra due anni) che gli obiettivi di risanamento non sono stati colti in base alla definizione di una sentenza degli organi di giustizia amministrativa, sarebbe naturalmente molto deludente per chi si è misurato con i problemi di risanamento di questo settore e per i cittadini che aspettano scelte nette in questo campo.

Dunque, colgo questo elemento: è solo una domanda ciò che pongo ma, ripeto, la Commissione dovrà riflettere una volta valutati gli elementi, anche di merito, che proverranno dall'analisi delle elaborazioni che sicuramente potremo avere a disposizione. Vi è comunque uno spunto di curiosità: questa straordinaria sostanziale differenza tra l'attenzione posta ai meccanismi di spesa, magari di singoli prodotti farmaceutici, e l'assenza di un indirizzo in ordine alla questione che a me pare quella cruciale.

PRESIDENTE. Mi scuso con i colleghi se faccio cenno di contenere gli interventi, ma i tempi sono alquanto limitati.

Devo dire che ho insistito molto per avere oggi qui il dottor Massicci. Spero che, al termine della sessione di bilancio, potremo avvalerci della sua collaborazione

anche nell'espletamento delle funzioni di questa Commissione. Credo infatti che nessuno meglio di lui possa fornirci determinati chiarimenti.

Onorevole Piro, prego.

FRANCESCO PIRO. Intanto, signor presidente, mi ha preceduto: perché volevo proprio rilevare, in funzione dei compiti di questa Commissione, la necessità che vi sia una sorta di affiancamento da parte dei tecnici designati dal Ministero al lavoro di questa Commissione per analizzare bene i piani di rientro, ed anche per capire bene cosa ha dato davvero origine agli extra-disavanzi.

Infatti compito della Commissione è di analizzare — se non in via esclusiva ma quasi — quegli extra-disavanzi che hanno poi originato i piani di rientro e che si sono verificati a partire, credo, all'inizio del 2000. Fino al 2000, infatti, non è che si registrassero disavanzi particolarmente elevati, tranne che in una regione (appunto il Lazio), la quale già nel 2000 si segnalava per disavanzi piuttosto evidenti.

Occorre questa consulenza anche perché credo bisogna partire da un punto, proprio in funzione degli extra-disavanzi. Stabilito che, in linea di massima, con l'attribuzione della quota *pro capite*, la spesa per cittadino dovrebbe essere più o meno uguale da Vipiteno a Pozzallo (*Commenti del deputato Baiamonte*), occorre capire perché le diverse gestioni regionali danno origine a situazioni diverse. Lei, dottor Massicci, ha fatto riferimento ad alcune questioni: ad esempio ha accennato al fatto che in alcune realtà vi era — credo continui ad esservi, spero vi si porrà rimedio — una gestione contabile larvale, se non addirittura non codificata. La cosa interessante però è capire l'insieme dei sistemi gestionali perché, per quanto possiamo vedere, esistono differenze piuttosto rilevanti nei diversi sistemi gestionali regionali: sia in generale, sia con specifico riferimento ad alcuni settori (quello farmaceutico è uno di questi, e così via). Tant'è vero che nei piani di rientro per alcune regioni, oltre all'affiancamento di natura statale, è previsto per alcune fun-

zioni anche l'affiancamento di altre regioni, che devono aiutare queste prime regioni a instaurare ed implementare adeguati sistemi gestionali, di controllo, di verifica.

Tutto ciò non so se sia esattamente definibile dai piani di rientro, o se sia a monte degli stessi; ma è questa parte a monte ad essere per noi estremamente importante, direi assolutamente decisiva almeno per una parte del lavoro della Commissione.

Così com'è decisivo per la Commissione acquisire tutta una serie di informazioni di cui sicuramente il Ministero è in possesso. Faccio un esempio, per non farla lunga: la questione delle operazioni finanziarie. Ci si sta molto accapigliando in Parlamento in questi giorni sulla questione dei derivati degli enti locali. Sarei curioso infatti di vedere per esempio una operazione finanziaria anche in derivati fatta da alcune regioni. Ne conosco qualcuna e vi sarebbero da scrivere romanzi, signor presidente, su tali operazioni finanziarie, su cui peraltro si è diffusa la Corte dei conti. Quindi anche un prospetto di queste operazioni finanziarie non sarebbe inutile.

La domanda che invece vorrei porre è la seguente. Si è fatto un accertamento della situazione debitoria, però è anche vero che gli stessi piani di rientro postulano l'esigenza di fare un'ulteriore verifica ed accertamento della situazione debitoria, tant'è vero che è prevista anche la nomina di *advisor* da parte del Ministero. Vorrei sapere se siano state fatte ulteriori verifiche, se siano stati nominati degli *advisor*, se questo lavoro è concluso o in che termini temporali si prevede possa essere concluso. Comunque è chiaro che la Commissione è assolutamente interessata ad avere aggiornamenti su questo punto.

Poi avrei centomila altre domande, signor presidente, ma il tempo non lo permette.

PRESIDENTE. Onorevole Goisis, prego.

PAOLA GOISIS. Sarò brevissima perché ho una domanda precisa e puntuale da porre. Mi sembra di aver capito

che su cinque regioni, quattro sono rientrate. Ho capito bene? Ne rimane una?

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. No. Il percorso...

PRESIDENTE. ... è iniziato!

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. Hanno superato il primo step.

PAOLA GOISIS. Il primo step cosa vuol dire?

PRESIDENTE. Il primo controllo.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. Sono state fatte due verifiche. La prima è una verifica che riguarda soprattutto le delibere adottate. Poi vi è stata un'altra verifica e quella...

PAOLA GOISIS. Allora ho capito male, avendo pensato che si trattasse di piani di rientro già attuati.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. Il 2007 non è ancora terminato. Sto solo dicendo che stanno andando bene.

PRESIDENTE. Sulla carta!

PAOLA GOISIS. Va bene. La mia domanda ha una motivazione ed un significato ben precisi: il Veneto, da cui provengo, è una regione la cui sanità si pone all'eccellenza (*Commenti*). Nonostante ciò ha un debito elevatissimo, che tuttavia non è un debito ma un credito che devono onorare diverse regioni del sud (*Commenti*), i cui pazienti vengono al nord per curarsi e sostenere degli interventi. Il debito del Veneto è un credito che il Veneto deve incassare dalle altre regioni.

Allora la mia domanda è: quali sono le previsioni del rientro? Se, come avete appena detto, vi è questa situazione legata ad un primo step (in cui avete verificato che le delibere sono in regola), quali sono i possibili sviluppi di questa realtà? Perché chiaramente siamo sempre noi veneti ad essere tartassati e penalizzati notevolmente, a fronte invece di un comportamento virtuoso. Parlo del Veneto perché sono veneta, ma ciò vale anche per diverse altre regioni non solo del nord; tuttavia, facendo parte della Lega Nord, porto avanti gli interessi del nord (*Commenti*).

LUIGI CANCRINI. Volevo brevemente riprendere il tema introdotto dall'onorevole Cosentino, per capire essenzialmente se è possibile avere disponibili i dati disaggregati della spesa per regione. È un primo punto: come è andata la spesa negli anni che qui sono oggetto di un riassunto complessivo.

Volevo poi capire se in questi dati vi è una ulteriore disaggregazione del tipo di spese che vengono effettuate. Infatti a me pare che il Lazio — sono stato amministratore nel Lazio prima dell'onorevole Cosentino, al tempo dell'attuazione della riforma sanitaria — sia caratterizzato, dal momento della nascita del Sistema sanitario nazionale, dall'enorme peso di tutte le strutture convenzionate *ope legis*, per cui non vi era soluzione. Nei primi anni si pagava addirittura « a piè di lista » il bilancio dei vari ospedali religiosi, di tutte le strutture, degli istituti di ricerca scientifica e così via. Questa speditività convenzionata ma di fatto obbligata, rappresenta una quota molto rilevante della spesa. Ho visto anche che qui viene fatta riserva di avere dati più precisi sui policlinici universitari, ed anche qui nel Lazio siamo di fronte ad un aspetto molto importante ed assai rilevante.

Se pensiamo ad una situazione in cui si provvede al risanamento diminuendo la cifra complessiva della spesa — perché di ciò si tratta — e però il 70-80 per cento della spesa è incomprimibile, tutto ciò pone dei problemi rilevanti. Abbiamo fatto finora, mi pare, delle verifiche contabili in

cui i numeri sono tutto; penso invece che sia molto importante riuscire invece a disaggregare. Per questo motivo mi associo alla richiesta già avanzata e chiedo anche se questi dati possono essere disponibili prima di un'ulteriore audizione, perché ritengo che ciò sia possibile.

La domanda più precisa è se nei vostri dati, nei vostri tabulati, questa previsione di spesa sulla speditività convenzionata — ma non quella delle cliniche private, bensì quella dei grandi ospedali convenzionati «di fatto» (non so neanche quale sia il termine esatto che possa utilizzarsi)...

GIUSEPPE ASTORE. Accreditati.

LUIGI CANCRINI. Accreditati, o quello che sia. Insomma credo che sia molto importante, se vogliamo fare un'analisi realistica di ciò che è accaduto ed anche se vogliamo stendere dei piani di rientro realistici.

PRESIDENTE. L'ultimo intervento è dell'onorevole Sanna. Prego.

EMANUELE SANNA. Più che un intervento, la mia è una semplice domanda al dottor Massicci. All'ultima pagina del pregevole documento che ci è stato distribuito, sembra di capire che quattro regioni, per quanto riguarda l'andamento dei piani, sono sulla retta via o comunque si stanno mettendo su una strada più virtuosa rispetto al passato. Per la Sicilia si attende ancora qualche verifica.

Invece per la mia regione, la Sardegna (la più distante — e non solo fisicamente — dalla madrepatria) che, come sappiamo, da quest'anno si è messa — secondo me — pericolosamente in proprio per quanto riguarda l'alimentazione del proprio Servizio sanitario regionale ... (*Commenti*). Pur essendo maggioranza anche in Sardegna, avevo opinioni differenti a proposito di ciò: però si vedrà. Dicevo: non si capisce perché anche per la Sardegna è stato attivato il tavolo di verifica e non si capisce qual è il risultato di questa verifica. Siamo curiosi di conoscerlo, se il

Ministero può fornirci dei dati, perché da noi vi è una discussione piuttosto controversa e vivace su questa materia.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Massicci per le risposte, ricordando che abbiamo all'ordine del giorno anche l'audizione del dottor Palumbo. Qualora lei lo ritenga, può svolgere una breve replica, rispondendo sistematicamente in una prossima seduta. Il materiale, infatti, è molto ed ognuno dei commissari vorrebbe avere con calma la propria risposta.

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. Intervengo in riferimento all'intervento dell'onorevole Cosentino, in quanto pone il problema di un'informazione corretta. Con ciò non mancherò di rispondere agli altri deputati.

Vi è certamente l'esigenza di un'informazione corretta: l'onorevole Cosentino ha citato un articolo apparso oggi sui giornali che però, secondo me, costituisce disinformazione. Vediamo un momento. I debiti verso i fornitori ammontano a 10 miliardi. Ma quei debiti verso i fornitori, che sono solo una parte, hanno risorse in bilancio. Non ricordo adesso l'ammontare. Si trattava di quelle risorse che lo Stato doveva dare alla regione Lazio, ma che non ha erogate perché la regione era inadempiente; quest'ultima però ha comunque diritto a quelle risorse. Quindi dire che la questione non fosse seguita contabilmente non è esatto. Sappiamo che quel debito verso i fornitori di 9 o 10 milioni di euro ha una copertura per una quota.

Poi abbiamo riscontrato che 4 o 5 miliardi li conoscevamo dalla lettura dei dati contabili, ma che altri 2 o 3 miliardi non avevano una dimostrazione dagli stessi dati contabili. Però — per rispondere anche a chi chiedeva se il Ministro controlla o meno — vi sono organismi costituzionalmente garantiti. La costruzione dei piani di rientro è partita dal 2001, da quando è nata la contabilità economica, perché con quella finanziaria non si riesce a controllare. Quindi l'esigenza è che le

regioni e le ASL tengano una contabilità analitica: se non vi è quella, non vi è informazione e quindi non vi è nulla. Chiaramente, se oltre a non esserci informazione, non vi è neanche una accuratezza nella tenuta dei conti, non riusciamo a vedere tutto. Se le fatture restano nel cassetto, non le possiamo vedere. Non si può dire che vi è l'autonomia e nello stesso tempo adottare strumenti per intervenire (*Commenti*).

PRESIDENTE. È la famosa questione...

GIACOMO BAIAMONTE. La rimozione...

FRANCESCO MASSICCI, *Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze*. La rimozione: attenzione, si tratta di un funzionario regionale. Allora la legge regionale deve prevedere la rimozione di quel funzionario se per caso si sta comportando in maniera non corretta. La legge vi è: i Governi – non di questa, ma dell'altra maggioranza – lo avevano fatto. Avevano previsto ciò ed avevano previsto anche la rimozione. Giustamente è stato chiesto alle regioni, se volevano avere accesso a quella integrazione del finanziamento, di introdurre norme apposite.

Però stiamo parlando di una vicenda che non riguarda la singola ASL. Si tratta della unitarietà della spesa regionale nel complesso. Se alla singola ASL viene trasmesso il messaggio di poter spendere in disavanzo, la singola ASL lo fa. Qui è il problema dell'unitarietà che deve essere tenuta anche a livello regionale. E qui vi sono i rapporti fra organismi che hanno rilevanza costituzionale.

Quindi sulla conoscenza del problema da parte del Ministero, la regione Lazio è dichiarata inadempiente dal 2004 perché non forniva gli elementi informativi sul conto patrimoniale. L'informatizzazione è stato un grande risultato: l'informatizzazione e la continuità dei dati consentono di costituire quegli indicatori che con immediatezza descrivono la situazione. Tuttavia qualcuno dovrà pure inserire quei

dati. Se i dati non vengono immessi, non vi è possibilità alcuna di verificare. È chiaro che, se notiamo all'improvviso che il conto patrimoniale si gonfia e i conti economici non sono passati, abbiamo subito modo di notare che qualcosa non va ed infatti abbiamo disposto tutti gli accertamenti.

Ritengo che quello dei piani di rientro sia un valore positivo, un percorso. Vi è l'informatizzazione, vi è la richiesta di migliorare i procedimenti: A livello regionale non può che derivarne la possibilità di migliorare anche il controllo.

Temo di non aver risposto a tutti.

PRESIDENTE. Oggi abbiamo forzato i tempi perché ci interessava aprire questo capitolo della nostra inchiesta e meglio del dottor Massicci non poteva farlo nessuno. Invitiamo quindi sin d'ora il dottor Massicci ad intervenire nuovamente in Commissione, perché ci occorrono altre risposte.

Rinvio dunque il seguito dell'audizione ad altra seduta.

Audizione del Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, dottor Filippo Palumbo.

Avverto il dottor Filippo Palumbo che, nel caso in cui dovesse ritenere necessario procedere in seduta segreta, sarà disattivato l'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Il dottor Palumbo è stato convocato in questa sede e per questa prima audizione per affrontare i problemi riguardanti principalmente la cosiddetta malasanità e per sapere come il Ministero della salute si stia predisponendo in tale campo, dove mi è noto che è prevista una commissione *ad acta*. Uno dei compiti della nostra Com-

missione è quello di indagare sui problemi di cui leggiamo quotidianamente sui giornali, cercando di capirne qualcosa di più e di considerare se abbiano esclusivamente un carattere di ordine medico o anche organizzativo e assistenziale, in entrambe le circostanze essendo evidente la necessità di miglioramento.

La mia conoscenza di lunga data del dottor Palumbo mi consente di affermare che egli sarà certamente in grado di aggiornarci sull'argomento. Anche per questa audizione, come per quella precedente, se fosse necessario ci limiteremo a un primo approccio, rimandando il seguito a una fase successiva, perché certamente con il Ministero della salute, così come con quello delle finanze, avremo un colloquio molto intenso.

GIUSEPPE ASTORE. Possono essere istituzionalizzati questi incontri?

PRESIDENTE. In che senso?

GIUSEPPE ASTORE. Intendo dire che potremmo evitare di ricorrere alle consulenze.

PRESIDENTE. Stiamo solo parlando, non si tratta di una consulenza. L'incontro è già istituzionalizzato, perché se la Commissione non si confronta con il Ministero della salute e con il Ministero delle finanze con chi si deve confrontare?

Do ora la parola al dottor Palumbo.

FILIPPO PALUMBO, *Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute*. Grazie per l'invito che mi avete rivolto a essere presente ai lavori della Commissione su una delle tematiche in campo sanitario che attualmente rivestono un carattere cruciale nel Paese.

Per agevolare i lavori odierni ho preparato un testo scritto, che provvederò a distribuire affinché possiate seguire il mio intervento. Nel testo sono citati degli allegati, dei quali lascio una copia presso la segreteria della Commissione.

Vorrei aprire il mio intervento con una valutazione di carattere generale del problema. Il presidente ha fatto riferimento all'attività in corso, ma io riferirò soprattutto sulle attività che sono state messe in atto negli ultimi tre anni e mezzo circa, che sono tra l'altro gli anni in cui questa tematica ha raggiunto una forte consapevolezza nell'opinione pubblica e negli stessi operatori sanitari, a fronte di un passato in cui mancava un approccio organico e la questione veniva confinata ai titoli dei giornali e affidata alla sensibilità del giornalista che piazzava il titolo in prima o in decima pagina. È ora cresciuta una cultura di governo su questi aspetti, sia a livello nazionale, sia a livello regionale e aziendale, ma soprattutto a livello degli operatori.

C'è un buon *ring* iniziale con il quale vorrei aprire la mia riflessione, secondo il quale il tema della sicurezza va affrontato con un approccio olistico integrato con i grandi temi dell'organizzazione sanitaria.

L'esperienza del monitoraggio dei problemi ci ha insegnato che, quando si affronta una situazione e la si analizza, occorre costantemente tenere presenti tre ambiti di difficoltà: il primo si riferisce alle condizioni organizzative oggettive, che sono a volte anche strutturali, quelle che gli autori anglosassoni definiscono le *latent conditions*, le condizioni latenti, in cui gli interventi sono necessariamente di carattere strategico e strutturale. Il secondo ambito è rappresentato dalle condizioni organizzative e operative che possano essere modificate con interventi regolamentari. Ad esempio, richiedere un certo tipo di turnazione al personale in servizio presso un determinato reparto è una condizione che viene definita, ma che è modificabile. Infine, ci sono i comportamenti umani attribuibili ai singoli oppure a gruppi di operatori, ad esempio a un'*équipe* operatoria. Il problema sorge quando i comportamenti umani siano suscettibili di determinare un danno al paziente superando le barriere difensive e gli elementi di sicurezza passiva. Ogni situazione può essere considerata sotto un duplice aspetto: quanto gli elementi di

sicurezza passivi siano stati costruiti correttamente e quanto il comportamento attivo degli operatori abbia avuto la responsabilità di superare le soglie critiche e determinare un errore con danno, oltrepassando le barriere difensive che un buon sistema organizzativo deve mettere in campo. È molto importante richiamare questo aspetto.

Il secondo paragrafo è dedicato all'analisi della consistenza del fenomeno. Abbiamo ritenuto opportuno presentare una sorta di ricapitolazione « nomenclativa », perché sia in letteratura sia negli atti amministrativi, e a maggior ragione nei documenti legati ai *mass media*, si riscontra un'accavallarsi di termini quali: incidente, evento avverso, evento sentinella, che ovviamente hanno significati diversi e portano a stime diverse. A volte accade che numeri sorprendentemente non coincidenti, ad esempio tra le realtà di diversi Paesi, riflettano effettivamente situazioni diverse, ma a volte essi sono banalmente la conseguenza del fatto che ci si riferisce a diverse dimensioni del problema tra loro non sovrapponibili.

Abbiamo pertanto proposto di usare anche nella discussione odierna una sorta di scaletta, che in realtà è estrapolata da uno dei tanti documenti riportati in allegato, in cui si definisce il significato dei termini più in uso. Innanzitutto troviamo il termine *incident*, cioè incidente o evento, che è inteso come un accadimento che aveva la potenzialità di dare origine a un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente. Già il concetto di « evento avverso » è qualcosa di diverso, poiché indica un evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente non intenzionale e non desiderabile. In alcuni casi gli eventi avversi sono prevenibili e in altri casi non lo sono; sono certamente prevenibili quando siano attribuibili a un errore. Il termine « evento evitato » (*near miss* o *close call*) si trova spesso in letteratura: esso descrive un errore che aveva in sé la potenzialità di causare un evento avverso che però non si è verificato per un caso fortuito, oppure perché intercettato tempestivamente o an-

cora, più banalmente, perché le conseguenze attese sul paziente per motivi a volte sconosciuti non si sono verificate. Il tema dei « quasi errori » è molto rilevante: una situazione apparentemente soddisfacente dal punto di vista del conteggio degli incidenti che però presenti un numero consistente di « quasi errori » (che pure non abbiano inferto danni ai pazienti) è una situazione di rischio che deve porre in allarme un governo aziendale, regionale o nazionale e indurlo ad attivare misure di intervento.

Infine, il termine « evento sentinella », di cui ci occuperemo in maniera particolare anche perché esso è stato oggetto di un intenso lavoro al Ministero, fotografa tra gli eventi avversi quelli di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema. Un evento sentinella è il segnale di qualcosa che non va come dovrebbe e che potrebbe comportare la morte o un grave danno per il paziente. Inoltre, in genere ad esso si accompagna una caduta di immagine del sistema sanitario presso i cittadini, che perdono fiducia nel sistema stesso. Noi sosteniamo che, per la loro gravità, la circostanza che tali eventi si verifichino anche una sola volta determina una condizione tale per cui l'amministrazione interessata, a livello di azienda, di regione o in rari casi dello stesso Ministero, debba immediatamente attivarsi per capire le ragioni che lo hanno determinato e aprire un'indagine per scoprire i fattori aggredibili ed eliminabili, promuovendo nel contempo le necessarie misure correttive.

Vorrei fornirvi qualche numero. Lo studio internazionale di riferimento è l'*Harvard medical practice study* e risale agli inizi degli anni Novanta: rileviamo, tra l'altro, come anche la letteratura internazionale abbia affrontato l'argomento in maniera scientifica in anni relativamente recenti. Lo studio citato evidenzia che, nel periodo di riferimento, il 3,8 per cento dei pazienti ospedalizzati era stato interessato da un evento avverso, ovvero da un evento a cui era seguito un danno, ma tra questi eventi « solo » nel 13,6 per cento dei casi si era verificato il decesso. Qualche anno

dopo, nel 1999, l'Institute of medicine pubblica negli Stati Uniti un documento fondamentale, che tutti noi teniamo sulla nostra scrivania, intitolato *To err is human*, il quale indica che gli eventi avversi sarebbero stimabili intorno al 4 per cento con una mortalità del 6, 6 per cento; ciò porterebbe a stimare annualmente tra i 44 mila e i 98 mila gli eventi avversi negli ospedali statunitensi.

In Inghilterra un documento ministeriale, *An organization with a memory*, stima un'incidenza di eventi avversi pari a circa il 10 per cento dei ricoveri ospedalieri, corrispondente al numero di 850 mila eventi avversi l'anno in pazienti ospedalizzati. Recentemente un'altra agenzia governativa, la National patient safety agency (NPSA), ha pubblicato i dati relativi alle sole realtà dell'Inghilterra e del Galles, avvalendosi di un sistema di segnalazione degli eventi avversi implementato nel frattempo e riferito al periodo novembre 2003-aprile 2006. I dati mostrano un numero di eventi segnalati pari a circa 612.000, di cui 420.000 circa, pari al 68,5 per cento, non ha prodotto alcun danno ai pazienti, pur essendo significativi per la loro gravità; in 2.557 casi, invece, pari allo 0,4 per cento di tutti gli eventi, l'esito è stato il decesso dei pazienti.

Uno studio australiano del 1995 riporta un tasso di eventi avversi nei pazienti ospedalizzati del 16,6 per cento, con una mortalità del 4,9 per cento; in Nuova Zelanda il tasso di eventi avversi è del 12,9 per cento e in Canada del 7, 5 per cento. Si può notare come il numero di riferimento oscilli tra le varie stime in maniera abbastanza congruente.

In Italia non sono disponibili dati di riferimento così solidi. In realtà, come vedremo da qui a poco, un dato interessante può essere ricavato da un documento che presenterò tra breve, riferito a un'indagine nazionale condotta sulla sinistrosità nelle aziende sanitarie locali. Su un totale di poco superiore alle 350 aziende sanitarie locali circa 300 hanno risposto al nostro questionario, e in un periodo di riferimento di tre anni hanno denunciato 45.000 sinistri che sono diven-

tati oggetto di contenzioso. Potrà essere interessante per voi sapere che l'importo medio per chiudere un contenzioso oscilla intorno ai 27 mila euro.

PRESIDENTE. Quale sarebbe la percentuale? Avete fatto dei calcoli sul genere dei Paesi che ha menzionato?

FILIPPO PALUMBO, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute. I numeri sono incomparabilmente più bassi. Quelli indicati nel questionario sono i sinistri, cioè eventi di una gravità tale da aver richiesto l'intervento di un legale. Il numero totale, tra l'altro, è viziato dal fatto che una sua parte riguarda una sinistrosità che potrei definire « temeraria », nel senso che, anche laddove non era il caso, il paziente ha ritenuto comunque di aprire un contenzioso; direi che non sono dati comparabili, vedremo in seguito come ci stiamo attivando per dotarci di una stima nazionale.

A livello regionale una realtà particolare è quella dell'Emilia Romagna. Dal 2002 è stato attivato un sistema organico e continuativo di segnalazione degli eventi, che tuttavia non copre tutta la scala regionale, ma soltanto alcune aree sensibili, in particolare anestesia, ostetricia e ginecologia, che insieme all'ortopedia (che però in questo caso non viene segnalata) sono aree a forte rischio. I dati, seppur parziali, di questa realtà regionale mostrano un'incidenza degli eventi letali pari allo 0,5 per cento sul totale degli eventi avversi, dato in linea con quelli già indicati.

A livello nazionale da qualche anno abbiamo attivato un monitoraggio dei soli eventi sentinella che, come capirete, rappresentano la punta dell'iceberg: sono gli eventi più gravi il cui solo verificarsi, indipendentemente dal danno, merita un'indagine di sistema. Il procedimento di monitoraggio è puramente sperimentale e vale più per il modello che è stato approntato e per i primi dati qualitativi che non per le stime quantitative. In particolare abbiamo lavorato su 123 casi, sui

quali abbiamo redatto un rapporto, che ci hanno consentito di stilare una macroclassificazione delle aree e delle tipologie di problemi che si sono presentati.

In campo internazionale sono state avviate numerose iniziative che abbiamo ricordato nel nostro documento. L'OMS ha attivato una linea di lavoro definita «alleanza per la sicurezza dei pazienti», che ha la particolarità di promuovere delle iniziative puntando al coinvolgimento dei pazienti, cercando di dare una tassonomia comune, quindi un quadro classificativo comune senza il quale i numeri non possono essere riferimenti certi, standardizzando le procedure di *reporting* e fornendo alcune prime indicazioni sulle misure preventive.

La Commissione europea è intervenuta con la Dichiarazione di Lussemburgo, il primo pronunciamento con cui assume degli intenti, tra i quali la creazione di una banca di raccolta delle buone pratiche e lo sviluppo di *standard* internazionali per la valutazione dell'aspetto tecnologico degli incidenti e delle *performance* della tecnologia. Un tema delicato che ritornerà anche a livello nazionale riguarda la confidenzialità dei dati.

Sempre a livello europeo, come satellite della Commissione, opera l'High level group, un gruppo di esperti e alti dirigenti dei Paesi membri che al suo interno prevede un sottogruppo specializzato nella *patient safety*.

Altro organismo internazionale di riferimento è il Consiglio d'Europa, che ha prodotto un glossario di uso comune. Si noti come il tema della standardizzazione delle definizioni sia indispensabile, rischiando altrimenti di riferirsi a fenomeni diversi e di fornire cifre diverse e non comparabili. Anche l'OCSE ha redatto un documento di riferimento sulla sicurezza dei pazienti. Il nostro Paese si muove in questo contesto internazionale.

Rivolgendo ora l'attenzione a ciò che è stato realizzato, nel 2003 presso il Ministero, con un decreto dell'allora Ministro della salute, è stata costituita una commissione tecnica sul rischio clinico, la quale ha compiuto un buon lavoro, sfo-

ciato in un documento intitolato *Risk management, il problema degli errori*, che per la prima volta traduce nel panorama italiano lo sforzo definitorio presente nella letteratura scientifica e fornisce una terminologia comune sul territorio nazionale.

Sempre nel 2003, successivamente all'attivazione di questo gruppo, è stata condotta un'indagine *ad hoc* dalla quale sono scaturiti alcuni suggerimenti: (ancora una volta) la necessità di individuare un lessico comune nell'ambito del rischio clinico; l'attivazione di sistemi di gestione del rischio clinico nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, con un atteggiamento attivo di governo del problema; rafforzamento dei meccanismi di tutela dei cittadini; lo sviluppo di una cultura della sicurezza che consenta di imparare dagli errori e di fare in modo che essi lascino una traccia positiva, essendo un'occasione per capire l'accaduto e per evitare che si ripeta; infine, il tema della formazione continua.

Nel 2005 è stata effettuata una successiva rilevazione volta a conoscere il quadro generale delle diverse modalità di gestione del rischio clinico nei vari ambiti regionali e aziendali, soprattutto con riferimento agli aspetti assicurativi. Anche qui vengono indicati dei suggerimenti, tra i quali uno riguarda il tema, fondamentale in quel momento (la situazione oggi è in parte migliorata), della forte asimmetria informativa tra le società di assicurazione e le aziende locali. Ciò aveva l'effetto di falsare la trasparenza nella stesura dei rapporti contrattuali, perché l'azienda sanitaria in quel momento, e in gran parte ancora oggi, non era in grado di valutare il proprio rischio e quindi di apprezzare l'accantonamento di risorse giustificato dal livello di rischio da affrontare. Le società assicurative, che invece dispongono di tutte le banche dati proprie e probabilmente dell'intera catena assicurativa, sono perfettamente in grado di tradurre il rischio in tabelle di rischio e anche in valori economici sui quali l'azienda sanitaria non ha alcuna possibilità di controllo. Tutto ciò è risolvibile solo con un punto di

rilevazione di carattere nazionale, esterno e terzo rispetto alle parti, che restituisca trasparenza ai numeri.

La rilevazione del 2005, inoltre, suggerisce la necessità di razionalizzare i provvedimenti normativi, che vanno dalla transazione al contenzioso che si sviluppa nei vari gradi della giustizia civile e in qualche caso della giustizia penale, un complesso lavoro sul quale sono state avviate alcune iniziative che richiamerò in seguito.

A partire dal 2004 la nostra direzione generale, con decreti dirigenziali che vengono rinnovati annualmente, ha attivato un gruppo tecnico che ha lavorato in maniera costante sul tema della sicurezza dei pazienti, privilegiando in particolare i seguenti aspetti: la predisposizione di un sistema di monitoraggio e di analisi degli eventi avversi, con l'obiettivo di raccogliere i dati relativi al verificarsi degli «eventi sentinella» per conoscerne i fattori causali; la costruzione di un sistema informativo *ad hoc* di carattere nazionale che consenta di recuperare il ritardo rispetto ad altre esperienze nazionali; la produzione di raccomandazioni, già ritenute utili da implementare, essendo piccole misure in grado di dare grandi risultati e grande qualità nell'assistenza ai pazienti; la formazione, al fine di diffondere strumenti uniformi; il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti; l'approfondimento degli aspetti medico-legali e assicurativi, anche in riferimento alle esperienze in ambito internazionale; infine, l'incardimento del tema del rischio clinico nel discorso più generale del governo clinico, in modo da affrontare la tematica in una logica di promozione complessiva della qualità; classicamente, infatti, il controllo del rischio è uno dei capitoli in cui si sviluppa l'approccio del governo clinico.

Circa il monitoraggio degli eventi avversi ho già fatto riferimento alla creazione di un sistema sugli eventi sentinella. Abbiamo definito un protocollo, che ovviamente ha ancora carattere sperimentale, ed è già disponibile un primo rapporto che mettiamo a vostra disposizione:

come ho già detto, esso vale più per le indicazioni qualitative che non per quelle quantitative.

L'attività sperimentale è stata utile perché ci ha consentito di fare un passo in avanti, quello che stiamo compiendo proprio in queste settimane: l'implementazione di un vero e proprio sistema informativo. Ne è stata occasione una collaborazione col dipartimento dell'innovazione tecnologica, che ci ha messo a disposizione i finanziamenti che ci hanno consentito, insieme alla direzione del sistema informativo sanitario e in collaborazione con il CNIPA (il Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione) di varare un programma sperimentale, ma destinato a diventare ordinario, finalizzato a operare quale sistema di accoglienza dei flussi informativi degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Esso comprende i seguenti aspetti: il sistema di allerta, il sistema di verifica e di controllo dei dati e il sistema di monitoraggio e di analisi attraverso cruscotti informativi con indicatori *ad hoc*.

In tema di raccomandazioni il ragionamento è molto chiaro. Cresce faticosamente la capacità di analisi, che richiede rapporti con le aziende sanitarie e con le regioni. In particolare, c'è un delicato rapporto con le regioni che rivendicano una propria autonomia; alcune di esse, ad esempio, hanno difficoltà a favorire il diretto invio dei dati a livello nazionale e preferiscono metabolizzarli prima a livello locale. Tutto ciò ha delle implicazioni molto delicate, perché quello che è un principio del tutto logico nel sistema informativo in cui la stazione regionale è un'opportuna stazione di consolidamento qualitativo prima dell'invio al centro, nel campo degli errori subisce delle interferenze legate a sensibilità e a preoccupazioni anche di ordine politico e gestionale che andrebbero analizzate e controllate.

In attesa che tutto ciò decolli noi ci siamo resi conto che nel quotidiano c'erano molti piccoli interventi che l'esperienza internazionale ci spingeva a compiere: perché attendere di avere un quadro completo per poter partire? Ci siamo

pertanto assunti la responsabilità di divulgare una serie di raccomandazioni che indichiamo nel documento: la prima riguarda il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio. È una piccola cosa, ma quante volte abbiamo letto sui giornali che a causa di un'errata somministrazione di fiale di cloruro di potassio si è verificata la morte del paziente! Con dei minimi accorgimenti evitiamo che errori del genere possano avere luogo. Altre raccomandazioni riguardano la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura: a volte questi dati si incrociano e si compiono degli errori; la raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.

PRESIDENTE. Su tutto questo il Ministero ha inviato delle circolari?

FILIPPO PALUMBO, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute. Sì. Ancora, la raccomandazione per la prevenzione del suicidio in ospedale, che dal nostro punto di vista è un dramma assistenziale, ma è anche un vero e proprio evento avverso dovuto a errore; la raccomandazione per la prevenzione del decesso in seguito a reazione trasfusionale da incompatibilità ABO; la raccomandazione per la prevenzione della morte materna durante il parto e/o il travaglio; la raccomandazione sul corretto utilizzo dei farmaci; la raccomandazione per prevenire atti di violenza a danno degli operatori sanitari. In alcuni ospedali meridionali questo problema esiste e le strutture di pronto soccorso ci segnalano spesso criticità.

Quelle appena citate sono raccomandazioni già pubblicate e indicate sul sito, ce ne sono anche altre già definite e in via di pubblicazione: la raccomandazione sull'evento sentinella identificabile nella morte o nel grave danno conseguente a un malfunzionamento del sistema di trasporto e la raccomandazione su come si comunica l'errore, una cosa che sembrerà

banale, ma sulla quale i medici sono fortemente disorientati, spesso non sapendo a chi comunicare l'errore di cui si sono accorti.

Infine, stiamo lavorando su raccomandazioni che sono ancora in via di elaborazione e che riguardano: la prevenzione della morte o gravi disabilità del neonato; la corretta gestione dei dispositivi medici; la caduta di pazienti nelle strutture sanitarie; l'evento sentinella relativo a morte o grave danno conseguente all'inadeguata attribuzione del *triage* nell'ambito dei servizi di emergenza e urgenza; il corretto trattamento odontoiatrico del paziente sottoposto a terapia con bifosfonati; infine, la raccomandazione per il consenso informato e un documento olistico per la sicurezza in sala operatoria.

Accanto a tutto ciò stiamo predisponendo una serie di attività volte a capire quale sia l'esito delle raccomandazioni inviate alle regioni e pubblicate sul sito. Ci stiamo preoccupando di capire per ciascuna di tali raccomandazioni come venga attuata nelle realtà regionali e aziendali: sono state messe nel cassetto? Sono state oggetto di un seminario, di una circolare o di una raccomandazione a livello locale? Al fine di valutare l'attività implementativa, avremo bisogno in particolare dell'aiuto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Riguardo la raccomandazione che ho citato precedentemente sulla identificazione del paziente, in attesa che parta il sistema organico di valutazione dell'implementazione abbiamo provveduto ad avviare un'indagine conoscitiva che rilevi, a fronte della raccomandazione, quale sia oggi la realtà delle singole aziende e quali gli strumenti utilizzati: il braccialetto piuttosto che una particolare segnalazione riportata sulla cartella clinica oppure un'annotazione sul computer. Gli approcci possibili sono migliaia (non tutti di pari efficacia) e stiamo cercando di censirli e di raffrontarli con le nostre indicazioni.

In tema di formazione abbiamo avviato un'iniziativa che consideriamo molto rilevante e che trovate descritta negli allegati. Innanzitutto abbiamo varato un glossario

italiano di riferimento in cui viene descritto il significato dei termini che ho ricordato all'inizio (evento avverso, evento sentinella, e via di seguito). La sua stessa lettura diventa un'attività formativa, perché riflettere sulle denominazioni significa pensare anche ai gesti quotidiani che ciascuno di noi compie.

Un'altra rilevante attività (anch'essa descritta negli allegati) ha avuto origine da un rapporto molto stretto con la Federazione nazionale dell'ordine dei medici e con l'IPASVI, cioè con le centrali « ordinarie » delle due maggiori professioni sanitarie. È nostra intenzione lavorare per arruolare immediatamente anche le altre professioni sanitarie, quali i farmacisti e i biologi. Attraverso tali collaborazioni abbiamo organizzato un corso di formazione a distanza per gli operatori sanitari, accreditato ECM, che consente all'operatore medico e all'infermiere che lo frequentano di ricavarne un vantaggio in termini di crediti ECM; ulteriori indicazioni sono contenute nel manuale.

Stiamo lavorando inoltre alla stesura di un manuale dell'*audit* clinico e a un manuale della *root cause analysis*, vale a dire a un approccio analitico volto a ricostruire la catena degli eventi o delle condizioni che in maniera oggettiva abbiano condotto all'errore. Il principio ha un carattere quasi giovanneo: è importante non l'errante ma l'errore e occorre evitare che la spinta a conoscere l'errante ci impedisca di conoscere l'errore. Infine, stiamo lavorando anche a un manuale, indicato con l'acronimo FMCA, che si riferisce alle tecnologie in genere utilizzate e al modo di affrontare quelli che comunemente sono definiti guasti, ma che si rivelano come delle interferenze in grado di determinare eventi avversi.

Abbiamo poi instaurato un rapporto con il Ministero dell'università e della ricerca (MIUR) affinché nei corsi formativi professionalizzanti (lauree, master e specializzazioni varie) si riservi uno spazio adeguato al tema della formazione. È un'iniziativa attualmente in corso e di grande rilievo, poiché colma una lacuna presente nel nostro sistema.

Un'ulteriore iniziativa formativa è rivolta ai formatori stessi: essa mira ad « allevare » quegli esponenti regionali che abbiano assimilato alcuni concetti formativi e che a loro volta assumano un ruolo formativo verso il livello più basso, il livello aziendale.

Sul tema del coinvolgimento dei pazienti gli strumenti che indichiamo sono molto leggeri e segnano un dialogo con i cittadini. Si tratta di vere e proprie guide per i familiari, per i volontari e per gli operatori, che contengono delle semplici istruzioni ma che sono utili a prevenire eventi avversi e a migliorare la sicurezza dei pazienti.

Infine, stiamo realizzando la revisione di una guida rivolta agli studi medici di medicina generale e a pediatri di libera scelta, che ha ad oggetto gli elementi di sicurezza specifici delle persone con disabilità e dei bambini da 0 a 14 anni bisognosi di cure.

Citavo come ulteriore campo di intervento la valutazione degli aspetti legali e assicurativi. Siamo consapevoli della delicatezza di questo settore, perché si confrontano e si condizionano reciprocamente tre ambiti di diritto egualmente importanti, fintanto che realizzino delle sinergie e non vadano l'uno a detrimento dell'altro. Nello specifico, gli ambiti di diritto sono: la tutela degli interessi dei pazienti, che gerarchicamente può essere considerato il diritto *primus inter pares*, ma che comunque è condizionato dagli altri; la trasparenza e l'incentivazione della comunicazione tra sanitari e pazienti in caso di errore, che vorrebbe dire fare un passo avanti rispetto al muro che spesso si erge tra sanitari e pazienti; infine, correlato a questo, l'implementazione di un sistema di segnalazione da parte dei sanitari. Su questo argomento più che una relazione trovate una riflessione; essa è l'eco del grande dibattito sulla necessità di ripensare le norme vigenti nel settore per cercare di evitare che si protraggano nel tempo le situazioni critiche attuali.

L'operatore sanitario che oggi commette errori è ovviamente esposto a san-

zioni penali e civili, funzionali ad altri tipi di diritto, ma ciò induce negli operatori comportamenti omissivi della segnalazione e tentativi di celare gli eventi, con la speranza di evitare problemi di ordine legale. È noto che altri Paesi quali l'Australia, il Canada o la Danimarca hanno cercato di affrontare la questione modificando certi rapporti tra la giustizia penale e la giustizia civile e introducendo forme di depenalizzazione, anche sulla scorta di quanto accaduto, per esempio, nel campo dell'aviazione civile. Un tentativo di soluzione è contenuto anche nel disegno di legge che il Governo ha varato pochi giorni fa sulla sicurezza delle cure: certamente sarà migliorabile in sede di conversione parlamentare, ma può essere considerato un contenitore da cui partire per affrontare l'argomento.

PRESIDENTE. Qual è l'attività di verifica a livello locale?

FILIPPO PALUMBO, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute. Il Ministero è intervenuto con sopralluoghi e visite, che sono state tutte compiute dal qui presente dottor Ghirardini, il quale è il responsabile dell'ufficio competente. Il Ministro della sanità ha inviato il vertice dell'ufficio, accompagnato da altri collaboratori e integrato da operatori regionali e aziendali, e in particolare in alcune regioni le visite si sono ripetute, come nel caso della Sicilia e della Calabria.

PRESIDENTE. Ripetute perché c'è maggiore bisogno?

FILIPPO PALUMBO, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute. Ricorderete che in Sicilia ci fu quella catena di eventi che portò a un'iniziativa regionale nella quale il Ministero si è inserito. Ci sono state visite sul campo legate a eventi recenti che hanno interessato anche regioni molto avanzate su queste tematiche, come le

stesse Emilia-Romagna e Toscana. Siamo disponibili a raccontarvi i fatti o a inviarvi la documentazione che contiene le conclusioni su quegli incontri: non l'abbiamo portata perché non sapevamo che ne eravate interessati.

Infine, il nostro documento fornisce alcune indicazioni su ciò che stiamo implementando proprio in questi giorni. Sono elencate otto attività, che sono in parte una continuazione e in parte un allargamento delle attività già avviate, tutte compiute in collaborazione con realtà universitarie o regionali. Ce ne è una condotta con l'Agenzia di sanità pubblica della regione Marche che si occupa delle buone pratiche; una con la facoltà di medicina dell'università di Tor Vergata sul tema della formazione dei formatori di cui parlavo poc'anzi; la progettazione e la sperimentazione di un sistema di monitoraggio delle polizze assicurative che portiamo avanti con l'università politecnica di Ancona; abbiamo in corso una collaborazione con l'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano per gli aspetti legati alle nuove tecnologie in grado di abbattere il rischio per i pazienti; c'è lo sviluppo di un modello di « cartella paziente » dal punto di vista delle esigenze di monitoraggio degli errori realizzata con la regione Toscana; una collaborazione col centro OMS di Roma per aiutare a presentare le nostre iniziative a livello internazionale; c'è un tema specifico che riguarda le tecnologie sanitarie condotto insieme all'azienda provinciale di Trento; infine, come già accennato, stiamo elaborando con l'Agenzia nazionale un sistema di monitoraggio e di utilizzo delle raccomandazioni centrali.

In conclusione, vorrei ricordare che questo tema oscilla molto tra due poli di riferimento: da un lato la sicurezza, che da un certo punto di vista può essere considerata un aspetto irrinunciabile del livello di garanzia che lo Stato si impegna a assicurare nell'offerta dei livelli delle prestazioni; dall'altro lato il tema può essere considerato un aspetto del malfunzionamento organizzativo, che pertanto ci porta nel campo della prevalente compe-

tenza regionale. È difficile trovare un punto di incontro, ma ci stiamo riuscendo. Il convegno che si terrà ad Arezzo la prossima settimana, che avrà ad oggetto questi temi, sarà un'occasione per valutare gli aspetti di *governance* e io ritengo che, una volta individuata una soluzione, essa andrebbe supportata legislativamente per darle certezza.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Palumbo per il suo contributo così esaustivo nonostante l'ampiezza dell'argomento. Il convegno di Arezzo, del quale abbiamo avuto comunicazione soltanto ieri, è un primo passo verso un'importante collaborazione con le regioni. Infatti, ancora esiste uno scontro in questo campo tra Stato e regioni su chi debba esercitare il controllo e su altre questioni. D'altro canto, non è pensabile che su una siffatta

materia ogni regione legiferi a modo proprio perché, secondo la mia opinione personale, i problemi connessi al controllo della qualità dovrebbero essere affrontati con una legislazione nazionale.

A causa di esigenze temporali, propongo di rinviare a una prossima seduta l'incontro con il dottor Palumbo anche per potergli porre le nostre domande.

Dichiaro conclusa la seduta.

La seduta termina alle 15,55.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI*

DOTT. COSTANTINO RIZZUTO

*Licenziato per la stampa
il 16 gennaio 2008.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

