

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

16.

SEDUTA DI MARTEDÌ 9 MARZO 2010

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LEOLUCA ORLANDO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Burtone Giovanni Mario Salvino (PD)	18
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i>	3	Fucci Benedetto Francesco (PdL)	17
Audizione di rappresentanti dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)		Laganà Fortugno Maria Grazia (PD)	16, 17
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i> ..	3, 5, 7, 8, 13, 14 15, 17, 19, 20, 24	Paolini Enzo, <i>Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)</i>	4, 5, 7, 14 16, 20, 21, 24
Barani Lucio (PdL)	19, 20	Patarino Carmine Santo (PdL)	15
Bonanno Franco, <i>Direttore generale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)</i>	14, 15	Pelissero Gabriele, <i>Vicepresidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)</i>	8, 14, 22

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LEOLUCA ORLANDO

La seduta comincia alle 20,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP).

Siamo qui oggi, raccogliendo anche una richiesta formulata dal presidente dell'AIOP in occasione della nostra visita a Catanzaro, perché abbiamo ritenuto che fosse opportuno un momento di incontro, riflessione e confronto sul tema della sanità privata, che costituisce una parte importante e significativa per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale e per la tutela del diritto alla salute dei cittadini.

Do il benvenuto all'avvocato Enzo Paolini, presidente nazionale, al professor Gabriele Pelissero, vicepresidente nazionale, e al dottor Franco Bonanno, direttore generale dell'AIOP. Ringrazio, dunque, l'AIOP per essersi presentata al massimo livello possibile.

Abbiamo cercato di prepararci a questo incontro anche utilizzando i materiali che l'AIOP ha prodotto, da ultimo il rapporto annuale 2009.

Chiedo ai nostri ospiti di indicarci quali sono i punti di criticità del loro rapporto con il funzionamento complessivo del Servizio sanitario nazionale e quali i punti di eccellenza che ritengono di dover affrontare, con alcuni spunti che ho tratto e che mi permetto di elencare per poter dare avvio ai nostri lavori.

Credo che tra i temi più significativi ci sia innanzitutto quello che si riferisce al complessivo rapporto tra sanità pubblica e privata; nella consapevolezza che esistono eccellenze nella sanità pubblica come in quella privata, la domanda che ci si pone è se vi sia una parità di vincoli nel loro funzionamento. Pongo tale quesito perché, a parità di eccellenze, notiamo un appesantimento nel funzionamento della sanità pubblica rispetto a quella privata, che deriva dal fatto che quest'ultima è meno condizionata da alcune funzioni e servizi considerati per definizione pubblici. Basti citare emergenza e pronto soccorso per cogliere come non sia lo stesso gestire una struttura che ne sia o meno dotata. Questo con riferimento a caratteri generali.

Si pone poi un problema che si evidenzia, in particolare, nelle regioni sottoposte ai piani di rientro: qual è il ruolo della sanità privata nei piani di rientro? Emergono le questioni che riguardano i rimborsi, il meccanismo dei DRG, nonché il rapporto tra la sanità privata nel suo complesso e il Servizio sanitario nazionale: come avviene la definizione delle realtà sanitarie private che vengono premiate e di quelle che vengono, invece, penalizzate?

Sappiamo perfettamente che è previsto che sia il governo della regione a indicare i criteri di assegnazione dei *budget* alle singole strutture, ma sappiamo anche che ciò è frutto di una negoziazione, come è inevitabile che sia, e ci chiediamo se

riteniate che tale negoziazione sia, di regola, rispettosa delle professionalità private organizzate in aziende o se, invece, si rischi, attraverso il sistema puramente finanziario, di penalizzare alcune strutture e di incoraggiarne altre. È un'operazione che può anche essere frutto di una scelta, che però vorremmo perlomeno conoscere.

Può darsi che la sanità privata ritenga di sottoporre all'attenzione di questa Commissione l'esigenza che strutture sanitarie private al di sotto di una data dimensione o prive di alcune specializzazioni non debbano esistere. Forse non ve la sentite di dirlo così chiaramente, ma potete benissimo affermare che lavorate perché ci sia una razionalizzazione sul territorio della presenza della sanità privata. Anche il meccanismo budgetario, quindi, è influenzato dalla tendenza a realizzare strutture sanitarie private il più possibile complete e organiche, a danno inevitabile di strutture che, invece, non dovessero godere di tale completezza, organicità o dimensione.

Si rileva poi il problema del rapporto con i DRG e della gestione e valutazione di quelli a rischio di inappropriatelyzza rispetto ai rapporti con le regioni — soprattutto quelle sottoposte al piano di rientro — e interessa ancora di più la vostra posizione rispetto a casi che si verificano nella sanità pubblica, ma anche in quella privata, e che creano clamore sociale perché legati a fatti talora criminali o che comunque certamente non qualificano il Servizio sanitario nazionale. Temo che in merito ci sia una nobile condizione di parità tra pubblico e privato, però, quando tali fatti accadono nel privato, l'attenzione è maggiore perché il privato viene « pagato » — scusate la volgarità — dal pubblico, come quest'ultimo, che però è, appunto, pubblico. Un eventuale errore sanitario in una struttura privata crea oggettivamente più clamore di quanto avvenga in una pubblica. Si potrebbe dire « *eius commoda cuius incommoda* ». Qual è la vostra valutazione rispetto al fatto che la struttura pubblica ha

nella scelta dei *manager*, dei medici, dei primari rigidità note, che quella privata non ha ?

Questi sono solo alcuni spunti, ma mi interessa soprattutto avere il quadro d'insieme della sanità privata, dovendo la nostra Commissione tener conto tanto della sanità privata quanto di quella pubblica. Siamo rimasti impressionati dal fatto che, nel corso della nostra audizione in Calabria, l'atteggiamento che ci è sembrato di cogliere fosse il seguente: « Se tutti funzionassero come noi, le cose in Calabria andrebbero meglio ». Forse abbiamo colto male o esageratamente il vostro orgoglio, ma mi sembra giusto sapere se confermate e in che cosa pensate che la sanità privata possa essere contaminazione positiva per quella pubblica e in che cosa quella pubblica impedisca a quella privata di essere fino in fondo una sanità d'eccellenza.

ENZO PAOLINI, *Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Grazie, presidente. Innanzitutto ringrazio lei e la Commissione per l'attenzione che ci riservate.

La lucidità della sua premessa mi conforta, perché dà chiaramente l'impressione che la Commissione sappia di che cosa parliamo; è un fatto non consueto, che però avevo già constatato con compiacimento a Catanzaro. Rappresento l'AIOP nazionale, ma casualmente sono calabrese e ho la possibilità di rispondere pertinentemente anche all'ultima osservazione del presidente.

Svolgerò alcune osservazioni in relazione a quanto lei ha chiesto e illustrato, lasciando poi un'integrazione sulle altre questioni, soprattutto quelle che riguardano i DRG e la negoziazione, al professor Pelissero, che è il vicepresidente del Gruppo ospedaliero San Donato, struttura di eccellenza nel panorama della sanità nazionale e soprattutto lombarda, che gestisce anche urgenze, emergenze, pronti soccorsi, riabilitazioni, UTIC (unità di terapia intensiva coronarica) e tutto ciò che si sostiene non sia appannaggio della sanità privata. Il professore è con noi a

smentire il luogo comune per cui la sanità privata si scelga la parte residuale, quella più semplice, più redditizia e meno complicata, per poter lucrare sui DRG. Non è così e il professor Pelissero illustrerà come un gruppo di estrema eccellenza nel panorama della sanità italiana sia, invece, in grado di gestire come e meglio di alcune realtà pubbliche anche questa parte del servizio.

Nel nostro Paese — concordo pienamente sulla premessa del presidente Orlando — esistono eccellenze di straordinario rilievo nella sanità pubblica, nonché eccellenze di rilievo — non voglio dire « straordinario » — anche in quella privata.

Purtroppo, però, tali eccellenze, determinate dalla capacità anche imprenditoriale e manageriale per quanto riguarda la parte pubblica e dalla grande tradizione medica del nostro Paese, sono mortificate e annullate dagli sprechi che sovrastano le eccellenze, annullandole e mortificandole. Gli sprechi nella sanità pubblica sono determinati soprattutto dal differenziale, che avrete colto — ho visto che il presidente aveva anche fatto le « orecchie » ad alcune pagine del nostro rapporto — tra il valore della produzione degli ospedali pubblici e il loro costo, che noi abbiamo calcolato nel nostro rapporto *Ospedale e salute*, presentato proprio in questo palazzo, a dicembre, aggiungendo al valore della produzione anche le cosiddette spese non tariffabili, come il pronto soccorso e la rianimazione. Tali spese sono state applicate sul valore della produzione degli ospedali pubblici. Ciò nonostante, il differenziale tra il valore della produzione e il costo effettivo segna, anche nella virtuosa Lombardia, il 17,9%, che equivale a una spesa non giustificata, fino ad arrivare, purtroppo, al 47,3% della Calabria, che è uno spreco immane. Ho con me un rapporto, di cui adesso vi fornirò alcuni dati, che mostra che vi è una risorsa non utilizzata o, meglio, utilizzata per incrostazioni vecchie.

So bene che il nostro sistema, che viene da un monopolio, è difficile da riconvertire — forse trent'anni non sono tantissimi, se si guardano in una determinata ottica —

con una logica di aziendalizzazione, come abbiamo voluto con la legge n. 833 del 1978 e poi con il decreto legislativo n. 502 del 1992, novellato dal decreto legislativo n. 229 del 1999. È difficile riconvertire all'aziendalizzazione un sistema sostanzialmente monopolista, però è quello che vogliamo. Se abdichiamo a questa parte del governo politico, si verificano, purtroppo, incrostazioni, talvolta clientelari e colpevoli, talvolta dovute al fatto di gestire un servizio pubblico, che necessita di alcuni costi che non rientrano nella produzione ma che devono esserci, naturalmente. Questo *mix* può diventare esagerato, come in Calabria, in Campania, nel Lazio, e come in numerose realtà che sono illustrate e hanno un margine di spreco anche nelle regioni virtuose, quali Piemonte e Lombardia; anche questo è un governo al quale, se si abdicata, non si riesce a trovare rimedio.

Passo all'aspetto pratico. Noi abbiamo avanzato alcune proposte e crediamo che ci sia, accanto alla lotta agli sprechi, la necessità di maggiore trasparenza nei bilanci delle aziende pubbliche, che non sono redatti secondo quello che dispongono la legge, le norme del Codice civile o i suoi principi, se non i suoi criteri. Questa trasparenza farebbe quantomeno emergere la percentuale di spreco. La politica deve restare nella sanità e non se ne deve andare; personalmente, sono contro la sciocca considerazione per cui la politica deve stare fuori della sanità: ci deve stare, assumendosi i meriti e le responsabilità e compiendo alcune scelte.

PRESIDENTE. Se posso permettermi, presidente, propongo una formula che forse riassume le sue considerazioni, di cui anche io sono convinto: la politica deve fare tre passi indietro rispetto alla sanità e tre avanti rispetto alla salute.

ENZO PAOLINI, Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). Sono perfettamente d'accordo. In questo senso, deve essere in grado di governare tale fenomeno seriamente, responsabilmente, osservando e facendo os-

servare le regole che da essa promanano. La politica deve dunque svolgere tale compito con trasparenza.

Poi esiste un altro aspetto, su cui avanziamo da tempo una richiesta alla politica e che riguarda i controlli. Non solo li subiamo, ma rivendichiamo e pretendiamo anche che si svolgano sulle nostre strutture, nonché, con uguale intransigenza e rigore, su quelle pubbliche. Ciò non si può fare non per cattiva volontà, ma perché esiste un ingorgo legislativo che qualcuno deve sciogliere e forse questa Commissione è la più idonea a proporre lo scioglimento di tale nodo.

Le aziende sanitarie nel nostro Paese sono, allo stesso tempo, soggetti pianificatori di programmi sanitari, erogatori di prestazioni sanitarie, controllori e insieme controllati, nonché pagatori di se stesse e dei propri concorrenti. È un ingorgo legislativo di funzioni che non serve ad alcuno e che evidentemente non funziona; esso provoca non solo una distorsione della libera concorrenza, che deve esistere anche in un mercato necessariamente regolato come la sanità, non foss'altro a beneficio della libera scelta del cittadino, ma anche dal punto di vista finanziario, perché il controllore non può controllare se stesso, evidentemente.

Questi semplici principi — lotta agli sprechi, trasparenza dei bilanci e controlli affidati a un ente terzo — possono essere attuati anche a sistema invariato, senza modifiche legislative di rilievo. Bastano pochi accorgimenti — non voglio usare il termine «interpretativi», che in questo momento forse non è di felice appropriatezza — e, a sistema invariato, sarebbe possibile mettere a punto un testo che possa disciplinare efficacemente questi tre ambiti relevantissimi nella gestione del servizio sanitario.

Voglio citare soltanto alcuni dati, che volontariamente non ho citato nella mia audizione calabrese, ma che è utile menzionare qui, in sede nazionale, perché sono la spia di quanto sto affermando. Quando sostengo che esiste un differenziale tra il valore della produzione e il costo effettivo di un ospedale pubblico, mi

riferisco non tanto a un'idea di differenziale necessario — perché ci sono numerosi valori che pure devono essere pagati e che non sono nei bilanci degli ospedali — ma a casi come i cinque ospedali della Piana di Gioia Tauro, che producono (secondo fonti ufficiali e dati che promanano dagli stessi ospedali, non secondo l'AIOP) prestazioni per 23 milioni 672 mila 578 euro, comprese le funzioni non tariffabili, però costano al prelievo fiscale dei cittadini italiani, e non solo calabresi, 73 milioni 652 mila 502 euro, di cui soltanto 52 milioni, quindi quasi il triplo delle prestazioni, sono relativi al costo del personale. C'è un problema non solo finanziario, ma anche di efficienza organizzativa, sul quale la politica deve intervenire.

L'ospedale di Scilla — ne cito un altro — produce 12 milioni di prestazioni, comprese le funzioni non tariffabili, ma costa al cittadino 36 milioni 217 mila e il piccolo ospedale di Acri produce 7 milioni e ne costa 27. Sono dati pubblicati per il 2008 in un rapporto che viene dalla Calabria e in cui, con dovizia di particolari, sono indicati, disassemblati, i costi del personale e delle forniture. Siamo di fronte a un disavanzo complessivo della Calabria per costi impropri o sprechi di 668 milioni di euro all'anno. Mi riferisco al differenziale tra il valore della produzione degli ospedali pubblici e il loro costo.

A fronte di questo, le case di cura private, che in Calabria sono in numero rilevante, anche come numero di prestazioni erogate, hanno un valore di produzione di 225 milioni di euro all'anno e sono costate alla regione, nel 2008, 201 milioni, con un taglio di 24 milioni di euro. Sia ben chiaro che sono costi esposti, che necessitano di controlli, i quali vengono effettuati e devono essere intensificati. Noi pretendiamo che siano intensificati con la massima intransigenza, ma i dati sono questi. Le case di cura private hanno dunque un costo inferiore alla produzione, mentre gli ospedali pubblici hanno un costo superiore per 668 milioni di euro.

Le tre problematiche che ho citato si sposano — concludo con questa osserva-

zione e cedo la parola al professor Pelisero per quanto riguarda le questioni delle negoziazioni, dei DRG e delle tariffe – nel momento in cui le regioni sottoposte al piano di rientro presentano una forte riduzione e un forte abbattimento soltanto per quanto riguarda la parte dell'ospedalità privata. Credo che l'onorevole Laganà Fortugno conosca bene il piano di rientro della sua regione, che è anche la mia, che presenta un fortissimo abbattimento. È un fatto quasi di morale politica: si tratta di un abbattimento del 40 per cento del prodotto del comparto privato, che passerebbe da 256 milioni di euro del 2009 a 208 del 2010, includendo la Fondazione Campanella, che molti di voi avranno visto con disgusto nella trasmissione *Report* di Milena Gabanelli: una sinecura calabrese che dovrebbe produrre ricerca in campo oncologico e che un sedicente amministratore presentava come possessore di topi. Non si capiva bene che tipo di topi fossero e a quale scopo la Fondazione li possedesse, ma questo era l'unico argomento portato da tale sedicente amministratore della Fondazione Campanella, che oggi è stata inclusa nel piano di rientro senza un solo euro di abbattimento e costa alla regione Calabria 40 milioni di euro inseriti nella colonna 3, pagina 12 del piano di rientro allegato alla delibera di approvazione della regione.

Questo è lo stato dell'arte per quanto riguarda lo spreco e il disavanzo di cui questa Commissione si deve occupare. La regione Calabria è la spia di un disavanzo e di uno spreco generalizzati in tutta Italia, ma che purtroppo presenta in questa regione una punta di immorale rilievo. Se volessimo approfondire – e magari dobbiamo farlo – rileveremmo che tali situazioni avvengono anche nel Lazio o altrove, forse anche con alcune punte di maggiore virulenza.

Mi fermerei a questo punto, depositando il rapporto con i numeri assoluti, e non con le statistiche, della Calabria; si tratta di numeri veri, che provengono dalle aziende ospedaliere. Il rapporto, che avete già, riguarda tutte le regioni, con un *focus*, quest'anno, su quattro di esse. Nell'anno

2010 presenteremo il rapporto su tutte le regioni, acquisendo i dati veri delle aziende ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta di tutte le aziende d'Italia per illustrare e far emergere la percentuale di spreco.

Le segnalazioni che sottoponiamo a questa Commissione riguardano i principi che auspichiamo, ossia la lotta agli sprechi, la trasparenza, la terzietà e l'intransigenza dei controlli, sui quali vorrei richiamare una particolare attenzione della Commissione.

PRESIDENTE. La ringrazio, presidente. Le sue osservazioni sono esattamente in linea con le intenzioni di questa Commissione, che aspirerebbe ad elaborare, nel corso di questa legislatura, una sorta di proposta normativa approvata da tutti i gruppi parlamentari, che faccia tesoro di quanto abbiamo raccolto nel corso delle nostre audizioni, delle nostre missioni e della nostra attività, con l'ambizione, se ci riuscissimo, di presentarla come contributo al miglioramento e frutto dell'esperienza maturata.

Svolgiamo, inoltre, un'attività di inchiesta che consideriamo avere un senso non se colpisce il responsabile, ma se impedisce che si ripeta l'errore. Non siamo concorrenti della magistratura: vogliamo certamente contribuire a sostenerne i lavori, ma riteniamo che ognuno debba fare la propria parte. Per la magistratura è importante colpire il responsabile di un errore, per noi è importante che esso non si ripeta. Conta, dunque, non tanto il chi, quanto il perché.

I tre punti che lei ha esposto, in realtà, si assommano in uno solo: un sistema e una qualità di controlli adeguati. Essi presuppongono evidentemente una trasparenza, altrimenti non si può controllare, e producono come effetto una riduzione degli sprechi.

ENZO PAOLINI, Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). Con grandissima attenzione e compiacimento prendiamo atto delle sue osservazioni. Sin da domani potremmo tra-

sferire alla Commissione anche una nostra modesta proposta, che abbiamo già elaborato, con tre o quattro punti di intervento sul decreto legislativo n. 502, che potrebbero portare a un chiarimento e a un miglioramento.

PRESIDENTE. La nostra idea non è di presentare un disegno di riforma sanitaria, ma di aggiustare alcuni ingranaggi che, a volte, sono molto più importanti di qualunque grande riforma, che poi naufraga su un ingranaggio o un passaggio che non funziona.

Peraltro, il materiale che riguarda la Calabria per noi è molto importante, perché è la prima regione in riferimento alla quale elaboreremo una relazione da presentare al Parlamento. Abbiamo sentito la settimana scorsa il direttore generale Guerzoni e il vicedirettore Bonura e disponiamo di tutto il materiale. Occorre intrecciare i dati che lei ci ha fornito con quelli che abbiamo già acquisito.

Professor Pelissero, ci spieghi perché il privato è più libero e, quindi, può funzionare meglio, mentre il pubblico è più appesantito.

GABRIELE PELISSERO, Vicepresidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). Presidente, come si diceva una volta, questa è una domanda da 100 milioni.

Mi permetto, per poter rispondere alla sua domanda e ad alcune osservazioni molto puntuali che lei ha posto in premessa, di svolgere una brevissima precisazione complessiva, senza la quale, a mio giudizio, è impossibile comprendere il sistema sanitario italiano.

Un po' provocatoriamente, vado dicendo e scrivendo da alcuni anni che in Italia non esiste un servizio sanitario nazionale, poiché una vicenda trentennale ha portato indubbiamente alla costituzione di un sistema talmente incentrato sull'autonomia regionale, che, per comprenderlo, abbiamo l'assoluta necessità di studiare comparativamente ventuno sistemi diversi. Non è veramente possibile compiere alcun confronto senza entrare nel merito e nel

dettaglio di queste differenze. Sono ventuno perché le due province autonome di Trento e di Bolzano, pur trovandosi nella stessa regione, legiferano da trent'anni in materia organizzativa e gestionale in modo indipendente, anzi, con differenze piuttosto significative.

Vi fornisco però un dato, che forse può essere utile: ho pubblicato a dicembre, in un rapporto che annualmente stilo sulla sanità della Lombardia, estendendolo però al sistema sanitario italiano, un sistema di misurazione delle *performance* dei sistemi sanitari delle ventuno regioni e province autonome italiane. Vi comunico solo che la differenza qualitativa, esaminata con un sistema ponderato che utilizza i dati disponibili, che sono pochissimi, è di fattore 3. La regione più performante assume un punteggio 22, la meno performante un punteggio 8. Tale dato, che può essere criticato, come ogni studio scientifico, se non altro, a mio giudizio, ha il pregio di dimostrare la corrispondenza al vero della mia affermazione. Ci troviamo di fronte a ventuno soggetti e non è possibile non tenerlo presente.

Il secondo punto riguarda il tema di questa sera, ossia il pubblico e il privato. Come ha accennato prima l'avvocato Paolini, nostro presidente nazionale, il privato nelle diverse regioni italiane è molto variabile dall'una all'altra ed è esattamente il prodotto dell'indirizzo politico adottato da ciascuna di esse.

Ciò significa che nel giudicare la qualità, il tipo di attività e il contributo del privato al sistema sanitario in ciascuna regione italiana, non possiamo che tenere presente la premessa: ci troviamo in un sistema completamente governato, nel quale la programmazione regionale è totalmente sovrana, i sistemi tariffari di controllo sono gestiti dai governi regionali e, di conseguenza, la possibilità di accedere all'esercizio di una funzione pubblica da parte di un operatore privato è direttamente condizionata alla volontà e agli indirizzi programmatici della regione.

Questo dato è particolarmente vistoso proprio nell'esempio che il presidente presentava all'inizio della seduta. È vero che

il privato nel sistema sanitario italiano non compie determinate attività perché non sono conformi o confacenti alla sua natura? Vi leggo un dato: in Lombardia, una regione che ha costruito più di tutte il proprio sistema sanitario sul concetto della parità pubblico/privato, l'attività di urgenza ed emergenza è assicurata, nell'anno 2008, dal 97 per cento delle istituzioni ospedaliere di diritto pubblico e dall'85,3 per cento di quelle di diritto privato: c'è una totale sovrapposizione. Circa 80 aziende ospedaliere di diritto privato della Lombardia sono inserite completamente nel sistema dell'emergenza regionale del 118, dei posti di pronto soccorso, dei dipartimenti di urgenza/emergenza e dei dipartimenti di urgenza/emergenza ad alta complessità.

Cito solo un caso, perché è emblematico, ma ce ne possono essere tanti: se nell'area metropolitana di Milano, sfortunatamente, un cittadino va incontro a una rottura dell'aorta toracica, cioè a uno degli eventi più clamorosi e drammatici, nonché più complessi che possano capitare nell'urgenza/emergenza, la probabilità di essere curato nella fase di trasporto è al 50 per cento all'interno di strutture di tipo privato, che in questo momento sono operative e in grado di affrontare un paziente di drammatica complessità e di risolverne il caso in un modo eccellente.

La percentuale di posti letto di terapia intensiva e rianimazione sul totale dei posti letto per acuti negli ospedali di diritto pubblico della Lombardia è del 2,65 per cento, in quelli di diritto privato del 2,91 per cento. Come vedete, è un dato leggermente superiore, che dimostra come sia perfettamente compatibile con la natura dell'azienda ospedaliera di diritto privato svolgere l'intera complessità dei servizi. Dipende certamente dall'ordinamento regionale, cioè da ciò che la regione nella sua programmazione chiede, pretende e controlla; è, quindi, un fatto — se mi permettete — non genetico, ma ambientale.

Questo elemento è importante, perché ci consente anche di capire i diversi posizionamenti del privato nelle differenti

regioni, ma soprattutto quanto ciascuna regione, nell'ambito della propria programmazione sanitaria, intende utilizzare questo strumento per aumentare l'efficacia e l'efficienza. Spenderò alla fine una parola su questo punto.

Non vorrei trascurare alcune considerazioni molto importanti che il presidente ha posto all'inizio. Accenno, dunque, al problema della negoziazione, dei DRG e dei casi che creano clamore sociale.

Per quanto riguarda il primo punto, è fuor di dubbio che la negoziazione di soggetti che si candidano a erogare un servizio pubblico essendo di natura privata è un elemento di estrema delicatezza. La nostra posizione associativa è stata costantemente quella di assumere l'associazione di categoria come componente determinante nei momenti di negoziazione per assicurare equità e trasparenza di comportamento. Credo che questo elemento e questa proposta potrebbero aggiungersi a quelli che l'avvocato Paolini ha già accennato prima. Certamente la negoziazione presenta alcuni vincoli, in quanto istituire un'azienda ospedaliera di diritto privato non è un atto che si possa ripetere all'infinito o modificare facilmente; peraltro, comporta vincoli anche sociali importanti: pensiamo solo all'aspetto occupazionale e all'indotto sul territorio. È vero però che desideriamo moltissimo che il rapporto fra la rete delle aziende di diritto privato e il governo regionale o le sue emanazioni sia portato al massimo livello di trasparenza.

Nella mia regione, ad esempio, l'associazione di categoria negozia con la regione i criteri, gli elementi, i valori complessivi, le regole nell'utilizzare la negoziazione con le aziende. Il negoziato con le singole aziende non è altro che la trasposizione in un contratto di un negoziato regionale. Questo elemento, a nostro giudizio e nella nostra esperienza, è la soluzione migliore per portare alla massima possibile trasparenza una situazione di questo genere. Ciò è nel nostro primario interesse, poiché mantenere un rapporto corretto tra le proprie aziende associate è uno dei primi doveri di un'associazione di categoria.

Per quanto riguarda quello dei DRG, si tratta di un problema complicatissimo, sul quale però facciamo sempre una precisazione: esso, a nostro giudizio, deve essere fortemente ripreso nei confronti dell'intero complesso delle attività ospedaliere erogate, non soltanto nei confronti del privato.

L'idea originaria del decreto legislativo n. 502 del 1992, poi modificato dal n. 517 nell'anno successivo, aveva una coerenza di disegno programmatico — a mio giudizio, ma è un'opinione internazionale e non solo mia — estremamente interessante, perché, affermando il principio che tutte le istituzioni ospedaliere pubbliche e private dovessero ricevere un finanziamento per la loro attività e non per i loro disavanzi, utilizzava l'unico metodo conosciuto al mondo, quello del pagamento a prestazione, per introdurre questo elemento di efficientamento, nonché, se ben usato, di moralizzazione della rete ospedaliera.

La deriva assunta dalla sanità e praticamente da tutte le regioni italiane dal lontano 1992 è andata, purtroppo, divaricandosi, nel senso che i governi regionali — non c'è stato un grande intervento dello Stato in questo senso, neanche in termini di coordinamento — hanno progressivamente attuato sempre di più l'applicazione del sistema DRG, ossia del pagamento a prestazione, nei confronti del privato e sempre meno nei confronti delle aziende pubbliche, le quali sono virtualmente finanziate a prestazione. Tale virtuale pagamento a prestazione è sistematicamente integrato da un ripianamento a piè di lista, che avviene in un clima opaco — perché non c'è trasparenza dei bilanci — che dà perfettamente ragione dell'esito pubblicato sui libri. Proprio l'altro giorno, rivedevo il rapporto OASI 2009 del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi, che stimava in 32 miliardi il *deficit* accumulato. Sicuramente la Commissione lo conosce e avrà dati anche più precisi rispetto a quelli che possiamo avere noi.

L'aver abbandonato il sistema del pagamento a prestazione per le aziende

ospedaliere pubbliche e per gli ospedali di diritto pubblico è sicuramente una delle primarie cause dell'attuale situazione. I DRG che vengono usati nei confronti del privato sono ormai stabiliti da ciascuna regione con assoluta indipendenza: anche su questo punto si potrebbe riflettere. Certamente esiste un problema, rappresentato dai DRG ad alto rischio di inappropriatazza, i quali costituiscono un problema prima di tutto per i governi regionali, perché impongono un'azione di controllo che forse non sempre essi svolgono in modo adeguato. Dal nostro osservatorio fatichiamo a leggere questo percorso. In alcune regioni, però, la rete di controllo è molto attiva. Inoltre, essi costituiscono un problema complesso all'interno delle stesse aziende ospedaliere di diritto privato, perché la lotta contro l'inappropriatazza è calata in una quotidianità dove spesso il comportamento del singolo medico è incline, non di rado anche per ragioni umanitarie, a essere meno severo nei confronti del comportamento da adottare.

Presento un caso emblematico e ricorrente: mi trovo di fronte un paziente che ha una patologia, per esempio un problema al ginocchio. Un livello di appropriatezza adeguato mi indurrebbe a trattare questo paziente con un ricovero in *day hospital*. È una persona anziana, che arriva accompagnata dal figlio o dalla figlia, abita a 400 chilometri dal mio ospedale e mi viene richiesto di farvelo dormire il giorno prima, perché non si può pretendere che una persona si alzi alle cinque del mattino per andare a farsi operare al ginocchio e magari anche la sera dopo l'intervento, perché il paziente e i suoi familiari sono molto più tranquilli se rimane dentro l'ambiente protetto ospedaliero. Siamo di fronte a un'inappropriatazza, che può essere sanzionata dal sistema di controllo della regione e può anche interessare la magistratura.

Credo, quindi, che il vero sforzo che tutti insieme dobbiamo compiere è uscire da questo problema, da questa contraddizione interna al sistema. La soluzione alla quale abbiamo lavorato, per esempio, in

Lombardia — sono presidente dell'AIOP Lombardia e ho seguito la vicenda in tutti questi anni — e che consigliamo caldissimamente è quella di identificare rapidamente tutti i DRG a elevata inappropriata e individuare meccanismi di tariffazione unica, indipendente dal tipo di trattamento erogato. In questo modo, se è possibile — è lo è — raggiungere un equilibrio economico ragionevole, che consenta a un ospedale onesto di effettuare la prestazione senza intaccare il proprio patrimonio (sarebbe veramente assurdo) e senza danneggiare il trattamento di altri pazienti — prendendo da ciò che viene dato per gli altri — libereremmo il medico e i suoi collaboratori dal problema morale, dall'angoscia o anche solo dalla difficoltà di dare una risposta severa a un bisogno che, visto sulla carta, può portare a inappropriata, ma nella dinamica quotidiana, di fronte a un malato, come credo che tutti possiamo capire, genera un problema serio.

La strada dell'utilizzo dei tariffari e della manovra continua per adeguarli, da un lato, alla giusta richiesta di efficienza, ma anche, dall'altro, alla comprensione dei fenomeni sociali che circolano intorno alla sanità, potrebbe essere un criterio fortemente raccomandato. Conosciamo il problema dei DRG ad alto grado di inappropriata: è possibile uscirne escludendoli con un meccanismo di tariffazione unica. Noi stiamo sperimentando questo percorso e devo dire che, con un po' di fatica, può risolvere i problemi.

Il presidente osservava giustamente che quello che capita di negativo nel privato suscita un grande clamore sociale, superiore a quello che si verifica nel pubblico. Ciò è vero e sacrosanto. Svolgo una considerazione: da un lato, questo dovrebbe indurre ad aumentare il privato, perché il controllo sociale, l'attenzione, la tendenza da parte del controllore pubblico a essere severo è sicuramente un vantaggio. Poi, naturalmente, esistono le esagerazioni mediche, ma si tratta di un problema culturale che non credo possa essere trattato in una sede parlamentare. Voglio solo ricordare, anche un po' provocatoria-

mente, perché è necessario chinarsi su questi aspetti, la famosa « clinica dell'orrore » milanese, iperpropagandata a livello mediatico. Riflettendo freddamente su questa vicenda, sono arrivato a un'affermazione, per quel poco che si può apprendere leggendo i giornali, naturalmente, perché è in corso un processo e dobbiamo aspettarne l'evoluzione con l'assoluta fiducia che ci consegni la verità. Teniamo presente però che la cosiddetta clinica dell'orrore rappresenta lo 0,82 per cento della rete ospedaliera della Lombardia e questo ne colloca la dimensione. Ciò che sappiamo dai giornali è che le contestazioni effettuate, se quanto siamo riusciti a ricostruire dal processo è vero, riguardano alcune decine di casi, che sono oggetto di un'azione molto severa da parte della magistratura. Nell'anno 2005, uno dei tre a cui si riferisce la vicenda giudiziaria, l'ex clinica dell'orrore ricoverava 14 mila pazienti all'anno. Di questi, la contestazione riguarda l'opera di un medico che ne aveva trattati alcune decine. Credo che il vero problema culturale e di prospettiva sia distinguere il giudizio complessivo sull'organizzazione e sull'istituzione da quello sul singolo professionista, che certamente nella storia passata, presente e temo anche futura, qua e là potrà portarci alcuni problemi. Su questo non posso che ricordare che si tratta veramente di un caso di responsabilità del professionista e non del sistema. È importante mantenere quest'ottica, perché si tratta di un fatto oggettivo che dobbiamo tenere bene in considerazione.

Non so se sto impiegando troppo tempo, ma devo svolgere ancora due considerazioni. Il presidente ha sollevato anche un altro problema molto interessante e importante sull'individuazione dei dirigenti e degli amministratori e sui diversi comportamenti del privato e del pubblico. Credo che ciò tocchi un tema anch'esso di grandissima rilevanza.

È fuor di dubbio che un'azienda ospedaliera di diritto privato, sia essa una società per azioni o una fondazione, sia un soggetto che opera al di fuori di « paracadute » finanziari e istituzionali. Se non

riesce a raggiungere equilibrio ed efficienza, chiude. Sulla parola « chiude » bisogna capirsi, perché non è detto che chiuda, ma certamente la proprietà viene meno e ciò rappresenta la più grave penalizzazione che ci possa essere. Ci sono esempi di aziende ospedaliere di diritto privato che, o perché non sono state capaci di lavorare bene, o perché non hanno raggiunto efficienza, o perché si sono comportate male, a un certo punto hanno subito la più severa delle punizioni, ossia la perdita della proprietà.

A mio giudizio, questo fatto è il più formidabile incentivo a scegliere *manager* adeguati. Se ho la responsabilità della proprietà di un ospedale — posso essere un azionista, un ordine religioso, il responsabile di una fondazione — senza dubbio è mio assoluto dovere e interesse far sì che esso sia condotto nel miglior modo possibile; se sono buono, perché sono buono, ma se per caso non lo fossi, perché comunque ho il mio interesse. Adam Smith ha ricordato che non è la benevolenza del fornaio a procurarci il pane, ma il suo interesse: è una citazione nota perfino a mia figlia, che ha quattordici anni e frequenta la quarta ginnasio.

Questo è un elemento sul quale bisognerebbe riflettere profondamente anche nell'ambito pubblico, nel quale la proprietà, senza che si ponga la minima discussione, è rappresentata dai governi regionali. Non possiamo nasconderci dietro un dito quando rileviamo che la proprietà delle aziende ospedaliere di diritto pubblico e degli ospedali presenti nelle aziende sanitarie locali è collocata dentro l'organismo del governo regionale. Il problema, dunque, è trovare il meccanismo ottimale di snodo nella volontà che si manifesta in una proprietà per realizzare il massimo livello di efficienza della propria azienda. Questo è un tema sul quale possiamo esercitarci a lungo. Non voglio certamente venire qui ad avanzare proposte e mi rendo conto che forse è il tema più delicato di tutti, però dobbiamo svolgere due considerazioni.

La prima è che senza un sistema reale di premi e di castighi non funziona mai

bene niente. Questo è il primissimo problema su cui ci dobbiamo interrogare. Premi e castighi, dunque, debbono essere individuati e resi sufficientemente operanti. Qual è il castigo per l'amministratore di una nostra azienda ospedaliera, che non è in grado di raggiungere gli obiettivi di qualità e di efficienza? L'immediata rimozione.

Nella storia della sanità pubblica italiana vi sono vicende di immediata rimozione dei direttori generali di aziende sanitarie o ospedaliere? Non saprei dare una risposta. Questa Commissione può sicuramente molto più di me raggiungere una conoscenza di questo aspetto. Emerge un problema per cui, per non venire qui a incomodare questa Commissione e raccontare storie, dobbiamo mettere il dito su questo punto; altrimenti, credo che tra cinquant'anni — auguro a tutti di esserci — ci ritroveremo qui a svolgere più o meno le stesse considerazioni.

Noi siamo un po' estremisti da un certo punto di vista e abbiamo sempre pensato che il sistema misto pubblico/privato in Europa sia un buon sistema, perché corrisponde a una tradizione del continente, e non solo italiana, dove per un secolo intero la presenza pubblica, anche come gestore, è stata molto importante, anche se si va riducendo in molti Paesi dell'Unione: in Germania il processo è molto avviato, in Francia è molto significativo, in Gran Bretagna ha trovato una soluzione particolare, nei Paesi Bassi si è avuta l'uscita definitiva della gestione pubblica dei sistemi sanitari. Anche se si manifesta questa deriva europea, che continueremo a vedere e che andrà avanti per conto suo, l'esistenza di un sistema misto è un concetto che dobbiamo accettare e valorizzare per la sua qualità. Un sistema misto, però, per funzionare bene deve avere una parità di regole, soprattutto, a nostro avviso, nel meccanismo della *governance*.

Come possiamo immaginare un sistema che premi, perché deve farlo, l'amministratore di un'azienda ospedaliera pubblica che lavora molto bene? Secondo me, oggi, questa figura è nettamente sottopagata rispetto al valore economico della

produzione che amministra. Effettuando una comparazione con aziende private corrispondenti, siamo completamente fuori dal mercato. Contemporaneamente, però, ci piacerebbe che, se un'azienda ospedaliera di diritto pubblico per tre annualità successive portasse i propri bilanci in passivo, cambiasse proprietà, almeno per un determinato periodo di tempo, e venisse data in gestione a un altro operatore.

È un concetto un po' rivoluzionario, me ne rendo conto, ma mi pare che segua un criterio logico e che potrebbe rappresentare una contaminazione positiva fra pubblico e privato. Sono assolutamente certo che, se tale pericolo incombesse, avremmo gestioni del pubblico molto diverse. Non ritengo, infatti, che ci sia una qualità personale degli amministratori pubblici diversa da quella degli amministratori privati: ne conosco moltissimi e so che sono persone di grande valore. È il meccanismo che non li premia, né li castiga. Interpreto sempre il castigo come una potenzialità: siamo medici di prevenzione e preferiamo prevenire.

Esiste, dunque, un vantaggio nell'avere un privato nei sistemi sanitari regionali? Sicuramente sì, prima di tutto perché la sua presenza costituisce un *benchmark* e questo dato, nelle regioni che hanno avuto il coraggio di promuovere l'esistenza di un privato, seppur minoritario, paritetico qualitativamente rispetto al pubblico, ha consentito di avere vantaggi di efficienza ed efficacia nella rete pubblica.

Ho ben presente l'esperienza della Lombardia: credetemi, non sono qui a fare campanilismo regionale, ma mi baso sui dati. La Lombardia è l'unica regione che ha intrapreso oggi in Italia questo percorso, l'unica che possiamo studiare, ma se andiamo all'estero osserviamo sempre lo stesso concetto. La presenza di una quota di privato rende più attrattivo il sistema regionale, soprattutto se il privato è di qualità. A mio giudizio, questa è la vera carta che possono giocare quelle regioni italiane che oggi hanno la tendenza a perdere pazienti nei confronti di altre.

Il terzo elemento è che la presenza di un privato che garantisce gli stessi servizi del pubblico porta a un risparmio economico significativo. Abbiamo stimato, un po' approssimativamente, il vantaggio nei confronti della funzione ospedaliera in un risparmio, per quanto riguarda il totale delle prestazioni erogate dal privato, misurabile prudentemente fra un 20 e un 50 per cento. Ciò significa che, in un'ipotesi oggi irrealistica, se l'intero sistema ospedaliero del Paese fosse gestito da operatori di tipo privato — cosa impossibile — per un costo complessivo di sistema che si aggira intorno ai 108 miliardi, che corrisponde grosso modo alla spesa pubblica aggiornata, calcolando il 50 per cento dell'ospedaliera e della correlata specialistica, il risparmio si aggirerebbe fra i 10 e i 25 miliardi, a parità di prestazioni erogate.

Ho eseguito i conti da medico e posso averli anche sbagliati, ma credo che siano abbastanza corretti, perché se si calcola un 20-50 per cento su una spesa ospedaliera di 50 miliardi all'anno, il risparmio si aggira tra i 10 e i 25 miliardi. Naturalmente, ho premesso subito che questa oggi, qualunque sia il punto di vista del Governo, del Parlamento, dell'imprenditorialità sanitaria, è una pura utopia, perché non ci sarebbero le risorse, ma è certamente un percorso possibile che, a nostro avviso, rappresenta forse uno dei contributi più importanti che la nostra esperienza associativa e le aziende che sono con noi associate stanno recando alla sanità di questo Paese.

PRESIDENTE. Grazie, professore. La sua esposizione è oggetto della nostra attenzione. Mi permetto soltanto di fare tre sottolineature.

In primo luogo, mi sembra di grande interesse rispetto alla giungla dei DRG l'idea della tariffazione unica come punto di equilibrio economico per un'appropriatezza sostanziale rispetto agli abusi di un'appropriatezza formale. È chiaro che su questo aspetto, se ci dovessero essere eventuali indicazioni concrete, ciò può essere utile per la Commissione per avanzare e formulare proposte. Lei ha

svolto un'analisi che mi sembra assolutamente affascinante, ma non ho capito se è macroeconomica o microeconomica.

GABRIELE PELISSERO, *Vicepresidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Arriva anche alla microeconomia.

PRESIDENTE. È evidente che, se facciamo riferimento ai costi complessivi di una regione o di un'area metropolitana, la tariffazione unica realizza sicuramente un punto di equilibrio.

GABRIELE PELISSERO, *Vicepresidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Va collegata alla microeconomia.

PRESIDENTE. La seconda osservazione riguarda i casi che suscitano clamore. Credo che, da questo punto di vista, per la crescita della credibilità e della fiducia nel vostro sistema, una vostra parola di censura quando ciò accade aiuti sicuramente, perché non si tratta di pubblico contro privato, ma di pubblico e privato contro gli sprechi e gli abusi di tutti.

ENZO PAOLINI, *Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. La clinica Santa Rita è stata immediatamente esclusa dall'associazione.

PRESIDENTE. È una notizia che non posso che accogliere con apprezzamento.

GABRIELE PELISSERO, *Vicepresidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Stiamo elaborando, proprio in questi giorni, un codice.

PRESIDENTE. Ci sto arrivando, è il terzo punto. Abbiamo una sofferenza vera: nel pubblico il premio è un favore e la punizione è solo il reato. È un dramma. Nel privato il premio è una ricompensa e la punizione non è necessariamente un reato.

Come conseguenza, nel pubblico compiamo una distinzione: il personale pro-

fessionale sanitario risponderà se uccide e il *manager* risponderà se ruba, ma tra l'omicidio e il furto c'è in mezzo qualcos'altro, che riguarda il funzionamento del sistema. La mancanza di un codice etico è il dramma di questo Paese, ma questo non riguarda solo la sanità. È possibile che si debba aspettare l'intervento di un magistrato per sapere se una persona vada premiata o sanzionata? Vorrei rivendicare il diritto di premiare un condannato e di punire un assolto, perché le categorie sono diverse; questo però presuppone che ci sia un patto etico. Mentre la legge è universale e discende dalla volontà popolare e mentre la morale è individuale e ognuno la lega a ciò che vuole — la fede, una convinzione filosofica o la tradizione familiare — l'etica o è convenzionale o non è.

Quello che manca, in Italia, nel pubblico, è la convinzione etica; tutti aspettano il magistrato per decidere se qualcuno si è comportato bene o male. Le indicazioni etiche che eventualmente potrete fornirci possono diventare criterio di riferimento anche per quanto riguarda la sanzione dei *manager*.

Il mio sogno, molto rozzo, è di vedere, sempre nell'ambito del reato, ogni tanto un direttore generale imputato per un errore sanitario. Il giorno in cui un direttore generale dovesse essere imputato per un errore professionale, forse si comincerà a cogliere una denuncia dei sistemi e una nuova dimensione per la quale i reati sono differenziati. Vorrei, però, non arrivare al reato per liberarmi di un direttore generale. Lei sa meglio di me che in alcune regioni sono i presidenti di regione a scegliere i direttori generali e in altre sono i direttori generali a scegliere i presidenti di regione. So che quando faccio questa affermazione corro sempre il rischio di trovare un medico o un direttore generale che protesta.

FRANCO BONANNO, *Direttore generale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Lei è stato molto lucido nella sua iniziale carrellata, mettendo l'accento sui punti di criticità e ponendoci alcuni in-

terrogativi su pubblico e privato. Poi c'è stato l'ultimo passaggio, che vorrei capire meglio.

Lei sostiene che il privato viene pagato dal pubblico e che il pubblico viene pagato dal pubblico. Il privato, però, non viene pagato dal pubblico, perché il pubblico non paga il privato, ma la prestazione che il privato effettua; ciò è molto diverso, perché il privato non viene finanziato, ma gli viene pagata semplicemente la prestazione che eventualmente svolge. Non gli viene pagato il letto vuoto per pieno, ma semplicemente la prestazione, se viene effettuata.

PRESIDENTE. Facevo riferimento alla comunicazione. Il privato prende i soldi dal pubblico e il pubblico prende i soldi propri.

FRANCO BONANNO, Direttore generale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). Questo è ciò che succede. Vorrei anche ribadire quello che sosteneva il presidente Paolini, che ha portato molti esempi per quanto concerne la Calabria, fornendo dati molto importanti. Purtroppo in questi bilanci, come affermava, non c'è trasparenza; in genere è difficile poterli avere, ma per voi credo sia molto più facile perché, se chiedete all'AGENAS i bilanci e i conti economici degli ospedali e delle aziende sanitarie penso che ve li debba dare e li possiate avere.

Proprio stamattina mi sono procurato quattro conti economici: San Filippo, 2006, 102 milioni di euro di perdite; Sant'Andrea, 2006, 78 milioni di perdite; San Giovanni, 99 milioni di euro di perdite; San Camillo, 160 milioni di euro di perdite. Tali perdite nel conto economico sono tra il valore e il costo della produzione.

In questa Commissione, si indagano anche i disavanzi e le cause dei disavanzi sanitari regionali. Se già prendiamo il Lazio — ho considerato quattro ospedali a caso, ma ci sono molte più aziende — se facciamo la somma di questi conti economici, che mi permetto di consegnare, la situazione è evidente.

Vorrei ribadire le parole del presidente Paolini, tenendo presenti questi dati. Proprio stamattina volevo portare alla presidenza e a lei, onorevole, tali dati, che non sono facili da avere.

È molto interessante anche quanto affermava Pelissero: dopo tre bilanci così, o si manda via il direttore o si prendono altre iniziative. Si faccia consegnare i bilanci del 2007-2008 dall'AGENAS e vedrà che sono peggiori di questi. Mi sembra molto interessante anche per capire. Inoltre, si pone la questione del famoso DRG, che, purtroppo, con la nuova legge n. 229, è solo un indicatore di spesa per il pubblico e non corrisponde più al pagamento della prestazione.

PRESIDENTE. La ringrazio. Abbiamo audito il vicepresidente della regione Lazio, Montino, e il professor Guzzanti. Abbiamo acquisito i dati e stiamo approfondendo questi aspetti.

Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

CARMINE SANTO PATARINO. Sono perfettamente d'accordo su quasi tutto quanto riferito dal presidente, dal vicepresidente e dal direttore generale, che ringrazio per la puntualità, la precisione e la chiarezza dell'esposizione.

Non c'è dubbio che la sanità privata funzioni meglio di quella pubblica: lo sanno tutti. Abbiamo fatto nascere questa Commissione proprio perché sappiamo soprattutto che la sanità pubblica non funziona, che ci sono sprechi ed errori e che era necessario che intervenisse la Camera, così come fa il Senato, con un organismo apposito.

Se si compiono paralleli, la sanità pubblica, rispetto a quella privata, ne viene fuori con le ossa rotte, ma è altrettanto vero che, anche se ci sono casi in cui la sanità privata funziona molto meglio di quella pubblica, ce ne sono altri in cui la sanità pubblica funziona meglio di quella privata e altri ancora in cui la sanità privata funziona molto meno bene di quella pubblica.

Abbiamo sentito esempi illuminanti, chiari e molto esaustivi. Sono stati citati, però, soltanto, per quanto attiene alla cattiva sanità pubblica, l'esempio della Calabria e, per quanto riguarda l'ottima sanità privata, quello della Lombardia. Credo che vi sia una differenza enorme: dal punto di vista geografico, storico e culturale, sappiamo quali sono le differenze.

A noi piacerebbe, come sosteneva il presidente, conoscere i dettagli, soprattutto perché riteniamo di non avere la possibilità di osservare la sanità privata per svolgere i controlli. Ci stiamo dedicando essenzialmente ai controlli sulla sanità pubblica. Tuttavia, ci piacerebbe e sarebbe utile che voi ci veniste incontro, indicandoci anche i numerosi casi di sanità privata che non funzionano.

Avete elencato le strutture sanitarie pubbliche che non funzionano, ma questo è un lavoro che svolgiamo già, perché è il compito per il quale questa Commissione è stata istituita. Se vogliamo collaborare — a parte la richiesta che ha avanzato il presidente — e che condivido, di fornirci elementi che ci consentano di intervenire e di far meglio dal punto di vista legislativo — un contributo prezioso come quello che può venire da voi non può che migliorare anche la qualità della nostra produzione legislativa; saremmo, quindi, ben lieti di venire in possesso degli elementi cui facevate riferimento, ma abbiamo bisogno anche di altri elementi e che voi ci mettiate a disposizione i dati.

Se esiste una sanità di eccellenza, ce n'è anche una di sopravvivenza nella sanità privata; mi riferisco alle case di cura che nascono soltanto perché devono avere la convenzione pubblica, perché in questa maniera sopravvivono e, a volte anche in combutta con il pubblico, che non ha la possibilità di eseguire analisi o accertamenti, si fanno trasferire alcuni servizi. Dobbiamo tentare di spezzare questo sistema e insieme dobbiamo cercare, ognuno dando il proprio contributo all'altro, di migliorare la sanità. Ciò non è soltanto nell'interesse del pubblico o del privato, ma del cittadino.

ENZO PAOLINI, *Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Come abbiamo annunciato, stiamo andando in questa direzione e, peraltro, il nostro codice etico, che presenteremo a Palermo il prossimo giugno, terrà conto anche delle sue sollecitazioni.

Tuttavia, vorrei sottolineare che rifugio dalla tentazione di fare a casa mia quello che non vorrei fosse fatto a casa di altri, cioè il controllore di me stesso. Dobbiamo arrivare a concepire il Servizio sanitario nazionale come un servizio unico, nel quale ci sono erogatori pubblici e privati. La *governance*, come la chiamava il presidente Pelissero, a mio avviso deve essere dello Stato: lo Stato deve eseguire i controlli, sottoporre rigorosamente alla verifica dei requisiti tecnologici, organizzativi, strutturali e di qualità tutte le strutture pubbliche e private. Noi non solo siamo disponibili, ma interessati a far sì che ciò si verifichi.

Lei ci chiede un atto di ulteriore verifica a casa nostra. Noi lo effettuiamo, ma non voglio presentarmi come il controllore di me stesso. Lo facciamo volentieri, mettiamo a disposizione le nostre strutture e le nostre informazioni — non voglio usare il termine « epurare », perché, come diceva Nenni, « c'è sempre uno più puro che ti epura » — ma abbiamo effettuato anche al nostro interno alcune opere di verifica e di esclusione, come nel caso dell'Abruzzo. L'abbiamo fatto prima della magistratura e prima che avvenisse il « caso » Del Turco; l'abbiamo fatto in Lombardia e altrove, però, non è questo, mio avviso, quello che ci serve. A noi serve concepire il sistema sanitario pubblico come tale, cioè pubblico, con una *governance* pubblica ed erogatori sotto il controllo dello Stato.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Ringrazio per le relazioni chiare. Come giustamente osservavano i miei colleghi, sappiamo che la sanità privata funziona meglio di quella pubblica, soprattutto in Calabria.

Vorrei solo porre una domanda al presidente Paolini. Lei ha parlato del fatto che sentite la necessità che venga ripristi-

nato un controllo. Vorrei sapere se si riferiva, per esempio per la regione Calabria, a un servizio ispettivo dell'assessorato alla sanità, che è stato tolto da alcuni assessori di alcune legislatura fa. Eventualmente, vi sentireste tranquilli anche con il ripristino di tale servizio ispettivo? Che rapporto avete avuto, da quindici anni a questa parte, non con la singola persona, ma in genere con l'assessorato alla sanità nella regione Calabria? È una regione particolarmente difficile, in cui, se sbagliano i medici, la magistratura arriva dopo, ma spesso arrivano prima altri e fanno pagare in alcune zone alcune situazioni, senza distinguere se si tratta di medici che operano in strutture pubbliche o private.

Vorrei, inoltre, porre anche un'altra domanda per quanto riguarda i DRG. Ci sarebbe bisogno di una revisione o, comunque, di un miglioramento rispetto a quello prodotto dalla legge n. 529. Spesso l'errore nella struttura pubblica è dovuto anche — e forse questo avviene molto meno rispetto alla struttura privata — al ricovero improprio. Sapete benissimo che spesso da noi ci si può trovare nelle condizioni, laddove non siano disponibili posti letto in alcuni reparti, che ci si appoggi in altri e, quindi, già in partenza dal ricovero, dal foglio di ingresso del pronto soccorso, inizia la storia e il DRG parte già da lì. Non si tratta tanto di un uso improprio per mancanza di professionalità o di altro, ma di un problema del sistema, come avete ricordato prima, soprattutto nel pubblico, che porta a un uso distorto del DRG.

Io sono medico e vicedirettore sanitario e so che all'inizio, per far capire come dovevano essere impostati i DRG e le SDO, c'è stata un po' di confusione, anche perché la regione non ha provveduto a formare i medici, i quali dovevano andare fuori a proprie spese con grande dispendio.

Volevo svolgere solo questa osservazione. Conosco bene la professionalità e la serietà del dottor Paolini, che ho avuto modo di conoscere molto prima di questa sede.

Per quanto riguarda i direttori generali, quando si parlava di promozione, conosco la storia di un direttore generale calabrese di molti anni fa, degli anni Novanta, che è stato destituito proprio perché aveva iniziato la propria attività presso l'ASL di Catanzaro con un deficit di bilancio e l'aveva fatta tornare in attivo.

PRESIDENTE. La prossima settimana sarò con lui in un dibattito sulla sanità in Calabria.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Non credo che sia lui.

PRESIDENTE. Non è una persona con un cognome straniero?

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. No, non ha un cognome straniero.

PRESIDENTE. Pensavo a un altro caso.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Signor presidente, ho un rammarico e glielo devo esternare. Ancora una volta, davanti a un'interessantissima audizione di persone altamente professionali, ci troviamo a raccogliere osservazioni senza essere stati messi nelle condizioni di sapere di che cosa dobbiamo parlare. Sarebbe stato interessante leggere prima il loro rapporto annuale oppure quanto hanno portato ora e ci avrebbe messo nelle condizioni di poter affrontare in maniera più specifica gli argomenti trattati.

Il quadro che ne viene fuori è eccezionale in termini di positività per quanto riguarda la sanità privata. Non c'è paragone, perché, se loro possono permettersi, giustamente, di chiudere una struttura, di rimuovere un direttore generale, di parlare di organico in termini appropriati, tutto ciò, proprio per l'invadenza della politica — è inutile nascondercelo — non potrà mai il pubblico nella condizione di poter competere con il privato, a meno che non parliamo delle regioni virtuose, dove, comunque, una determinata responsabilità viene pretesa da chi gestisce la cosa pubblica e, nello specifico, la sanità.

Volevo porre alcune domande. Stando alla vostra esperienza — sarei, però, grato se avessi dati obiettivi — possiamo affermare che la sanità pubblica e privata, così come da voi auspicato, si integrano, oppure in molti casi c'è una sovrapposizione? C'è veramente, da parte della sanità privata, una compensazione rispetto a ciò che il pubblico non offre, oppure c'è una gara, che pone sicuramente il pubblico in condizione di svantaggio, data la vetustà degli edifici e l'impossibilità di poter gestire non in maniera autorevole, ma abbastanza dura (passatemi il termine) il personale?

Io vivo l'esperienza della Puglia. Non posso pensare che ci sia un esame di galateo a cui vengono sottoposti gli infermieri che lavorano in strutture private, però immagino che, al solo pensiero che ciò possa avvenire in una struttura pubblica, si scatenerebbe la terza guerra mondiale di sindacati e via elencando.

C'è, dunque, un'integrazione o una sovrapposizione? Abbiamo ascoltato la questione dei punti nascita, un mio chiodo fisso: non è possibile che si legga che in Lombardia o in altre regioni virtuose ci siano punti nascita per il 90-92 per cento appartenenti al pubblico, con integrazione di altri appartenenti al privato. Sono dati che abbiamo acquisito dal Ministero della salute. In Campania, invece, c'è quasi un'equiparazione tra punti nascita pubblici e privati o convenzionati. In Campania c'è, dunque, un'integrazione per un servizio che manca, oppure una competizione?

Confesso di essere perfettamente in sintonia con quanto da lei affermato: se la sanità fosse completamente privata, magari sottoposta a un serio e forte controllo da parte dello Stato, avremmo un risparmio davvero notevole, andando a effettuare i controlli che ci dicono se i costi del personale medico, paramedico e così via rispettano quelli organici, ritenuti indispensabili per l'erogazione ottimale di un servizio. Come vede lei determinate decisioni? Penso alla mia Puglia, dove è stata presa la decisione di internalizzazione di alcuni servizi. Si tratta di assorbire, con

assunzioni a tempo indeterminato, operatori che lavoravano in cooperative e offrivano servizi di pulizia, facchinaggio, trasporto di ammalati da un padiglione all'altro. Questo sta avvenendo in Puglia e credo che ne abbiate avuto sentore.

Personalmente, guardo con estrema diffidenza questi provvedimenti. Qual è la vostra opinione — vi chiediamo di formulare anche un giudizio —, su queste decisioni? Sicuramente, in un contesto ottimale del rapporto paziente-personale, potrebbero anche mirare a un risparmio generale, ma, nella maggioranza dei casi, laddove dovessero crearsi diverse offerte e prestazioni da un presidio ospedaliero all'altro, si rimarrebbe gravati da una spesa e da una somma da investire in servizi di cui non si vede più la necessità. Non credo che voi siate favorevoli a ciò, ma qual è il vostro punto di vista?

Alla fine, lei ha sostenuto che, a parità di prestazioni, il privato costa molto meno, con un risparmio annuo dal 20 al 50 per cento. A che cosa lo addebitate? Lo addebitate allo spreco che comunque continua a essere contestato dai sindacati e dagli stessi amministratori?

Lei, presidente Orlando, è venuto con me ed è stato artefice di una nostra visita al Policlinico di Bari, dove, a fronte di una denuncia di quattro direttori di clinica ostetrica sulla mancanza di personale, tanto da rendere la quotidianità dei diversi reparti al limite della tragedia, il direttore generale ha risposto che erano a disposizione 70 ostetriche e 50 medici e che non ci si poteva lamentare.

A fronte di queste continue lamentele di mancanza di organico e di altro, c'è, secondo voi, una disappropriata organizzazione anche in termini di utilizzo di risorse umane?

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Ho seguito attentamente l'esposizione dei rappresentanti nazionali dell'AIOP e anch'io convengo che non si debba tenere una posizione ideologica, perché ormai la sfida tra pubblico e privato deve essere colta dalla comunità. Non solo, questa competitività può portare be-

nefici ai servizi da rendere ai cittadini, anche perché nella sfida l'utente cittadino va alla ricerca della qualità.

Conosco bene il pubblico e credo che ce ne sia uno di qualità, ma dobbiamo riconoscere diverse realtà, come la Sicilia, dove esiste anche un privato di qualità. Per obiettività, però, dobbiamo anche affermare, nell'interesse dell'associazione che voi rappresentate, che in alcune realtà si è andati avanti nel processo di accreditamento con troppa approssimazione e anche in maniera discutibile. Ci sono comunità che hanno accreditato tanto, troppo e, quindi, su questo piano, la qualità cui voi fate riferimento a volte perde la propria valenza.

Aggiungo — in questo segnale un limite presente nella realtà della nostra regione — che addirittura in alcune realtà provinciali c'è un'esclusiva presenza del privato. Credo che questo sia un segno negativo che, se può essere accettato in linea di principio per il pubblico, diventa più difficile ammettere per il privato, anche se — ripeto — credo a questa sfida e alla competitività per offrire servizi migliori.

Purtroppo, invece, ci sono alcune realtà dove alcuni servizi fondamentali — in provincia di Siracusa non c'è un solo posto pubblico di neurologia — sono tutti in mano ai privati. Su questo equilibrio si deve lavorare e ci si deve impegnare proprio per accrescere alcuni servizi fondamentali del diritto universale alla salute dei cittadini.

Pongo solo una domanda. Stasera ho apprezzato molto le considerazioni che sono state svolte sul fatto che vi sono regioni — si è parlato della Lombardia — in cui il privato addirittura offre la disponibilità nell'urgenza e nell'emergenza: è un aspetto importante. Ci sono regioni che su questo non operano; chi vive in alcune realtà lo verifica e lo sperimenta direttamente. Vorrei chiedere se voi ritenete che nelle diverse realtà provinciali questo settore possa essere abbracciato da voi. Per esempio, il collega che sta portando avanti questo impegno straordinario sui punti nascita sa che esiste una carenza strutturale di UTIN in alcune realtà e vorremmo

capire se i privati, in questo caso, sono nelle condizioni di essere utili per poter superare questo *gap*, che in alcune regioni è veramente troppo alto.

LUCIO BARANI. È sotto gli occhi di tutti che il sistema sanitario nazionale sia da rivedere e che sia pletorico. I DRG sono un retaggio storico ed è evidente che vadano rivisti. Infatti, se ne continua a parlare.

Credo che dobbiamo accantonare il modo di dire per cui la sanità deve essere pubblica, perché la sanità è dei cittadini, il pubblico è dei cittadini e, quindi, anche il privato lo è, se esiste il controllo da parte del pubblico. È un postulato, una verità assoluta, che non dobbiamo più dimostrare; sono finiti gli anni Settanta e Ottanta, in cui abbiamo ideologizzato la sanità; ora ne paghiamo le conseguenze. Abbiamo la seconda sanità del mondo, ma 108 miliardi di euro sono uno sproposito. In determinate aziende sanitarie, sistemi e province la sanità non funziona, anche se la spesa c'è, e ciò è dimostrato dal fatto che il cittadino utente scappa e va da un'altra parte.

Abbiamo voluto politicizzare l'ASL, il più grosso serbatoio di nepotismo e clientelismo. Ci sono elezioni regionali in molte regioni che non fanno altro che assumere. Ci troveremo sotto il tappeto un deficit che non sarà più di 32 miliardi, ma molto superiore; nessuno conosce i buchi delle aziende sanitarie o riesce a leggere i bilanci, tanto che in questa Commissione, con il nostro presidente, abbiamo più volte ribadito che bisognerebbe mettere a punto un sistema di lettura omogenea di tutti i bilanci delle regioni.

Sapete che io predico continuamente, ogni volta che ho la parola, sul peccato originale della modifica del Titolo V e non lo voglio più ripetere. Ha ragione il presidente quando vorrebbe che alcuni dirigenti, direttori generali politicamente scelti solo per tessera politica, venissero condannati.

PRESIDENTE. Sarebbe sufficiente che fossero allontanati anche senza essere condannati.

LUCIO BARANI. Vorrei anche vedere un Paese normale: ci vuole un sistema di controllo anche sui giudici, perché sbagliano sempre e non pagano mai.

Tra competitività e integrazione, non mi scandalizzo se la neurologia è appannaggio solo del privato o del pubblico in una provincia, purché il sistema sanitario sia integrato tra il pubblico e il privato e troviamo un punto di equilibrio e un sistema di pagamento a prestazione. Aspetteremo la nostra iniziativa di giugno a Palermo, dove emergeranno alcune proposte — se ci invitate, le verremo ad ascoltare — e da cui verrà sicuramente un contributo per una proposta affinché questa Commissione lasci un segno che modifichi la legge n. 502. Oggi in Commissione abbiamo presentato 25 emendamenti per la sua modifica, sul governo clinico, sulla *governance*. Arriveremo in fondo tra alcune settimane e la rimodificheremo ulteriormente.

C'è, quindi, bisogno di fare in modo che il pubblico e il privato si integrino, ma in maniera omogenea. Non si può avere una pletera di amministratori, di ex portantini, di cuochi che non servono a niente, quando magari il servizio della cucina è esternalizzato. C'è qualcosa che non funziona e poi a pagare è sempre il cittadino.

La sanità non può essere considerata un ammortizzatore sociale, per cui se c'è disoccupazione, assumono tutti nella sanità pubblica. Non è possibile. Bisogna ritornare alla meritocrazia. Perché determinati ospedali non funzionano? Perché i primari sono primari con tessera e il privato, più furbo, si prende quelli bravi e validi. Dobbiamo smettere di avere un pubblico clientelare.

Un esempio eclatante è quello scandaloso della Calabria, credo di Lamezia Terme, dove ricordo un ascesso tonsillare e un otorino specialista che non aveva mai praticato una tracheotomia. Non può essere stato assunto per le sue capacità.

Devo poi lanciare un'ultima provocazione. Non capisco perché neanche voi, neanche il vertice della sanità privata, l'avvocato Paolini e il professor Pelissero, parliate dell'omertà della malasanità to-

scana. Esiste proprio un'omertà. La sanità privata in Toscana ha preso e continua solo a prendere bastonate, mentre è la regione numero uno in Italia. Stanno zitti perché hanno paura. Non credo ci siano situazioni peggiori di quelle calabresi o siciliane, però nessuno ne parla: non esiste la sanità privata in Toscana, è stata smantellata e non ce lo dicono. Vorrei che un giorno anche voi denunciaste questo scandalo.

PRESIDENTE. L'onorevole Barani ha l'abitudine di affermare che non esprimerà alcuni suoi pensieri; bisogna, invece, dargli atto che li esprime ogni volta, anche quando, all'inizio del suo intervento, promette di non farlo.

La seduta, sospesa alle 21,50, riprende alle 22.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al presidente Paolini, vorrei formulare una domanda un po' complicata. Il nostro sistema sanitario è di tipo federalista. Il presidente Paolini ha dichiarato in alcune sue interviste che considera la dimensione federalista un fatto positivo per la sanità privata. L'AIOP ha un modello unico in tutta Italia oppure federalista? Il modello lombardo di cui abbiamo sentito parlare non trova applicazione in Sicilia perché esiste un governo che lo impedisce o perché c'è un'AIOP diversa?

ENZO PAOLINI, *Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Nessuna delle due ipotesi, secondo me.

PRESIDENTE. Ho fatto riferimento alla Sicilia perché è la mia regione, ma avrei potuto parlare della Puglia. Della Toscana no, visto che l'AIOP non esiste.

Nelle linee politiche dell'AIOP nazionale c'è una tendenza ad agevolare processi tali da porre la sanità privata in condizione di fornire la stessa gamma di servizi di quella pubblica, come il pronto soccorso, l'emergenza o la rianimazione?

ENZO PAOLINI, *Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. A mio avviso, come ho detto spesso, il federalismo non consiste nel dividere risorse o frastagliare criteri, principi e servizi a seconda del numero delle regioni federate, ma nel mettere insieme una griglia di regole comuni sulle quali fondare e distribuire risorse che devono essere utili per offrire livelli uniformi di assistenza all'intera popolazione federata.

In questo senso, noi spingiamo affinché né il governo regionale, né la diversa AIOP rendano differente una regione. Con la nostra attività associativa, spingiamo affinché il sistema federale italiano sia effettivamente virtuoso, con l'autonomia regionale, ma con una gamma di servizi comuni che possono rispondere a principi uniformi su tutto il territorio nazionale.

Vorrei brevemente tentare di mettere insieme alcune osservazioni su tutte le questioni che avete posto e che meriterebbero e meritano tutto il vostro lavoro egregio (come dimostrato anche da questa audizione) e, naturalmente, anche l'elaborazione del nostro.

Rispondo all'onorevole Laganà Fortugno. Lei mi pone una questione di fatto, chiedendomi se mi fido dei controlli che sono stati svolti nella mia regione.

Istituzionalmente mi fido, ma non di ciò che è avvenuto negli ultimi quindici anni. Come comparto privato, abbiamo avuto un rapporto pessimo con tutte le amministrazioni, di destra e di sinistra, che sono state al Governo. Ho però una fiducia nelle istituzioni alla quale non posso rinunciare di piegarmi. Mi fido e voglio affermare la nostra piena fiducia istituzionale in un sistema di controlli a cui affidare la gestione della verifica e della ricognizione sui requisiti di qualità pubblici e privati del sistema sanitario nazionale.

Chi mette in pratica questi controlli è questione, naturalmente, diversa. Esprimo ora il mio giudizio personale, non quello da presidente: purtroppo sono stati messi in pratica in maniera molto faziosa, talvolta capziosa, talvolta negligente, ancorché in buona fede. Tuttavia, almeno dal-

l'angolazione del piccolo pezzo d'Italia sul quale lei mi ha sollecitato il giudizio, sicuramente sono stati posti in essere in modo insoddisfacente. Ciò non toglie che il mio giudizio e la mia valutazione da presidente nazionale del comparto non possano prescindere dal valutare come necessari alcuni controlli, verifiche e ricognizioni da affidare a un ente terzo, che non può che essere lo Stato, nelle sue diverse articolazioni. Che i sistemi ispettivi di una regione siano più o meno efficaci è altra questione.

Rispondo ora all'onorevole Fucci, che pone un'interessantissima questione sull'integrazione, la sovrapposizione o la competizione. Io trovo che, in linea di principio, non siano disdicevoli la competizione, che sicuramente è virtuosa, né la sovrapposizione, in taluni casi. La sovrapposizione delle prestazioni crea il mercato, però noi siamo in un mercato particolare: non siamo in quello dei bulloni o delle autovetture, laddove una competizione è sicuramente virtuosa e talvolta lo è anche la sovrapposizione, perché la maggiore diversità e la maggiore gamma dell'offerta dello stesso prodotto possono provocare un aumento della qualità e un abbattimento di costi. Noi non siamo in queste condizioni, ma siamo nel mercato della sanità, che deve essere regolato e controllato da una mano pubblica.

La soluzione è in una sola parola molto semplice: programmazione. La programmazione, che è in mano alle regioni, è proprio lo snodo vitale sul quale si è rinunciato a esercitare la funzione primaria dello Stato. Non temo di essere smentito da alcuno se affermo che in nessuna regione d'Italia i cosiddetti contratti, che poi tali non sono, con le aziende private – non se ne fanno con le aziende pubbliche, come siete consapevoli, benché la legge prescriva che si debbano fare – sono stati stipulati a dicembre. Nella mia regione, oggi, a marzo del 2010, sono stati stipulati quelli del 2009, nella regione del presidente Orlando sono stati stipulati a dicembre del 2009 quelli del 2009, in Toscana – mi dispiace che l'onorevole Barani sia andato via – non sono stati stipulati.

La funzione della programmazione, che è quella che compendia la sovrapposizione e la competizione, è stata totalmente omessa. Questa è la questione.

La funzione politica che io rivendico per il Parlamento, per i governi regionali, ha ricadute in termini di scelte, anche manageriali, delle quali devono rispondere. Se la gestione delle aziende sanitarie è insoddisfacente, ciò avviene perché non si tratta di gestione, ma di occupazione politica. La gestione politica, secondo me, è virtuosa; è l'occupazione politica a essere una gestione canaglia.

Non si tratta, come avviene oggi e come lei ha riferito, di distribuire le prestazioni. L'assessore o il *manager* della sanità privata non deve distribuire niente, ma garantire la libertà di scelta del cittadino, assicurargli che i controlli siano effettuati in maniera rigorosa e che la struttura accreditata alla quale il cittadino può rivolgersi abbia i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali stabiliti dalla legge. Questa è la funzione del *manager*: non deve distribuire prestazioni a Tizio o a Caio e non si deve interessare se i 50 posti letto del pubblico o del privato siano o meno occupati. Questo fa parte delle regole del mercato governato: se sono bravo, li occupo, se non sono bravo, non lo faccio. L'efficienza di una struttura deve essere garantita dallo Stato attraverso il controllo e le scelte: si scelgono buoni *manager* e li si mette in competizione, ma lo Stato ha una funzione ancora superiore, non solo quella di metterli in competizione ma di metterli insieme e di governare la rete, indicando quali sono gli ospedali che devono essere accreditati e che cosa devono fare. Lo deve indicare prima, però, non dopo. Se lo fa a fine anno, ha abdicato e non ha esercitato la sua funzione. La tempestività della programmazione è venuta a mancare.

Concludo soltanto con un'osservazione sull'affermazione secondo la quale non si possono comparare i bilanci della sanità privata e di quella pubblica. La questione è proprio questa: si devono comparare i bilanci, perché nel nostro Paese, almeno allo stato attuale, vigono leggi che prescri-

vono le stesse identiche disposizioni per il pubblico e per il privato, persino quale deve essere il rapporto tra infermieri ausiliari e numero di posti letto. Il privato deve sottostare alle stesse identiche regole che vigono per il pubblico e viceversa, se vogliamo un servizio sanitario che sia definito pubblico a gestione mista, altrimenti cambiamo il sistema, ritorniamo al monopolio, non compariamo le rispettive posizioni e stabiliamo che si paga a piè di lista o secondo un *budget* discrezionale stabilito dall'assessore in carica.

In questo momento, però, siamo in un sistema diverso e dobbiamo ragionare con quello che abbiamo davanti. Abbiamo davanti un sistema a gestione mista? Abbiamo voluto l'aziendalizzazione? Vogliamo che ci siano i pagamenti a DRG? Dobbiamo solo applicare la legge ed è quello che noi pretendiamo che sia fatto, che sia applicata la legge e che, quindi, i bilanci siano comparati. Non ci sono costi particolari di cui si deve far carico il servizio pubblico; deve fornire gli stessi identici servizi. Ci sono le funzioni non tariffabili, che sono quotate in quella percentuale e che fanno parte del bilancio: basta farle emergere.

Se invece, come si diceva prima – non ricordo chi ha citato quanto ho affermato a Catanzaro – nella Piana di Gioia Tauro ci sono in un ospedale 26 cuochi e la mensa è appaltata all'esterno, questo non può far parte di un bilancio virtuoso e pretendo quindi che tale bilancio sia comparato con quello del mio ospedale, perché in questa comparazione consiste la funzione dello Stato.

GABRIELE PELISSERO, *Vicepresidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)*. Non vorrei rubare tempo, vista l'ora tarda, ma il dibattito è talmente stimolante che desidero aggiungere brevemente due piccole chiose.

La prima riguarda il problema di integrazione e competizione e la questione se i sistemi debbano sovrapporsi. Una determinata quota di competizione, intesa come assegnazione al cittadino del diritto di scegliere, è un elemento fondamentale

per la qualità. Ricordiamo sempre che parliamo di un sistema nel quale esiste un'enorme sproporzione tra tutti noi, che siamo l'organizzazione, non importa se pubblica o privata, e il malato, che in quel momento ha un problema ed è solo e debole. C'è una grossa asimmetria. Come restituire potere al cittadino malato? Questo sicuramente è un problema generale della sanità.

Uno dei metodi oggettivi e certi è quello di dargli la possibilità di scegliere. Abbiamo vissuto tutti l'esperienza della Carta dei servizi, dell'URP eccetera, tutte belle iniziative ma dal risultato discutibile, che finiscono spesso in burocrazia. È certo che se un paziente si reca in un ospedale e si trova male, se un infermiere o un addetto alla *reception* è maleducato e lo maltratta, ma non può che andare lì, non ci sono alternative. Se, invece, ha la possibilità di andare da un'altra parte, si apre la discussione.

Credo che il sistema ideale per non avere sprechi e insieme per non costruire monopoli, che paga soltanto il cittadino — che quanto più è debole, tanto più li paga — sia quello nel quale è presente un minimo di eccesso di offerta e un chiaro pluralismo di aziende. Credo che il problema principale sia come gestire il rapporto fra il Servizio sanitario nazionale, in cui c'è sia il pubblico sia il privato, e il cittadino, un rapporto asimmetrico, ma che deve progressivamente spostarsi di più con il suo baricentro verso l'interesse dei cittadini.

È un tema europeo, peraltro, perché, giustamente, c'è una preoccupazione dell'Unione europea di rendere il cittadino, il consumatore, la singola persona più forte nei confronti delle organizzazioni. La libertà di scelta, il pluralismo dell'azienda e un leggero eccesso di offerta sono le condizioni affinché ciò si verifichi.

Sono molto interessato alla regione Puglia. Lei ha posto due quesiti molto dettagliati sul problema dell'internalizzazione. Naturalmente, è difficile fornire una risposta in astratto e francamente non me la sento. Oggi, però, le aziende ospedaliere tendono a essere complesse e a concen-

trarsi sul *core* della loro attività, esternalizzando le funzioni accessorie. Questo è un processo mondiale, ragion per cui, certamente, in linea di massima si può pensare che sia un elemento corretto.

Per quanto riguarda le ragioni relative alla differenza di costi fra pubblico e privato, credo che una bellissima risposta sia stata data dal presidente nell'indicare che cosa sia un premio e che cosa un favore. Vorrei, invece, rispondere con una citazione dal testamento politico di Richelieu, il quale affermava che l'uomo politico, e in questo caso il gestore pubblico, è trattato come un criminale, ma con una differenza: mentre il criminale viene punito per le azioni cattive che ha commesso, il gestore pubblico viene punito per quelle buone. Visto che lo affermava un grande personaggio, che credo avesse meditato molto sul problema della gestione dello Stato, questo ancora una volta apre il problema complesso del concetto stesso di gestione pubblica, sul quale, inevitabilmente, ci dobbiamo confrontare.

Poiché molti onorevoli hanno posto domande sulla capacità dell'AIOP e delle aziende associate di coprire determinate aree di attività, mi permetto di far notare un aspetto che, se non viene ricordato, non ci permette di cogliere bene il processo.

Siamo nel corso di una complicata e lenta rivoluzione industriale nel settore della sanità in Italia e in Europa. Partiamo da un monopolio pubblico molto grosso fino agli anni Sessanta e Settanta, nel quale si inserisce progressivamente l'azione di un'imprenditorialità privata che, all'inizio, è composta solo da piccole imprese. Di solito, erano medici che aprivano una casa di cura, perché erano bravissimi e volevano avere un retroterra. Questo poteva andare benissimo ed essere molto congeniale agli anni Sessanta o Settanta, quando c'era meno tecnologia e meno complessità nella medicina.

In Italia, ancorché il fenomeno non sia solo italiano, questo modello della piccola impresa si è dilatato. Oggi, nella nostra realtà associativa, abbiamo piccole imprese, medie imprese e una tendenza a costruire la grande impresa. La modula-

zione di tutto ciò dipenderà solo ed esclusivamente dalle politiche regionali; dipende solo dalla regione, infatti, decidere che fornitore vuole avere sul proprio territorio e anche la sua scelta di qualità deriverà esclusivamente da questo punto.

Non voglio rubare altro tempo, però, se può fare piacere, ho scritto recentemente — scusate se mi cito — due libri sulla Lombardia a confronto con le altre regioni italiane, in cui sono riportati moltissimi dati. Se il presidente ha piacere, gliene lascio copia, ma posso farne avere anche alla Commissione, perché forse, più che le parole, è importante vedere i dati che ci sono riportati. Troverete un confronto fra la qualità delle reti ospedaliere pubbliche e private in tutte le regioni italiane costituito da un istogramma in cui — sulla base dei dati forniti dal ministero — usando l'indicatore internazionale del *case-mix*, è possibile capire quanto sono complesse le reti ospedaliere, sia pubbliche, sia private, in ciascuna regione italiana. Non rappresenta una pagella, anche perché a volte magari qualcuno lavora male perché non gli è stato permesso di lavorare bene — ricordiamo sempre questo punto — però credo che possa essere un punto di partenza molto interessante per svolgere un ragionamento costruttivo.

PRESIDENTE. Grazie per questo ulteriore contributo di analisi.

Restiamo in attesa, se lo ritenete opportuno, di un'integrazione rispetto a questo incontro con riferimento ai tre punti toccati dal presidente, anche mediante eventuali proposte concrete sulla lotta agli

sprechi, sulla trasparenza dei bilanci, sul sistema di controlli.

Inoltre, se ritenete sia opportuno, potrete anche inviarci eventuali proposte sulla tariffazione unica come strumento di equilibrio rispetto al rischio di appropriatezza impropria. Ovviamente, aspettiamo di conoscere il codice etico di Palermo, che diventa il punto di riferimento per premi e sanzioni.

Pongo un'ultima domanda alla quale potrete rispondere in seguito. Conoscete esempi nei quali la sanità privata si sperimenta in un settore fondamentale per la salute dei cittadini, quale la prevenzione? Rinvio alla prossima puntata, ma, secondo me, la funzione pubblica della prevenzione dovrebbe essere la vera discriminante tra pubblico e privato.

ENZO PAOLINI, Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). Ci lasciamo con la sua promessa che ci sarà una seconda puntata.

PRESIDENTE. Va bene, allora attendiamo. Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 22,20.

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

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa
il 16 settembre 2010.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

